

MÉMOIRE SUR LA PREMIÈRE PARTIE DU PROJET DE LOI N° 20: LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE.

Au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n°20

Damien Contandriopoulos

Astrid Brousselle

Arnaud Duhoux

Mylaine Breton

Mélanie Perroux

Geneviève Champagne

Février 2015

Sommaire

Le présent mémoire propose une analyse de la première partie du projet de loi n°20, soit la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*. De manière générale, nous croyons que l'objectif du projet de loi n°20 est désirable. En effet, il existe d'importants problèmes d'accès aux services de santé de première ligne et d'arrimage entre la première ligne et les services spécialisés au Québec. Malgré plusieurs interventions gouvernementales et des investissements publics importants au cours des dernières années, ces problèmes persistent. Le Québec présente la pire performance parmi les provinces canadiennes en matière d'accessibilité à la première ligne et de coordination des soins. L'analyse du système de primes et d'incitation financière offertes aux médecins montre des effets pervers importants, entre autres, des comportements de facturation opportunistes et le délaissement des patients les plus vulnérables. De manière générale, force est de constater que ces approches n'ont pas permis de structurer la pratique médicale de manière à répondre efficacement aux besoins de la population.

Selon nous, l'absence d'un modèle cohérent d'encadrement de la pratique médicale explique une part importante des dysfonctions du système de santé québécois. En ce sens, l'élément le plus intéressant du projet de loi n°20 n'est pas de viser une augmentation de la productivité médicale, mais de renforcer la coordination entre la pratique médicale et le reste du système de santé. Toute activité collective demande des mécanismes de coordination. Il est utopique de croire qu'un système de soins arriverait à optimiser l'accessibilité, la continuité et la globalité des soins en laissant les médecins choisir individuellement qui ils traitent et où, quand et comment ils travaillent.

Un second aspect intéressant du projet de loi n°20 est l'opérationnalisation du concept d'imputabilité de la profession médicale afin d'assurer une meilleure adéquation entre les ressources disponibles et les besoins de la société. Les cibles d'un nombre de patients par médecin omnipraticien et d'une obligation de répondre adéquatement à leurs besoins (mesurée par le calcul d'un taux d'assiduité), tout comme l'obligation pour les médecins spécialistes de répondre efficacement aux demandes de consultations sont deux exemples de l'opérationnalisation de l'imputabilité des médecins à répondre aux besoins populationnels.

L'essentiel de la mécanique de fonctionnement du projet de loi n°20 sera établie par règlement et le contenu des futurs règlements d'application n'a pas été rendu public. Toutefois, les quelques éléments rendus publics s'apparentent tous à une standardisation des résultats. Le recours à une standardisation des résultats n'est pas absurde, mais il comporte plusieurs limites. En effet, il importe d'établir des résultats visés qui respectent trois critères : être réalistes, peu sensibles aux pratiques opportunistes et très fortement associés aux objectifs ultimes. Or, dans le contexte des soins médicaux, aucun de ces trois critères ne nous semble facile à atteindre. Le projet de loi n°20 s'appuie sur le maintien du paiement à l'acte et l'établissement de cibles de volume, deux éléments contribuant à augmenter la quantité et l'intensité des soins délivrés. Cependant, différentes études ont montré qu'une quantité plus importante de soins n'est pas forcément associée à un meilleur état de santé de la population.

Pour maintenir l'efficacité du système et la pertinence des soins, il est essentiel que l'intervention publique proposée dans le projet de loi n°20 comprenne des dispositions visant à aider les médecins à faire de meilleurs choix (et à convaincre les patients que ces choix sont les bons), afin d'éviter une logique de surtraitement.

Par ailleurs, les problèmes d'accès que vivent les personnes vulnérables, en particulier celles vivant avec des problèmes de santé mentale, ne seront pas résolus par la seule mise en œuvre d'incitatifs financiers. Le projet de loi n°20, dans sa forme actuelle, présente un risque de sélection opportuniste de la clientèle. Une prise en charge appropriée de ces personnes devra reposer sur des équipes interdisciplinaires larges bénéficiant de mécanismes de soutien et de coordination adéquats.

Plus largement, en raison de la complexité du système de santé, aucun levier d'action, pris seul, n'est en lui-même suffisant pour maximiser la performance. Pour atteindre les objectifs mis de l'avant dans le projet de loi n°20, il est donc fondamental que plusieurs leviers d'interventions soient combinés. En particulier, l'élargissement souhaitable de la conception de l'imputabilité médicale, sous-tendue par le projet de loi n°20, devrait aller de pair avec la mise en place de structures de collectivisation de cette responsabilité. En effet, dans des systèmes où les acteurs sont interdépendants, il est très difficile de pousser des individus individuellement récompensés ou sanctionnés en fonction de cibles relatives à leur pratique à agir collectivement. Par exemple, dans le contexte des soins de première ligne où les médecins sont payés à l'acte, mais où les professionnels non-médecins sont soumis à des processus d'évaluation et de rémunération différents, il s'est avéré très difficile de mettre en place une pratique collaborative et interdisciplinaire. Or, les données montrent que pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de globalité, de continuité et d'efficacité dans l'offre de soins de première ligne, il est fondamental de migrer vers une prise en charge qui repose sur un travail interdisciplinaire en équipe.

Sur le plan logique, si le processus de production est collectif, les cibles doivent alors être collectives et les équipes, collectivement imputables de les atteindre. Ceci a deux effets bénéfiques. D'une part, cela encourage une distribution des tâches compatible avec les compétences et les préférences individuelles au sein des équipes. Être imputable collectivement favorise un comportement d'équipe où les membres s'entraident, se soutiennent et se complètent. D'autre part, cela limite les risques de comportements opportunistes. Quand la cible est mesurée à partir de bases de données administratives, il existe peu de contrôle social. Quand l'équipe est imputable, chacun de ses membres sera attentif au travail de ses collègues et à l'équité des efforts consentis par chacun. En ce sens, une collectivisation des cibles permet de contrôler en partie les comportements opportunistes grâce au contrôle par les pairs et ainsi de s'appuyer sur le principe de l'ajustement mutuel. S'il n'y avait qu'un seul élément à retenir de l'ensemble de ce mémoire, ce serait la suggestion de collectiviser la régulation par la standardisation des résultats que le projet de loi n°20 met de l'avant.

À partir des leçons que l'on peut tirer des interventions passées et de l'analyse systémique des leviers que l'on peut mobiliser pour structurer la pratique médicale, nous proposons 20 recommandations majeures pour bonifier et mettre en œuvre le projet de loi n°20 (voir à la page 20).

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	iv
Introduction	1
Résumé du projet de loi n°20	2
<i>Nombre minimal de patients suivis pour les médecins omnipraticiens</i>	3
<i>Taux d'assiduité et suivi des patients en cabinet</i>	4
<i>Exigences pour la pratique des médecins spécialistes</i>	4
Contexte	5
<i>Les déficiences actuelles du système de santé québécois</i>	5
Accès en temps opportun	5
Arrimage des services de première ligne aux services diagnostics et spécialisés	5
Financement	6
<i>Analyse des effets de quelques interventions récentes au Québec visant à améliorer l'accessibilité, la continuité et la globalité</i>	6
Les forfaits d'inscription et de prise en charge de patients	7
Expérience des primes à l'inscription des patients des GACO	7
Autonomie clinique, imputabilité et régulation de la pratique médicale	8
<i>Autonomie professionnelle et imputabilité</i>	8
<i>Modalités de rémunération et d'inscription pour le suivi de clientèle</i>	10
<i>Inscription et travail interprofessionnel</i>	11
<i>Taille des panels de patients suivis en soins primaires</i>	12
Accessibilité, évolution des besoins et pertinence des soins	13
Quelques idées pour penser les leviers d'intervention sur la pratique médicale	14
Leviers d'optimisation de la pratique médicale	17
Recommandations	20
<i>Suivi de clientèle en soins primaires</i>	20
<i>Activités hospitalières des médecins omnipraticiens</i>	21
<i>Soins spécialisés</i>	22
<i>Pertinence des soins et efficience</i>	23
Références	24

Introduction

Le présent mémoire discute de la première partie du projet de loi n°20, soit la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*¹. Ce projet de loi a pour objectif "d'optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée". Pour atteindre ces objectifs, le projet de loi renforce les leviers de contrôle de la pratique médicale et prévoit un système de pénalités financières envers les médecins qui n'atteindront pas les cibles établies par règlements.

Pour analyser la pertinence du projet de loi n°20, il faut rappeler qu'il existe d'importants problèmes d'accès aux services de santé de première ligne et d'arrimage entre la première ligne et les services spécialisés au Québec. Ces problèmes persistent malgré plusieurs interventions publiques au cours des dernières années et malgré des investissements substantiels dans la rémunération des médecins. Il est aussi bon de rappeler que la faible performance du système de santé au Québec ne s'explique pas par un sous-financement. Les analyses comparées de la performance des systèmes de santé indiquent qu'il est possible de faire beaucoup mieux pour un même budget. Finalement, ces problèmes d'accès et d'arrimage ont des conséquences importantes sur l'utilisation des services de santé et la santé des patients.

De manière générale, nous croyons que l'objectif du projet de loi n°20 de mieux structurer la pratique médicale au Québec et de renforcer l'arrimage entre la pratique médicale et le fonctionnement global du système de soins est désirable. Un des défis que pose l'analyse de ce projet de loi est que le texte se limite à proposer les grandes lignes d'une structure de régulation de la pratique médicale. L'essentiel de la mécanique de fonctionnement du projet de loi n°20 repose sur des règlements d'application qui n'ont pas encore été rendus publics. Or, la question de savoir si le projet de loi permettra réellement d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins dépend pour l'essentiel du détail des règlements d'application. Malgré cette limite, nous identifions des risques et des faiblesses liés aux interventions législatives proposées et nous croyons que le projet de loi peut être bonifié. En particulier, nous pensons que l'élargissement souhaitable de la conception de l'imputabilité médicale, sous-tendue par le projet de loi n°20, devrait aller de pair avec la mise en place de structures de collectivisation de la responsabilité médicale.

Nous commençons par présenter un résumé analytique des interventions proposées par le projet de loi n°20. Par la suite, nous dressons un portrait du contexte dans lequel ce projet de loi s'intègre et des défis que posent les efforts de structurer la pratique médicale pour mieux l'arrimer avec les besoins de la population. Ceci nous amène à proposer un modèle d'analyse des leviers d'interventions possibles pour atteindre cet objectif. Finalement, nous proposons des

¹ Le présent mémoire ne porte que sur la première partie du projet de loi, soit la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*. Nous ne posons aucun jugement sur la seconde partie du projet de loi, spécifiquement la *Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée*. Quand nous mentionnons le projet de loi n°20 dans le texte, il s'agit toujours d'une référence à sa première partie.

avenues d'opérationnalisation du projet de loi n°20 permettant de favoriser l'atteinte de ses objectifs.

Résumé du projet de loi n°20

Pour atteindre son objectif de favoriser l'accès aux ressources médicales, le projet de loi n°20 propose de pénaliser financièrement les médecins, omnipraticiens et spécialistes, qui n'atteindront pas les cibles fixées par règlement. Tel que mentionné en introduction, le texte du projet de loi n°20 se limite à proposer les grandes lignes des mécanismes d'intervention, mais reste très laconique quant aux attentes spécifiques visant individuellement chaque médecin. En ce qui concerne les cibles, le projet de loi n°20 mentionne:

- Le suivi d'un nombre minimal de patients pour les médecins omnipraticiens (§1, art. 3, para n°1).
- Un nombre minimal d'heures d'activités médicales autorisées (AMP) pour les médecins omnipraticiens (§1, art. 3, para n°2).
- Un nombre minimal de consultations auprès de patients non hospitalisés et hors urgence pour les médecins spécialistes (§2, art. 10).
- Une prise en charge de patients hospitalisés par les médecins spécialistes, à titre de médecin traitant (§2, art. 11).
- Une obligation pour les médecins spécialistes d'assurer dans les délais prescrits le suivi des demandes de consultations depuis le service d'urgence (§2, art. 12, para n°1).
- Une obligation pour les médecins spécialistes d'offrir les services nécessaires aux patients inscrits depuis plus de six mois sur la liste de l'établissement (§2, art. 12, para n°2).

Par ailleurs, la loi comprend des dispositions très larges (par exemple §1, art. 3, para n°5) qui donneront une grande latitude d'intervention au ministre par le biais des règlements d'application ultérieurs. De même, plusieurs articles du projet de loi ont des modalités d'application qui restent floues (par exemple les articles 9, 11, 12, 17) et il est difficile de savoir comment ils seront opérationnalisés dans la pratique; si effectivement il sera possible de s'assurer de leur implantation et de leur respect mais aussi de déterminer qui en sera imputable.

À notre connaissance, il n'existe pas à ce jour de document public précisant les paramètres qui seront retenus dans les règlements d'application de la loi concernant le nombre de patients, les heures, les délais, etc. Le ministre de la Santé et des Services Sociaux a toutefois mentionné, lors de ses communications dans les médias, plusieurs des éléments qu'il envisageait d'intégrer aux règlements. Afin d'en faire une synthèse, nous avons principalement étudié la conférence de presse du 28 novembre 2014, suivant l'annonce du dépôt du projet de loi, ainsi que la lettre ouverte du ministre aux médecins du Québec parue le 7 janvier 2015. Parmi les objectifs mis de l'avant par le ministre, notons : un meilleur équilibre entre les activités médicales particulières (AMP) en établissement et le suivi des patients (dit AMP de première ligne) par les médecins omnipraticiens, une plus grande équité entre les régions concernant les exigences des AMP, une diminution du temps d'attente aux urgences, l'inscription à un médecin de famille pour chaque

Québécoise et Québécois, un rapatriement des omnipraticiens vers une pratique en première ligne plutôt qu'en établissement et une plus grande interdisciplinarité dans la prise en charge des patients. Pour atteindre ces objectifs, le ministre a détaillé dans ses allocutions publiques les cibles ci-dessous.

Nombre minimal de patients suivis pour les médecins omnipraticiens

Un nombre minimum de 1000 patients par omnipraticien a été proposé sur la base de journées de 8 heures, 5 jours par semaine pendant 42 semaines et d'une durée moyenne de consultation de 25 minutes. Ce critère serait modulé en fonction du nombre d'années de pratique du médecin omnipraticien et du nombre d'heures en AMP. Les nouveaux omnipraticiens auraient 4 ans pour se constituer un panel de 1000 patients. Ce panel serait amené à augmenter jusqu'à 1500 patients au fur et à mesure que les exigences d'activité en établissement diminuent. Par ailleurs, il y aurait possibilité d'avoir un système de vases communicants entre les activités en établissement et en cabinet. Un médecin qui déciderait de ne pas suivre de patients en cabinet pourrait le faire à condition d'augmenter sa présence hospitalière et, inversement, un médecin qui voudrait se concentrer exclusivement sur le suivi devrait inscrire plus de patients. Les deux tableaux suivants sont issus de la lettre ouverte du 7 janvier et proposent des paramètres sur ces principes.

Obligations en AMP par semaine/années de pratique	0-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-34 ans	35 ans et plus
AMP : Activités de première ligne (inscription et suivi de patients)	0	1 000	1 250	1 500	0
AMP : Activités en établissement (heures/semaine) – section B	12 h	12 h	6 h	0 h	0 h

Activités de première ligne (inscription et suivi de patients)	Activités en établissement (heures par semaine)
1 500	0
1 250	6
1 000	12
750	18
500	24
250	30
0	36

Une pondération est aussi prévue pour tenir compte de l'investissement en temps pour l'enseignement et la supervision des résidents. Il est aussi proposé qu'un patient plus vulnérable (principalement ceux ayant une problématique de toxicomanie et de santé mentale, ceux suivis en soins palliatifs et ceux en soins à domicile) se voit attribuer un "poids" équivalent à plusieurs autres patients.

Taux d'assiduité et suivi des patients en cabinet

La simple inscription n'étant pas garante d'une réponse cohérente aux besoins des patients, le ministre a indiqué lors de la conférence de presse du 28 novembre 2014 que les médecins omnipraticiens qui inscrivent des patients devraient s'assurer de maintenir un taux d'assiduité satisfaisant. Le taux d'assiduité serait calculé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) selon la formule suivante.

$$\text{Taux d'assiduité} = \frac{\text{nombre de visites effectuées chez le médecin d'inscription}}{\text{nombre total de visites de première ligne (incluant les visites à l'urgence)}}$$

Ni le taux visé ni les pourcentages de pénalité qui seront appliqués sur la rémunération ne sont indiqués car ils seront élaborés par règlement. Quelques exemples ont toutefois été utilisés sans que l'on puisse déterminer si ce sont les cibles visées: un taux d'assiduité de 80% ou plus permettrait une rémunération à 100%, alors qu'un taux de 60% ou moins entraînerait une baisse de revenus de 30%. Le taux d'assiduité des médecins ne serait pas rendu public.

Enfin, le projet de loi indique qu'un médecin ne pouvant plus suivre ses patients doit faire les démarches pour trouver un collègue pouvant les prendre en charge et demander l'aide de l'Agence si nécessaire (§1, art. 9). Le ministre a confirmé lors de sa conférence de presse qu'il n'y a pas de pénalité prévue pour cet article.

Exigences pour la pratique des médecins spécialistes

De manière générale, les exigences réglementaires concernant la pratique des médecins spécialistes ont été encore moins détaillées. Aucune indication opérationnelle n'a été donnée concernant le nombre de consultations attendues auprès de patients non hospitalisés par les médecins spécialistes (§2, art. 10).

De même, aucun détail n'a été offert concernant le suivi des patients hospitalisés par un spécialiste faisant office de médecin traitant. En conférence de presse, le ministre a mentionné que les spécialistes devront réorganiser leur pratique au fur et à mesure de la diminution de l'implication hospitalière des omnipraticiens.

Sur l'exigence envers les médecins spécialistes d'assurer dans les délais prescrits un suivi des demandes de consultations provenant du service d'urgence (§2, art. 12, para n°1), le ministre a mentionné un délai de 3h entre le moment où un médecin des urgences envoie une demande à un spécialiste et le moment où il reçoit l'avis du spécialiste, pour toutes les demandes faites entre 7h et 17h.

Finalement, aucune précision n'a été apportée en ce qui concerne l'exigence d'offrir les services spécialisés nécessaires aux patients inscrits depuis plus de six mois sur la liste de l'établissement (§2, art. 12, para n°2).

Contexte

Les déficiences actuelles du système de santé québécois

Les travaux comparant la performance des systèmes de santé dressent un portrait plutôt sombre de la situation du Québec, particulièrement en ce qui a trait à l'accès en temps opportun aux services de première ligne et à la capacité de bien arrimer les services de première ligne aux services diagnostics et spécialisés. Pour pouvoir discuter du potentiel qu'aurait le projet de loi n°20 d'améliorer la performance du système de santé du Québec, nous croyons qu'il est important de commencer par documenter certains problèmes persistants. En synthétisant les études récentes sur le sujet (Canada Health Council, 2008; Commissaire à la Santé, 2011, 2012b, 2013, 2014; Hutchison, 2013; Institut canadien d'information sur la santé, 2011; OECD, 2013; Pineault et al., 2009; Pineault, Levesque, Roberge, Hamel, & Couture, 2008), le portrait que l'on peut dresser est le suivant.

Accès en temps opportun

L'attente pour recevoir des soins de première ligne est un problème récurrent au Canada, mais il est encore plus prononcé au Québec. En 2013, 48% des adultes québécois rapportent ne pas pouvoir obtenir ou devoir attendre plus de 6 jours avant d'obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin ou d'une infirmière. Ces résultats sont les pires des 10 pays et 10 provinces participant à l'enquête du *Commonwealth Fund* (Commissaire à la Santé, 2014). En Ontario, ce pourcentage est de 27% et dans certains pays, dont la Suisse, les Pays-Bas et la Nouvelle-Zélande, il ne dépasse pas les 12% (Commissaire à la Santé, 2014). De même, alors que dans la plupart des pays d'Europe, environ 60% des médecins indiquent que la majorité de leurs patients peuvent obtenir un rendez-vous le jour même ou le suivant, ce pourcentage est de seulement 7 % au Québec (Commissaire à la Santé, 2013). C'est trois fois moins que le taux général pour le Canada (23%) (Commissaire à la Santé, 2013). Au Québec, moins d'une clinique sur trois (29%) a mis en place des mesures d'accès en dehors de ses horaires d'ouverture alors que c'est le cas de 46 % des cliniques des autres provinces canadiennes (Commissaire à la Santé, 2013).

La faible accessibilité aux services de première ligne a des répercussions sur les délais de traitement, l'utilisation non pertinente de l'urgence hospitalière et les hospitalisations évitables, particulièrement pour les personnes plus âgées ou avec des problèmes de santé complexes (McCusker et al., 2012). À titre d'exemple, ce sont 44% des répondants québécois qui indiquent être allés aux urgences pour une affection qui aurait pu être traitée par un médecin de famille (Commissaire à la Santé, 2014).

Arrimage des services de première ligne aux services diagnostics et spécialisés

Le Québec fait aussi piètre figure comparativement au reste du Canada et aux autres pays riches en ce qui concerne l'accès aux services diagnostics et spécialisés. Au Québec, 61% des médecins (38% pour le Canada) indiquent que leurs patients ont souvent de la difficulté à obtenir des examens diagnostiques spécialisés (Commissaire à la Santé, 2013). Selon l'étude du *Commonwealth Fund* de 2010, un patient devait attendre en moyenne 83 jours avant d'obtenir un rendez-vous avec un spécialiste au Québec, comparativement à 57 jours en Ontario et à deux semaines en Suisse et en Allemagne (Commissaire à la santé, 2012a). On relève également des

problèmes de coordination importants entre la première ligne et les services diagnostics et spécialisés. Par exemple, 30% des omnipraticiens rapportent qu'ils ne reçoivent généralement pas un rapport complet suite à la référence d'un de leur patient auprès d'un spécialiste. De même, la majorité des médecins de famille disent qu'ils ne sont généralement pas avisés quand un de leurs patients a été vu à l'urgence (66%) ou a reçu son congé de l'hôpital (50%) (Commissaire à la Santé, 2013). Cette situation semble par ailleurs se dégrader. En effet, d'après les médecins de famille, en 2009, environ 70% des spécialistes envoyaient toujours ou souvent l'information en temps opportun alors qu'ils ne sont plus que 39% à le faire en 2012 (Commissaire à la Santé, 2010, 2013).

Financement

Par ailleurs, la sous-performance du système de santé du Québec sur plusieurs dimensions ne s'explique pas par un sous financement. Les dépenses totales en santé par habitant au Québec sont similaires à celles de l'Ontario et de la Colombie-Britannique (5 616\$ au Québec, 5 894\$ en Ontario et 5 865\$ en Colombie-Britannique) et à peine plus faibles que la moyenne canadienne (6 045\$) (ICIS, 2014b). Le Canada est, par ailleurs, un pays qui consacre beaucoup de ressources au système de santé, soit près de 11% de son produit intérieur brut (PIB) et 4 602 \$US par habitant, ce qui le place au 8^e rang des pays qui dépensent le plus sur les 30 pays de l'OCDE intégrés à l'étude (ICIS, 2014b). Compte tenu des ressources investies, le système de santé et des services sociaux québécois devrait offrir une performance supérieure à celle que l'on observe.

Les principaux facteurs inflationnistes du système de santé au Québec sont les immobilisations et la rémunération médicale (ICIS, 2014a). Les sommes en dollars courants consacrées à la rémunération médicale ont doublé en 10 ans, passant de 2,8 à 5,7 milliards (RAMQ, 2005-2013). De cette augmentation, environ 20% s'explique par une augmentation des effectifs médicaux et du volume de soins tandis que 80% s'explique par une augmentation du prix des services et donc de la rémunération individuelle des médecins (RAMQ, 2005-2013). À titre illustratif, en 2013, le coût annuel moyen pour soigner une personne dans la trentaine a atteint ce qui était le coût annuel moyen pour soigner une personne de 65 à 69 ans en 2006 (RAMQ, 2006-2013). L'ampleur des investissements financiers dans ce secteur représente de fait une limite de la capacité d'action dans d'autres secteurs.

Compte tenu de la situation actuelle du système de santé et de services sociaux au Québec, l'objectif du projet de loi n°20 "*d'optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*" est indiscutablement pertinent.

Analyse des effets de quelques interventions récentes au Québec visant à améliorer l'accessibilité, la continuité et la globalité

La sous-performance du système de santé du Québec sur les plans de l'accessibilité des soins de première ligne et de la faible continuité entre la première et la deuxième ligne n'est pas nouvelle (Davis, 2007; Davis et al., 2007; Hussey et al., 2004). La persistance et la gravité de ces problèmes les ont mis à l'avant-plan de l'agenda politique et plusieurs interventions ont été tentées pour y remédier. Les prochains paragraphes proposent une analyse de deux de ces interventions, de leurs effets et des leçons que l'on peut en tirer.

Les forfaits d'inscription et de prise en charge de patients

Dans la foulée des recommandations du rapport Clair (2000) et de la création des Groupes de médecine familiale (GMF), des modalités de rémunération s'apparentant à une forme de capitation ont été progressivement introduites, en particulier des forfaits incitatifs à l'inscription de clientèle. Ces forfaits, d'abord réservés, à partir de 2002, aux médecins travaillant dans les GMF, ont été élargis, en 2009, à l'ensemble des médecins de famille. En mars 2013, 3 170 000 patients étaient inscrits auprès d'un médecin de famille pratiquant en GMF et 1 870 000 patients étaient inscrits auprès d'un médecin pratiquant hors GMF. C'est donc plus de 5 millions de Québécois qui sont présentement inscrits auprès d'un des 3 800 médecins participants (données du MSSS / DOSPLI, mars 2013). Depuis 2002, en plus de l'inscription de la clientèle, s'ajoutent pour tous les médecins de famille, des forfaits annuels de prise en charge des patients présentant l'un des 19 codes de vulnérabilité de la RAMQ ou âgés de plus de 70 ans.

Ces incitatifs financiers reposent sur l'hypothèse que la formalisation d'un lien patient / médecin améliore l'accessibilité aux services de première ligne et ultimement améliore la continuité relationnelle. Même si cette hypothèse est plausible, son opérationnalisation a donné lieu à des effets pervers. Premièrement, on note une sélection opportuniste des clientèles inscrites par les médecins. Nous reviendrons en détail sur ce problème dans la prochaine section. Deuxièmement, il est rapidement devenu clair que l'inscription à un médecin de famille ne garantit pas l'accès en temps opportun à ce professionnel. Les modalités incitatives mises en place n'incluent aucune imputabilité pour le médecin inscripteur à effectivement suivre les patients qu'il a inscrits. Finalement, le suivi en GMF selon un modèle d'inscription n'a pas permis de modifier significativement le recours à l'urgence et le coût par patient (Fiset-Laniel, Ammi, Strumpf, Diop, & Tousignant, 2013).

Deux leçons peuvent être tirées de cette expérience. D'une part, une incitation à l'inscription de clientèle ne donne rien si elle ne s'accompagne pas d'une responsabilisation des médecins ou des équipes à effectivement suivre les patients inscrits. D'autre part, la mise en place de modalités de financement qui s'apparentent à une capitation doit intégrer une pondération de la lourdeur des cas pour limiter la sélection des clientèles. La même conclusion a été observée en Ontario où des chercheurs ont documenté que les modèles de capitation mis en place, où les montants étaient uniquement ajustés pour le sexe et l'âge, ont entraîné l'inscription d'une clientèle plus en santé que la moyenne (Glazier, Kopp, Schultz, Kiran, & Henry, 2012). Nous reviendrons plus loin sur les défis que posent les formules d'ajustement des incitatifs financiers en fonction de la lourdeur et de la "désirabilité" des clientèles.

Expérience des primes à l'inscription des patients des GACO

En 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), a mis en place 93 guichets d'accès aux clientèles orphelines (GACO). L'objectif était double: augmenter la proportion de patients avec un médecin de famille et donner accès de façon prioritaire aux patients vulnérables. Depuis leur implantation, plus de 570 000 patients (Breton et al., 2015) ont ainsi été inscrits à un médecin de famille. Les règles de fonctionnement des GACO et les incitatifs financiers ont été modifiés au fil du temps, ce qui permet une analyse longitudinale illustrant l'influence des incitatifs financiers sur la pratique médicale. À l'origine, les médecins recevaient un montant de

103\$ (payé en deux versements, à la première visite et à la visite de contrôle durant l'année suivante) s'ils acceptaient d'inscrire un patient jugé vulnérable selon les critères de la RAMQ. Aucun incitatif n'existait pour l'inscription d'un patient du GACO ne présentant pas de critères de vulnérabilité. En 2011, les incitatifs ont été révisés: un forfait de 103\$ a été offert pour l'inscription des patients non vulnérables et le forfait d'inscription pour les patients vulnérables a été augmenté à 208\$. L'analyse des volumes de patients inscrits depuis les GACO en fonction de leur niveau de vulnérabilité et de l'incitatif financier leur étant associé permet de faire trois observations (Breton et al., 2015). Premièrement, les médecins réagissent aux incitatifs financiers. En effet, la mise en place d'un incitatif à l'inscription a entraîné une croissance marquée du nombre de patients inscrits à un médecin de famille par le biais des GACO. Deuxièmement, les médecins sont réticents à suivre les patients les plus vulnérables. Même quand la prime d'inscription des patients vulnérables a été fixée au double de celle des patients non vulnérables, les médecins de famille ont préféré inscrire majoritairement des patients non vulnérables. Finalement, si la conception des incitatifs financiers y est propice, les médecins auront des comportements opportunistes. Avant le changement des incitatifs, seulement 15% des patients étaient référés au GACO par le médecin qui les suivait déjà (autoréférence). Suite au changement, ce sont 70% des patients qui ont été issus de l'autoréférence.

Les deux exemples mentionnés ici ne prétendent pas faire la synthèse de tout ce qui a été tenté durant les dernières années au Québec pour améliorer la continuité et l'accessibilité, mais ils permettent d'illustrer concrètement les limites de certaines avenues d'intervention. De manière générale, les interventions décrites ici n'ont pas atteint leurs objectifs. Les effets observés ont été en dessous des attentes; des comportements opportunistes non désirables ont été adoptés à grande échelle, et ce malgré des investissements publics importants². Selon notre opinion, l'intervention gouvernementale pour influencer la pratique médicale et, ultimement, améliorer l'accessibilité et la continuité des soins a été complaisante.

Une partie du problème trouve son origine dans la dynamique du processus de négociation entre les Fédérations médicales et le MSSS. Parce que cette dynamique dépasse le cadre d'intervention du projet de loi n°20, nous n'en discuterons pas ici. Toutefois, selon nous, une autre partie du problème découle d'une conception trop restrictive de l'imputabilité dans la régulation de la pratique médicale dont nous discutons dans la prochaine section.

Autonomie clinique, imputabilité et régulation de la pratique médicale

Autonomie professionnelle et imputabilité

La nature du travail professionnel implique qu'on laisse aux gens qui le réalisent l'autonomie et le contrôle sur leurs tâches (Abbott, 1988; Hasenfeld, 1992; Sharma, 1997). Dans le domaine de

² En 2012, les deux forfaits de prise en charge et de responsabilité représentaient 19 747 \$ en moyenne pour chaque médecin qui les facture, soit environ 8% du revenu moyen d'un omnipraticien (RAMQ, 2006-2013). Au total, ces deux forfaits représentaient 106 millions de dollars d'investissements en 2012. Il s'agit aussi d'un secteur en augmentation importante puisque les sommes consacrées à ces forfaits ont cru de 59 % entre 2011 et 2012 (RAMQ, 2006-2013).

la médecine, ce principe s'articule autour de la notion d'autonomie clinique. Par autonomie clinique, nous décrivons la liberté du médecin de déterminer, selon son meilleur jugement et en fonction des connaissances scientifiques disponibles, les soins nécessaires pour améliorer la santé de ses patients.

Le pendant de cette autonomie clinique est l'existence de mécanismes d'encadrement et de contrôle professionnel, par le système des ordres professionnels et du contrôle par les pairs, visant à s'assurer que l'autonomie clinique du médecin est utilisée à bon escient. Le médecin est ainsi tenu responsable de la qualité de son travail auprès de ses patients, ce qui constitue un premier niveau individuel d'imputabilité. Ce niveau individuel d'imputabilité d'un médecin par rapport à chacun de ses patients est un élément fondamental de toute relation thérapeutique et clinique dont l'importance ne fait aucun doute et dont nous ne discuterons pas ici. Par contre, l'imputabilité individuelle est insuffisante d'un point de vue systémique et populationnel. Elle ne permet pas d'assurer que chaque personne qui a besoin de soins reçoive les services nécessaires en temps opportun. Elle ne permet pas non plus de s'assurer que l'offre de soins corresponde aux besoins de la société.

Il est donc fondamental que l'imputabilité individuelle qui repose sur la relation médecin - patient, soit complétée par une imputabilité systémique plus large. Cette imputabilité large doit permettre de s'assurer que les ressources disponibles sont utilisées pour répondre le mieux possible aux besoins de la société. Il s'agit d'une imputabilité qui, dans sa pratique, interpelle plusieurs acteurs – départements cliniques, ordres professionnels, ministère –, mais dans l'opérationnalisation de laquelle les médecins jouent un rôle indiscutable.

Le code de déontologie du Collège des médecins du Québec (Gouvernement du Québec, 2015) intègre clairement des dispositions relatives à l'imputabilité systémique. Par exemple, *"le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif"* (Chap II. Art 3) ou encore *"Le médecin doit collaborer avec les autres médecins au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle ou une population doit avoir accès"* (Chap II. Art 3.1). Toutefois, dans la pratique il s'est avéré beaucoup plus difficile d'opérationnaliser cette imputabilité collective et d'identifier précisément comment elle se traduit dans des attentes pour la pratique des médecins.

Le projet de loi n°20 est intéressant en ce qu'il propose une formalisation de l'imputabilité systémique à deux niveaux. D'une part, il renforce l'imputabilité des médecins omnipraticiens à répondre aux besoins de la population puisque les rumeurs concernant le panel de patients que chaque omnipraticien devra prendre en charge indiquent une volonté d'obliger le corps médical à inscrire l'ensemble de la population du Québec. De même, selon toute probabilité, les médecins inscripteurs ne seront pas seulement tenus responsables de la qualité des soins offerts aux patients dans leur cabinet, mais de la réponse aux besoins de l'ensemble des patients qu'ils ont inscrits – mesurée par le biais du taux d'assiduité. D'autre part, le projet de loi n°20 propose plusieurs éléments pour formaliser les responsabilités dans les trajectoires de soins. Par exemple, les spécialistes à l'hôpital seront tenus imputables de répondre rapidement aux demandes de consultation.

Puisque le projet de loi n°20 fixe des balises explicites dans l'opérationnalisation de l'imputabilité systémique pour les médecins omnipraticiens et puisque ces questions ont occupé l'avant-scène dans les débats publics sur ce projet de loi, nous discuterons ici plus en détail de la question des soins primaires. Toutefois, nous croyons que la notion d'imputabilité systémique est tout aussi importante à opérationnaliser dans le cas des médecins spécialistes et nous y reviendrons dans la section recommandations.

Modalités de rémunération et d'inscription pour le suivi de clientèle

Lors de la création du régime public d'assurance maladie du Québec au début des années 1970, le gouvernement a maintenu le système d'une rémunération "à l'acte" pour les médecins. Cette décision a été prise en contravention avec les recommandations de la commission Castonguay-Nepveu qui recommandait très clairement son abandon dans la mise en place d'un système de santé public.

Que le mode de rémunération à l'acte soit progressivement abandonné au profit d'autres formes de rémunération, tels le salariat et la rémunération au prorata du nombre de cas traités [...] Que des stimulants à la réalisation des objectifs d'une médecine globale soient greffés, au cours de la période de transition, sur le système de rémunération [...] Que les stimulants soient conçus de sorte qu'ils favorisent également la médecine d'équipe [...] Que les stimulants s'adressent à l'ensemble des professionnels travaillant au sein d'équipes de soins (Commission Castonguay-Nepveu, 1967-1970 V.4, Tome IV, Ch. XV, p.234)

C'est l'opposition féroce du corps médical à tout affaiblissement du statut d'entrepreneur autonome des médecins qui explique la décision du gouvernement de maintenir le système de rémunération à l'acte. Plusieurs médecins continuent d'ailleurs de nos jours – selon nous à tort – d'associer l'autonomie professionnelle et clinique avec le statut d'entrepreneur autonome.

Il est important de mettre de l'avant que la rémunération, par le biais d'un paiement à l'acte, n'implique aucune imputabilité systémique. Le médecin est rémunéré pour chacune de ses interventions auprès des patients qu'il traite. Ce modèle ne prévoit aucune incitation à prendre en compte les besoins de la population ou la cohérence des trajectoires de soins. Or, depuis les années 1970, toutes les commissions publiques qui se sont penchées sur le fonctionnement du système de santé ont recommandé de sortir du modèle de paiement à l'acte, du moins pour les soins primaires (Commission Clair, 2000; Commission Rochon, 1988; A.-P. Contandriopoulos, Champagne, & Baris, 1990; D. Contandriopoulos & Brousselle, 2010).

Le modèle de la capitation – où un médecin ou une équipe reçoit un montant forfaitaire pour répondre aux besoins de soins primaires d'un groupe défini de personnes – est beaucoup plus compatible avec une imputabilité systémique au sens où il incorpore la notion de réponse aux besoins. Pour que ce modèle fonctionne, il faut, premièrement, définir le groupe de patients suivis (généralement par inscription volontaire ou automatique); deuxièmement, établir des cibles mesurables du degré de réponse aux besoins de ces patients de manière à opérationnaliser l'imputabilité et, finalement, s'assurer que l'ensemble de la population puisse être inscrite. Tel que mentionné plus tôt, des modalités d'inscription et des forfaits d'inscription

qui s'apparentent à une forme de capitation ont été mis en place au Québec au cours des dernières années, mais sans prévoir de mécanismes d'imputabilité cohérents.

À l'inverse, le ministère de la Santé de l'Ontario a procédé, dans le milieu des années 2000, à des changements dans les modes de rémunération des médecins de famille avec la création des *Family Health Organizations* et des *Family Health Teams* (Ministry of Health and Long Term Care of Ontario, 2009). Le patient peut être inscrit soit auprès d'un médecin en particulier, soit auprès d'un groupe de médecins. Dans les deux cas, une offre de services spécialisés est aussi prévue dans ces cliniques. Les médecins sont payés par méthodes mixtes, partiellement par capitation ou à salaire. La mise en place de cette approche en Ontario semble donner les effets attendus, comme le montre la performance relative de cette province dans les études du *Commonwealth Fund*. À l'inverse, le modèle québécois d'inscription des patients, qui maintient le paiement à l'acte de manière prédominante et ne comporte pas de mécanismes d'imputabilité par rapport à la réponse aux besoins, n'a pas apporté les transformations attendues.

Inscription et travail interprofessionnel

Le principe de l'inscription de patients en première ligne est intéressant en ce qu'il incite à une imputabilité centrée sur la réponse aux besoins, mais il pose aussi des défis. Dans les modèles où l'inscription est volontaire, on observe une tendance à inscrire en priorité les gens socioéconomiquement favorisés ou plus en santé (Glazier et al., 2012). On retrouve cette tendance même quand il existe des incitatifs financiers pondérés en fonction de la lourdeur des cas. Or, les personnes les plus vulnérables sont celles qui font face aux plus grands obstacles d'accès au système de soins alors que, paradoxalement, ce sont elles qui en bénéficieraient le plus (Grabovschi, Loignon, & Fortin, 2013).

Les expériences internationales suggèrent deux éléments fondamentaux dans la mise en place de mécanismes d'imputabilisation systémique. D'une part, il faut porter une attention fine aux mécanismes de pondération liés à la lourdeur des clientèles. Si les médecins ou les équipes sont tenus imputables de la réponse aux besoins d'une clientèle, il existe un risque important de "*cherry-picking*" et de laisser pour compte les personnes les plus vulnérables de la société. De même, une pondération très favorable envers un type particulier de clientèle va se traduire par un biais au détriment d'autres groupes. Nous reviendrons sur cette question dans la section recommandations, mais il n'existe aucune solution simple et garantie à ce problème.

D'autre part, quand le lien d'imputabilité est établi entre un médecin et un groupe de patients, c'est-à-dire quand c'est un médecin qui est responsable de ses patients et non pas une équipe, ceci constitue un incitatif négatif au travail d'équipe. Cette approche limite la possibilité de répartir les tâches en fonction des préférences, des compétences et des disponibilités au sein d'une équipe. De même, une telle approche fait porter la responsabilité au seul médecin alors que les modèles de prise en charge les plus performants en première ligne sont largement interprofessionnels (American College of Physicians, 2008; Baker et al., 2008; Barrett, Curran, Glynn, & Godwin, 2007; Benkert, 2002; Bergman, 2001; Brown & Grimes, 1995; Davis, 2007; Hasselback, 2003; Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002; Wong & Farrally, 2013). Le pire système à cet égard est celui d'une imputabilité du médecin face à un groupe de patients dans un système de paiement à l'acte. Ce modèle – qui est celui de la majorité des GMF au Québec –

dissuade financièrement le médecin, à la fois à travailler selon un modèle de prise en charge d'équipe et à la fois à concevoir les soins primaires comme une activité interdisciplinaire.

Taille des panels de patients suivis en soins primaires

Une seconde dimension importante de l'opérationnalisation d'une imputabilité systémique dans le projet de loi n°20 est l'établissement d'un panel minimum de patients par médecin omnipraticien de manière à assurer que toute la population du Québec ait accès aux services de soins primaires. Comme cela a été mentionné plus tôt, et comme nous le suggérerons dans la section recommandations, nous croyons qu'il est cohérent d'intervenir pour s'assurer que tous les Québécois aient un accès en temps opportun aux soins primaires dont ils ont besoin. Par contre, nous croyons que le lien entre un milieu de soins primaires et un groupe de patients inscrits devrait être formalisé au niveau des équipes et non pas au niveau des médecins.

En Ontario, dans le cas du modèle à salaire, un médecin enregistrant moins de 1300 patients est considéré comme travaillant à temps partiel et son salaire est alors adapté au prorata du nombre de patients inscrits. Le nombre d'heures suggéré pour atteindre la cible de 1300 patients suivis est de 40h par semaine. Les trois niveaux de salaires établis correspondent à des cibles de 1300, 1475 et 1650 patients suivis. Afin d'assurer la qualité des soins prodigués en évitant des temps de consultation trop courts ou la non-accessibilité au médecin, le nombre de patients maximum par médecin est établi à 2400, chiffre après lequel les incitatifs à l'inscription sont réduits de 50%. Plusieurs incitatifs sont mis en place pour assurer l'inscription des patients vulnérables ou complexes, pour l'enregistrement de nouveaux patients et pour des heures de consultation étendues. Des compensations sont aussi prévues pour les régions rurales étant donné que le panier de services proposé alors par les médecins y est plus large. Un peu à l'instar du taux d'assiduité dont il est beaucoup question dans le cadre du projet de loi n°20, des pénalités sont attribuées aux médecins dont les patients sont allés consulter ailleurs. Ces pénalités viennent diminuer le bonus à l'accès (ou *Access Bonus*) qui correspond à la somme due pour chaque patient enrôlé moins le prix des consultations auprès d'un médecin autre que celui d'inscription, à condition que la consultation porte sur un service offert par ce dernier (Blomqvist, Kralj, & Kantarevic, 2013; Ministry of Health and Long Term Care of Ontario, 2009).

Une autre source pour réfléchir à la taille du panel de patient est la méthode proposée par le Collège des médecins de famille du Canada (2012) qui se base sur l'article de Murray, Davies, and Boushon (2007). La formule utilisée fonctionne comme suit:

$18 \text{ patients/jour} \times 240 \text{ jours travaillés} \times 3,19 \text{ visites/patients/an} = 1354 \text{ patients suivis.}$

Au Canada, le panel moyen de patients, tel qu'estimé par sondage auprès des médecins [Commissaire à la Santé, 2013], est de 1468, avec d'importantes variations provinciales: 1539 en Ontario; 1672 en Alberta; et 1750 patients au Manitoba et en Saskatchewan. Selon cette source, le Québec est la province avec le plus petit panel moyen, avec 1081 patients. Initialement, le plan du MSSS concernant les GMF visait une cible plus proche de la moyenne canadienne, avec 1200 à 1500 patients suivis par médecin (Beaulieu et al., 2006). Dans une allocution publique faite le 4 novembre 2012, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a mentionné que les médecins travaillant en GMF avaient 834 patients inscrits en moyenne. Une étude suggère que les GMF québécois bénéficient pourtant d'un soutien de professionnels non-médecins payés par

le gouvernement qui est supérieur à la moyenne canadienne. Le ministre de la Santé actuel a quant à lui mentionné lors de sa conférence de presse du 28 novembre 2014 une inscription moyenne, tous lieux de pratique confondus, de 564 patients par médecin au Québec.

Accessibilité, évolution des besoins et pertinence des soins

L'objectif ultime du projet de loi n°20 est d'améliorer l'accessibilité des soins. Or il existe une interdépendance évidente entre les besoins de la population et l'accessibilité des services. L'accessibilité est définie ici, à la suite de Donadedian (1988; Wilson & Rosenberg, 2004), comme l'adéquation entre les structures de production, d'une part, et les besoins de la société et leur répartition géographique, d'autre part. Il nous semble donc fondamental de discuter du bénéfice clinique et de la pertinence des soins offerts en relation avec l'évolution des besoins.

Le Québec est actuellement dans une phase de double transition : la transition démographique (le vieillissement de la population) s'accompagne d'une transition épidémiologique (les maladies chroniques remplacent les maladies infectieuses comme principales causes de mortalité et de morbidité).

L'âge moyen de la population va continuer de s'accroître au cours des prochaines décennies. Ce facteur aura certainement des impacts importants sur le système de soins. Toutefois, il faut éviter de faire un amalgame trop rapide entre vieillissement, maladies, incapacités et utilisation accrue des services de santé. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2011), les personnes âgées du Canada vivent généralement en bonne santé jusqu'à un âge avancé. Même si leur espérance de vie a augmenté durant les 10 dernières années, la grande majorité d'entre elles ne rapporte aucune limitation des capacités fonctionnelles.

Plutôt que le vieillissement en tant que tel, c'est surtout le nombre de maladies chroniques qui est associé à l'utilisation plus fréquente des services de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). De plus, l'intensification de l'intervention médicale à laquelle nous avons assisté au cours des dernières décennies a une influence directe sur l'utilisation des services de santé et les coûts qui y sont associés. À état de santé et âge identique, une personne sera exposée de nos jours à une intensité d'intervention médicale beaucoup plus grande que ce qui était la norme il y a 10 ou 20 ans (Hadler, 2008). Par exemple, près des trois quarts des personnes de 65 ans ou plus ont déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique, et près du quart en ont trois ou plus. Pour comprendre cette tendance, il faut savoir que les seuils physiologiques utilisés pour définir les maladies chroniques ont été continuellement élargis au cours des dernières années. Il est donc difficile de savoir à quel point l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques est due à une réelle augmentation des cas ou à l'abaissement des seuils. Quoi qu'il en soit, il est plausible de croire qu'il existe un surdiagnostic de plusieurs maladies chroniques. Ainsi, selon les derniers critères diagnostics recommandés dans les guides de pratique clinique, l'ensemble de la population adulte serait considérée comme souffrant d'au moins une maladie chronique (Kaplan & Ong, 2007). Des tests de dépistage ou des traitements préventifs ou curatifs aux bénéfices nuls, faibles ou incertains ou

dont les risques surpassent les bénéfiques sont aussi largement prescrits et administrés (Grady & Redberg, 2010).

Le projet de loi n°20 devrait tenir compte de ces réalités et aller plus loin que la simple recherche de productivité. Il n'est pas forcément souhaitable de vouloir produire plus de soins. En effet, différentes études ont montré qu'une quantité plus importante de soins n'est pas associée à un meilleur état de santé de la population, et même que certaines mesures de la santé sont moins bonnes dans les régions où les gens reçoivent plus de services de santé (Fisher, Bynum, & Skinner, 2009; Grady & Redberg, 2010; Skinner, Staiger, & Fisher, 2006). La surutilisation des services³ peut générer des coûts supplémentaires et nuire aux patients, à cause des effets secondaires des traitements ou du stress lié aux tests de dépistage (Lipitz-Snyderman & Bach, 2013).

Le projet de loi n°20 s'appuie fortement sur une régulation par incitatifs (maintien du paiement à l'acte et cibles de volume). Cette approche a un potentiel inflationniste sur la quantité et l'intensité des soins. Pour maintenir l'efficacité du système et la pertinence des soins, il est fondamental que l'intervention publique proposée dans le projet de loi n°20 comprenne des dispositions visant à aider les médecins à faire de meilleurs choix (et à convaincre les patients que ces choix sont les bons), afin de ne pas entrer dans une logique d'inflation des soins mais d'influencer à la baisse la courbe des dépenses (Fisher et al., 2009). Il existe actuellement différents mouvements dans ce sens tels que " *Less is more* " aux États-Unis (Grady & Redberg, 2010), ou " Choisir avec soin " au Québec (<http://www.choisiravecsoin.org>). Ces initiatives, soutenues par des guides de pratique clinique basés sur les meilleures preuves scientifiques et exposant clairement les avantages et désavantages des différentes alternatives, permettraient de diminuer ce que Hadler (2008) appelle la mauvaise pratique médicale de type 2 : réaliser très bien des actes non nécessaires (par opposition au type 1, qui est de mal réaliser des actes nécessaires). Pour soutenir ces initiatives, il est important de monitorer la pratique médicale et d'offrir une rétroaction aux cliniciens, nous y reviendrons dans les recommandations.

Quelques idées pour penser les leviers d'intervention sur la pratique médicale

Tel que cela a été mentionné, le projet de loi n°20 propose une mécanique pour structurer la pratique médicale et améliorer l'accessibilité et la continuité. On peut voir cette mécanique comme un effort visant à réguler un système complexe. Par système complexe, nous désignons un système dans lequel interagissent de nombreux éléments interdépendants et où cette interdépendance empêche de prédire facilement comment la modification d'un élément affectera l'ensemble du système (Glouberman & Zimmerman, 2004; Hasenfeld, 1992).

³ La surutilisation est définie par l'*Institute of Medicine* (Chassin & Galvin, 1998) comme un service de soins de santé fourni dans des circonstances où son préjudice potentiel dépasse le bénéfice attendu.

Au-delà de l'absence de détail sur le contenu des règlements d'application, un des défis que pose l'analyse du projet de loi n°20 est lié à la complexité des relations causales entre ses modalités d'application, leurs effets sur la pratique médicale et l'impact des modifications de la pratique médicale sur la performance du système. Pour discuter des effets plausibles du projet de loi n°20 et des modalités d'applications susceptibles de permettre l'atteinte des objectifs visés, il nous semble utile de mettre de l'avant quelques idées pour réfléchir aux questions de coordination et d'action collective.

C'est une évidence, mais elle mérite malgré tout d'être rappelée : toute activité collective demande un ou des mécanismes de coordination. Il est utopique de croire qu'un système de soins arriverait à optimiser l'accessibilité, la continuité et la globalité des soins en laissant les médecins choisir individuellement qui ils traitent et où, quand et comment ils travaillent. Selon nous, une part importante des dysfonctions du système de santé québécois s'explique par l'échec de l'implantation d'un modèle d'encadrement de la pratique médicale.

Nous utiliserons ici la typologie de Mintzberg (1973, 1979, 1983, 1989) sur les mécanismes de coordination comme outil pour analyser les leviers d'intervention permettant de structurer la pratique médicale de manière à atteindre les objectifs du projet de loi n°20. Il existe de nombreux modèles conceptuels qui pourraient être mobilisés pour analyser la nature de l'intervention proposée par le projet de loi. Celui que nous avons choisi nous semble intéressant sur deux plans. D'une part, il s'agit d'un modèle centré sur l'analyse des mécanismes de coordination. Or, selon nous, et contrairement à ce que le débat public laisse croire, l'élément le plus intéressant du projet de loi n°20 n'est pas d'augmenter la productivité médicale, mais de renforcer la coordination entre la pratique médicale et le reste du système de santé. D'autre part, le modèle permet de distinguer les différents mécanismes à l'œuvre dans les leviers actuels et proposés pour structurer la pratique médicale. La typologie de Mintzberg distingue six mécanismes de coordination et de structuration de l'action collective.

1. **Ajustement mutuel:** Selon ce mécanisme, la coordination est le produit des efforts de communication et d'ajustement informel entre les acteurs impliqués dans une tâche commune. La majorité des illustrations de cette forme de coordination repose sur des exemples très micro où quelques personnes travaillent collectivement, et où chacun s'adapte aux actions des autres. Mais l'ajustement mutuel peut aussi s'opérationnaliser à un niveau plus macro, en particulier si on pense à tout ce qui est englobé par le contrôle par les pairs. Selon cette vision plus macro, les personnes impliquées dans un même système de production vont être attentives aux actions des autres et aux perceptions des autres sur leur propre travail et vont ajuster informellement leurs comportements en conséquence. Il est clair que les professionnels de la santé sont sensibles à ces deux niveaux de coordination par ajustement mutuel.
2. **Supervision directe:** La coordination est ici le produit de l'intervention d'une personne en position d'autorité, responsable de la coordination du travail des autres. C'est le modèle hiérarchique classique. Certaines structures, comme les chefs de départements cliniques, les médecins responsables de GMF, etc. ont une fonction qui repose sur ce mécanisme. Toutefois, la nature du travail professionnel et surtout le processus social de professionnalisation (Abbott, 1988) est peu compatible sur le plan logique avec un

recours étendu à la supervision directe, ce qui explique probablement la faible mobilisation de ce mécanisme dans le contexte de la pratique médicale au Québec.

3. **Standardisation des procédés:** La coordination découle ici de ce que le contenu du travail et les processus de production sont spécifiés d'avance. L'illustration la plus simple de ce mécanisme est la chaîne de montage où les tâches spécifiques de chacun et leur séquence sont préétablies et optimisées. On peut toutefois étendre la logique de la standardisation des procédés à l'ensemble des interventions organisationnelles et législatives qui établissent la manière dont une tâche doit être accomplie. Selon cette perspective plus large, les guides de pratique clinique sont un exemple de standardisation des procédés. De même, des structures organisationnelles et des protocoles de fonctionnement interne contribuent à structurer l'action collective des professionnels qui y travaillent.
4. **Standardisation des résultats:** Selon ce mécanisme, la coordination découle du fait que les résultats attendus sont préétablis. Cette approche est importante à discuter ici, car c'est celle qui sous-tend le paiement à l'acte. Il s'agit probablement du plus simple des leviers de modification des comportements individuels. L'atteinte d'un niveau de résultats donné (nombre, quantité, qualité, etc.) entraîne une récompense (rémunération, prime, etc.). Ce mécanisme de structuration de l'action individuelle est efficace dans la mesure où les résultats sont facilement attribuables à l'effort individuel, facilement mesurables et non ambigus. De même, la standardisation des résultats est efficace dans les contextes où l'interdépendance entre les acteurs dans le processus de production est faible. Malheureusement, ces conditions ne sont généralement pas respectées dans le cas des soins médicaux. En particulier, si la production repose sur un travail d'équipe, comme cela est le cas, par exemple, dans le domaine des soins primaires, les résultats attendus doivent être établis au niveau des équipes ce qui implique de recourir à un autre mécanisme de coordination à l'intérieur de l'équipe.
5. **Standardisation des qualifications:** La coordination découle ici de la formation et des qualifications des personnes impliquées. La standardisation des qualifications est un levier central de contrôle du travail professionnel. Les compétences et le savoir-faire des travailleurs sont standardisés par le biais de leur formation initiale, ce qui permet d'anticiper les comportements des acteurs dans le système. Quel que soit l'individu, un médecin d'une spécialité donnée devrait être en mesure d'offrir un service équivalent pour répondre aux besoins spécifiques d'un patient et de facturer par la suite un acte qui correspond aux soins offerts. C'est en grande partie la standardisation des qualifications qui vient compenser les limites dans la régulation par la standardisation des résultats que nous avons mentionnées plus tôt.
6. **Standardisation des normes:** Finalement, la coordination découle ici de ce que les personnes impliquées partagent les mêmes normes sociales et des valeurs convergentes. Mises dans des conditions similaires, on peut s'attendre à ce que ces personnes adoptent aussi une conduite similaire. De nombreux travaux classiques en sociologie (Bourdieu, 1980; Foucault, 1975; Sahlins, 1976) ont montré que le lien entre le comportement humain et la maximisation de ses propres intérêts est extrêmement complexe. Il existe chez tout humain une tendance, plus ou moins développée, à suivre l'impératif kantien du "fait ce que doit" qui s'appuie sur des normes au sujet du bien et du normal. La sélection et la socialisation qu'implique la formation médicale jouent un rôle crucial à ce niveau. En

effet, aucun système de rémunération ou de contrôle n'est suffisamment puissant pour rendre la pratique clinique d'un professionnel qui priorise la maximisation de ses revenus cohérente ou désirable.

Leviers d'optimisation de la pratique médicale

À cause de la complexité du système de santé, aucun levier d'action, pris seul, n'est en lui-même nécessaire ou suffisant pour maximiser la performance du système. Pour cette raison, nous croyons qu'il est nécessaire que plusieurs leviers d'interventions soient combinés dans l'effort pour atteindre les objectifs de la loi n°20.

Les éléments rendus publics à propos des futurs règlements d'application du projet de loi n°20 s'apparentent tous à une standardisation des résultats. Sur le fond, le recours à une standardisation des résultats n'est pas absurde. Mais il est important d'identifier ses limites. Le recours à une régulation par la standardisation des résultats implique d'arriver à établir des résultats visés qui respectent les trois critères d'être réalistes, peu sensibles au "*gaming*" et très fortement associés aux objectifs ultimes.

Sur le premier critère, si les cibles fixées ne sont pas assez ambitieuses, elles n'auront pas d'effet; si elles sont trop ambitieuses, elles vont pousser vers des pratiques dysfonctionnelles. De même, les cibles doivent être finement ajustées aux réalités du terrain. Une cible de patients inscrits qui ne serait pas modulée pour tenir compte du niveau de besoins des patients ou des responsabilités d'enseignement va se traduire par des comportements opportunistes (par exemple, ignorer les besoins des populations vulnérables) ou des comportements indésirables (par exemple, affaiblir les capacités d'enseignement en médecine).

Sur le second critère, il faut que les cibles ne soient pas faciles à influencer par les acteurs touchés. Pour illustrer le problème de manière simple, si les médecins sont incités à prendre en charge des patients vulnérables et qu'ils sont aussi responsables d'identifier quels patients sont vulnérables, il existe un risque de surdiagnostic de la vulnérabilité. S'il est possible d'être récompensé en modifiant la mesure de la cible plutôt qu'en contribuant à atteindre la cible elle-même, il faut s'attendre à ce que les acteurs influencent la mesure.

Le troisième critère d'association aux objectifs ultimes porte sur le fait que la cible définie peut être différente de l'objectif réel. On l'a vu dans les interventions visant à augmenter l'inscription de clientèles. Les médecins ont réagi aux incitatifs et inscrit des patients. Mais la cible n'a jamais spécifié de réellement offrir des services aux patients inscrits et beaucoup de médecins ont surinscrit et sous-suivi.

Au-delà du défi d'établir une coordination par les résultats qui ne donnerait pas lieu à trop de comportements opportunistes, il existe une difficulté additionnelle si l'on veut recourir à une régulation par résultats dans des systèmes où les acteurs sont interdépendants. Si les individus sont individuellement récompensés ou sanctionnés en fonction de cibles sur leur pratique, il sera très difficile de les pousser à agir collectivement. Dans le contexte des soins de première ligne, la difficulté de mettre en place une pratique collaborative et interdisciplinaire quand les

médecins sont payés à l'acte est une illustration de ce problème. Ceci est encore plus difficile lorsque les autres professionnels, tels que les infirmières de première ligne rémunérées à salaire par les CSSS, sont eux-mêmes soumis à des processus d'évaluation et de rémunération différents. Or il est absolument fondamental pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de globalité, de continuité et d'efficacité dans l'offre de soins de première ligne de migrer vers une prise en charge qui repose sur un travail interdisciplinaire en équipe.

Sur le plan logique, si le processus de production est collectif, alors les cibles doivent être collectives et les équipes collectivement imputables de leur atteinte. Ceci a deux effets bénéfiques. D'une part, cela encourage une division des tâches au sein des équipes qui est compatible avec les compétences et les préférences individuelles et favorise un comportement d'équipe où les membres s'entraident, se soutiennent et se complètent. D'autre part, cela limite les risques de comportements opportunistes. Quand la cible est mesurée à partir de bases de données administratives, il existe peu de contrôle social. Quand l'équipe est imputable, chacun de ses membres sera attentif au travail de ses collègues et à l'équité des efforts consentis par chacun. En ce sens, une collectivisation des cibles permet de contrôler en partie les comportements opportunistes par le contrôle par les pairs et ainsi de s'appuyer sur le principe de l'ajustement mutuel. S'il y avait un seul élément à retenir de l'ensemble de ce mémoire, ce serait la suggestion de collectiviser la régulation par la standardisation des résultats que le projet de loi n°20 met de l'avant.

Un second mécanisme de coordination qui devrait être intégré à la logique du projet de loi n°20 est la standardisation des procédés. À premier abord il peut sembler qu'il existe une tension entre la standardisation des procédés et le respect de l'autonomie clinique nécessaire à la pratique médicale que nous avons discutée plus tôt. Mais si l'on conçoit la standardisation des procédés de manière souple, comme un soutien à la pratique, plutôt que comme des directives rigides, cette tension disparaît. Nous croyons que deux niveaux d'opérationnalisation de la standardisation des procédés pourraient avoir des effets désirables et contribuer à l'atteinte des objectifs du projet de loi.

D'une part, un recours beaucoup plus important à des protocoles organisationnels. Nous proposons en particulier dans nos recommandations la mise en place de guichets uniques par spécialités dans tous les CISSS pour renforcer la cohérence des trajectoires de soins entre la première et la deuxième ligne. Une telle approche ne limite pas l'autonomie clinique, mais structure la pratique médicale. Elle formalise comment les demandes de références doivent circuler dans le système. Par ailleurs, ces guichets devront être activement gérés par des médecins responsables et ceci implique le recours à une coordination par supervision directe.

D'autre part, l'opérationnalisation d'une standardisation des procédés doit prendre la forme d'une implantation rigoureuse de guides de pratique provinciaux fondés sur les connaissances scientifiques les plus robustes. Le Québec fait piètre figure à ce niveau. Une multitude de guides de pratique sont élaborés établissement par établissement et parfois service par service. Une telle approche ne permet pas de maximiser la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins offerts. La mise en œuvre d'une approche provinciale de soutien à une pratique fondée sur les données probantes doit aussi inclure un renforcement des systèmes d'information pour analyser la conformité de l'offre de soins avec les meilleures pratiques.

Le développement de systèmes d'information robustes au niveau des CISSS et au niveau provincial permet à la fois d'avoir recours à une standardisation des procédés et de bénéficier des dynamiques d'ajustement mutuel. Plusieurs pays, dont l'Angleterre et l'Australie, ont mis en place des organisations spécialisées dans la création d'indicateurs de performance et la production de portraits de performance individuelle et comparatifs. Les portraits individuels peuvent être agrégés à l'échelle d'une organisation de première ligne, d'un établissement hospitalier ou d'un réseau intégré. En offrant à chaque médecin un portrait fiable de sa propre pratique, de son évolution dans le temps et de la manière dont elle se compare avec la moyenne on contribue à permettre un ajustement mutuel dans les équipes. Depuis les expériences conduites à la fin des années 1920 et qui ont permis d'identifier ce que l'on appelle maintenant l'effet Hawthorn, il est bien démontré que dans des systèmes qui reposent sur une régulation par la standardisation des résultats la dynamique sociale et interpersonnelle joue un rôle considérable. Au Québec, même si plusieurs organisations font appel à des firmes privées pour les aider à développer des tableaux de bord et des indicateurs, les données clinico-administratives sont terriblement sous-utilisées actuellement.

Finalement, il nous semble aussi important de penser la régulation de la pratique médicale comme un système complexe qui évolue dans le temps. Au cours des dernières années, le Québec a adopté une approche de sophistication de l'incitation financière incluse dans la rémunération à l'acte. La modulation des tarifs et la multiplication des actes reposent sur un découpage de plus en plus détaillé du travail professionnel avec pour effet de considérablement complexifier les manuels de facturation. Or cette approche n'est pas neutre sur le plan des normes et des valeurs. Au contraire elle sous-tend, d'une part, que la pratique de la médecine peut être décomposée en une multiplicité de tâches indépendantes et, d'autre part, qu'aucune tâche ne devrait être réalisée gratuitement. Ces deux postulats sont inquiétants car, à terme, ils envoient un message non désirable aux médecins sur la nature de leur travail et sur les attentes de la société. Il est important, dans la sélection des étudiants en médecine, dans la socialisation qu'implique leur formation et dans les messages que les leviers de régulation impliquent, qu'une attention soit apportée au message sous-jacent. Les médecins ne sont généralement pas vus comme étant mus seulement par des intérêts financiers personnels (Evans 1984 ; Light 1991 ; Kitchener & Whipp 1997). Il est clair que les médecins cherchent, comme tout le monde, à préserver ou à augmenter leurs revenus. Par contre, il est tout aussi clair qu'ils ne le feront pas à n'importe quel prix et qu'ils accordent aussi de l'importance au bien-être du patient. Evans (1984) les décrit ainsi comme des agents " à but pas uniquement lucratif " (*not only for profit*). Dans la régulation du système, il est fondamental de permettre aux médecins de ne pas avoir à faire un arbitrage entre revenus et bonne pratique.

Les recommandations ci-dessous ont pour ambition d'opérationnaliser la diversification des logiques d'intervention que nous avons défendue dans les pages précédentes dans des propositions concrètes.

Recommandations

Suivi de clientèle en soins primaires

- 1 Intervenir pour que la proportion de médecins omnipraticiens par rapport à l'effectif médical total se stabilise aussi rapidement que possible autour de 60% d'omnipraticiens de manière à répondre adéquatement aux besoins de la population tout en maintenant un contrôle sur les dépenses totales de santé.
- 2 Établir une obligation pour les médecins omnipraticiens d'identifier un lieu de pratique principal où ils font du suivi de clientèle. Ce lieu de pratique devra (sauf exemption accordée par le DRMG) rassembler une équipe composée d'un nombre suffisant de médecins ou d'IPSPL et d'un effectif d'autres professionnels (infirmières cliniciennes, travailleurs sociaux, psychologues, pharmaciens, etc.) équivalent en ETP à l'effectif médical.
- 3 Calculer un panel minimum pour chaque équipe en fonction de ses effectifs et de sa composition. Un panel minimum de 1000 patients par médecin et de 300 patients par IPS semble réaliste. Un médecin ou une IPS pourront demander à être considérés à temps partiel et, dans ce cas, le panel attribué dans le calcul sera ajusté au prorata.
- 4 Pondérer le panel des patients des équipes de première ligne selon la lourdeur de la clientèle suivie. Le panel de patients sera modulé en fonction d'un indicateur de complexité et de défavorisation calculable à partir des données disponibles dans les bases de données administratives. L'indice de Charlson (Charlson, Pompei, Ales, & MacKenzie, 1987) est un indice simple et validé de la morbidité associée aux maladies chroniques. Il serait aussi essentiel de prévoir une pondération qui tienne compte des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. De même, étant donné l'impact de la défavorisation socio-économique sur les besoins réels de prise en charge, il apparaît important d'en tenir compte dans la modulation. L'utilisation du code postal du patient et de son association à l'indice de Pampalon (Pampalon & Raymond, 2003) nous semble une avenue réaliste de modulation en fonction de la défavorisation socio-économique.
- 5 Que les CISSS instaurent, en partenariat avec la RAMQ, un monitoring de toutes les visites à l'urgence (urgences générales et psychiatriques) des patients présentant un double diagnostic de santé mentale et de toxicomanie. Malgré les efforts de pondération, les besoins particuliers de cette population et l'expertise que sa prise en charge demande justifie le recours à des équipes spécialisées. En conséquence, que les CISSS soient imputables de mettre en place des équipes interdisciplinaires de soins primaires globaux spécialisées dans le suivi de ces personnes. Que les personnes avec un double diagnostic de santé mentale et de toxicomanie qui se présentent à l'urgence se voient systématiquement proposer une prise en charge et une inscription auprès d'une telle équipe interdisciplinaire.
- 6 Pour les équipes où les médecins sont actuellement rémunérés principalement à l'acte, qu'une transition vers une proportion significative de capitation dans le financement des équipes soit mise en place. Au fur et à mesure que le financement des équipes évoluera,

le calcul de la taille du panel devra se sophisticationner pour inclure la contribution des professionnels non médecin et non-IPS au suivi. Ceci devra être fait de manière à inciter les équipes à recourir à une prise en charge plus interdisciplinaire dans le suivi des patients.

- 7 Qu'une transition vers une composante de paiement à l'acte simplifiée représentant environ 20% des revenus soit mise en place pour les équipes où les médecins sont principalement rémunérés à salaire (CLSC et UMF) et quand ceux-ci préfèrent maintenir ce mode plutôt que de migrer vers un mode de capitation.
- 8 Instaurer un système de monitoring de la pratique de première ligne au niveau provincial. En particulier, que les équipes documentent auprès de la RAMQ l'ensemble des visites de patients, indépendamment du professionnel impliqué ou du statut d'inscription. Que la RAMQ calcule un taux d'assiduité pour l'ensemble de l'équipe. Le taux serait calculé selon la formule: visites auprès de l'équipe / visites totales en première ligne (incluant l'urgence) des patients inscrits auprès de cette équipe. Pour inciter les équipes à maintenir une offre de service aux patients orphelins, aux patients hors de leur région, etc. les visites de patients dans une équipe où ils ne sont pas inscrits entreront au numérateur. Pour éviter de pénaliser les équipes pour des utilisations pertinentes de l'urgence, les visites à l'urgence avec hospitalisation subséquente seront retranchées du dénominateur. Pour éviter de pénaliser les équipes pour les séjours hors région de leurs patients, les consultations en première ligne à plus de 100 km du lieu de résidence du patient seront retranchées du dénominateur.

Activités hospitalières des médecins omnipraticiens

- 9 Maintenir une implication hospitalière des médecins omnipraticiens. Il existe des preuves convergentes que le travail des médecins omnipraticiens à l'urgence et dans le suivi des hospitalisations est nécessaire et désirable. En particulier, les omnipraticiens contribuent à la cohérence des trajectoires cliniques à l'hôpital et à la pertinence des soins. Il est donc important de ne pas viser une pratique constituée exclusivement de suivi en cabinet pour les médecins omnipraticiens. Un système de vases communicant entre l'intensité de la pratique de suivi et de la pratique hospitalière devrait être mis en place. Un système d'équivalence entre les heures travaillées en établissement et la taille du panel minimum, permettant de diminuer le panel minimum de l'équipe au fur et à mesure qu'un médecin omnipraticien augmente sa pratique hospitalière ou de faire l'inverse, devrait être prévu.
- 10 Utiliser les AMP comme un outil de coordination entre l'offre médicale et les besoins de la population d'un territoire. La mécanique des AMP est un outil intéressant de structuration de la pratique médicale qui devrait être maintenu et qui permet un contrôle de type supervision directe sur l'adéquation entre les choix de pratique individuels des médecins et les besoins de la population d'un territoire. L'intensité du travail en AMP devrait être uniforme, quelle que soit la région de pratique. La nature du travail en AMP devrait être modulable et adaptée en fonction des besoins de la population, des structures de soins et des effectifs régionaux.

- 11 Reconnaître les tâches médico-administratives et d'enseignement des médecins comme des AMP. À ce sujet, la supervision des stages de formation des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de première ligne devrait être prise en compte dans le calcul des AMP de manière à favoriser l'élargissement du bassin de milieux de stages et, ultimement, faciliter l'atteinte de l'objectif de former 2000 IPS de première ligne.

Soins spécialisés

- 12 Que la rémunération des médecins spécialistes en établissement passe obligatoirement par le biais de pools de pratique. Que les règles de fonctionnement des pools requièrent qu'un minimum de 10% de la rémunération de chaque médecin du groupe soit prélevée et réattribuée en totalité au prorata de la contribution de chacun à des objectifs de performance. Les objectifs de performance seront établis collégalement par les médecins du pool mais devront être validés par le directeur général et le DSP du CISSS.
- 13 Que la mise en place annoncée d'un mode de financement par activité pour l'activité hospitalière s'accompagne d'une étude de la faisabilité et de projets pilotes pour modifier le mode de rémunération des médecins en établissement de manière à inclure une composante salariale significative comprise dans le financement des établissements. Il est plausible de croire qu'il existe actuellement un volume significatif de soins dont la pertinence clinique est faible ou ambiguë et qui disparaîtrait si l'incitation financière de la rémunération à l'acte était amoindrie.
- 14 Que chaque CISSS crée une direction de l'information clinique responsable de produire un rapport de rétroaction pour chaque médecin. Les rapports de rétroaction présenteront un certain nombre d'indicateurs cliniquement pertinents pour chaque spécialité et type de pratique. Pour chaque médecin, les indicateurs individuels seront mis en relation avec la moyenne de son service et, lorsque cela sera techniquement possible, avec la moyenne provinciale. Les critères de performance utilisés dans le pool de pratique de chaque médecin feront obligatoirement partie du rapport qui lui sera communiqué. Les responsables des pools de pratique devront travailler en collaboration avec le directeur de l'information clinique sur le choix des indicateurs.
- 15 Malgré les exigences déjà prévues à l'article 185.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la gestion des guichets d'accès et des listes d'attente reste encore très déficiente au Québec. En conséquence, que la loi oblige chaque CISSS à mettre en place un guichet unique par spécialité pour la totalité des demandes de référence de la première ligne et pour la gestion des listes d'attente des interventions électives. Que des pénalités financières soient prévues pour les médecins qui refuseraient de participer à ces guichets uniques.
- 16 Que chaque CISSS nomme un médecin responsable de la gestion de chaque guichet unique par spécialité, imputable devant le CA du fonctionnement du guichet. Que le directeur de l'information clinique du CISSS fournisse aux responsables des guichets les données nécessaires à l'appréciation de l'effort de chaque médecin au traitement des patients inscrits au guichet. Que les médecins spécialistes qui ne contribuent pas de manière satisfaisante soient pénalisés financièrement. Ce mécanisme est une

opérationnalisation de l'article 10 du projet de loi n°20 sur l'obligation des spécialistes à répondre de manière appropriée aux demandes de référence de la première ligne.

- 17 Que les CISSS instaurent un système de monitoring et de suivi des rapports de consultation pour tous les patients qui transitent par les guichets uniques. Que des pénalités financières soient prévues pour les médecins qui ne transmettent pas au médecin référant, en temps opportun et selon des modalités efficaces, les rapports de consultation des patients qu'ils ont vus. Le Dossier Santé Québec pourrait être un exemple de modalité efficace.

Pertinence des soins et efficience

- 18 Que la RAMQ nomme un directeur provincial de l'information clinique responsable d'intégrer au niveau provincial le travail fait par les directeurs de l'information clinique des CISSS et de développer un monitoring national pour inclure certaines moyennes nationales aux rapports de rétroaction.
- 19 Que l'INESSS mette sur pied un groupe de travail responsable de traduire sous la forme de guides de pratique provinciaux les recommandations émises par la *Cochrane Collaboration* (<http://www.cochrane.org>) et de travailler avec le directeur provincial de l'information clinique pour développer des indicateurs de l'adéquation de la pratique médicale avec les guides de pratique.
- 20 Que le ministère de la Santé et des Services sociaux analyse proactivement l'impact des dispositions prévues au projet de loi n°20 sur les dépenses associées à la rémunération médicale et intervienne selon les dispositions prévues au chapitre V du projet de loi n°20 pour maintenir la croissance des dépenses de ce secteur à l'intérieur de la croissance de l'indice général des prix à la consommation du Québec.

Références

- Abbott, Andrew. (1988). *The System of Professions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- American College of Physicians. (2008). *Achieving a High-Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries*. *Annals of internal medicine*, 148, 55-75.
- Baker, G. Ross, MacIntosh-Murray, Anu, Porcellato, Christina, Dionne, Lynn, Stelmachovich, Kim, & Karen, Born. (2008). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality By Design*. Toronto: Longwoods Publishing Corporation.
- Barrett, J., Curran, V., Glynn, L., & Godwin, M. (2007). *CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Beaulieu, Marie-Dominique, Denis, Jean-Louis, D'Amour, Danielle, Goudreau, Johanne, Haggerty, Jeannie, Hudon, Éveline, . . . Guay, Hélène. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Montréal: Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale.
- Benkert, Ramona. (2002). Patient satisfaction outcomes in nurse-managed centers. *Outcomes management*, 6(4), 174-181.
- Bergman, June. (2001). Reforming Primary Care - Better to Build on the Best. *Hospital quarterly*, 5(1), 28.
- Blomqvist, Ake, Kralj, Boris, & Kantarevic, Jasmin. (2013). *Accountability and Access to Medical Care: Lessons from the Use of Capitation Payments in Ontario*. Healthcare Policy, E-brief 168. Retrieved from www.cdhowe.org website.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Éditions de Minuit.
- Breton, M., Brousselle, A., Boivin, A., Roberge, D., Pineault, R., & Berbiche, D. (2015). Who gets a family physician through centralized waiting lists? *BMC Family Practice*, 16(10), <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/1416/1410>.
- Brown, S. A., & Grimes, D. E. (1995). A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nursing research*, 44(6), 332-339.
- Canada Health Council. (2008). *Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada*. Ottawa: The Canada Health Council.
- Charlson, M.E., Pompei, P., Ales, K.L., & MacKenzie, C.R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-383.
- Chassin, M. R., & Galvin, R. W. (1998). The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*, 280(11), 1000-1005.
- Collège des médecins de famille du Canada (Ed.). (2012). *Conseil pratique sur l'inscription de clientèle en médecine familiale*. Mississauga: Collège des médecins de famille du Canada.
- Commissaire à la Santé. (2010). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne: le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2009 auprès des médecins*. Québec: Commissaire à la Santé et au Bien-Être du Québec; Gouvernement du Québec.

- Commissaire à la Santé. (2011). L' expérience de soins de la population : Le Québec comparé. Résultats de l' enquête internationale du commonwealth fund de 2010 auprès de la population de 18 ans et plus. Québec: Commissaire à la Santé et au Bien-Être du Québec; Gouvernement du Québec.
- Commissaire à la santé. (2012a). Améliorer l'accès aux services de première ligne et aux soins spécialisés. Info-Performance, (5).
- Commissaire à la Santé. (2012b). L' expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins : Le Québec comparé. Résultats de l' enquête internationale sur les politiques de santé du commonwealth fund de 2011. Québec: Commissaire à la Santé et au Bien-Être du Québec; Gouvernement du Québec.
- Commissaire à la Santé. (2013). Perceptions et expériences des médecins de première ligne: Le Québec comparé. Résultats de l' enquête internationale sur les politiques de santé du commonwealth fund de 2012. Québec: Commissaire à la Santé et au Bien-Être du Québec; Gouvernement du Québec.
- Commissaire à la Santé. (2014). Perceptions et expériences de soins de la population: le Québec comparé. Résultats de l' enquête internationale sur les politiques de santé du commonwealth fund de 2013. Québec: Commissaire à la Santé et au Bien-Être du Québec; Gouvernement du Québec.
- Commission Castonguay-Nepveu. (1967-1970). Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Québec: Gouvernement du Québec.
- Commission Clair. (2000). Rapport et recommandations de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : Les solutions émergentes. Québec: Gouvernement du Québec.
- Commission Rochon. (1988). Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec: Gouvernement du Québec.
- Contandriopoulos, André-Pierre, Champagne, F., & Baris, E. (1990). Physician compensation and health care system objectives: an appraisal of international experiences: GRIS, Université de Montréal, Faculté de médecine.
- Contandriopoulos, D., & Brousselle, A. (2010). Reliable in their failure: an analysis of healthcare reform policies in public systems. *Health Policy*, 95(2-3), 144-152.
- Davis, K. (2007). Learning From High Performance Health Systems Around the Globe, Invited Testimony: Senate Health, Education, Labor, and Pensions Committee Hearing "Health Care for All Americans: Challenges and Opportunities". www.commonwealthfund.org: Commonwealth Fund pub. no. 996.
- Davis, K., Schoen, C., Schoenbaum, S. C., Doty, M. M., Holmgren, A. L., Kriss, J. L., & Shea, K. K. (2007). Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care. www.commonwealthfund.org: Commonwealth Fund pub. no. 1027.
- Donabedian, Avedis. (1988). The Quality of Care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 206(12), 1743-1748.
- Fiset-Laniel, Julie, Ammi, Mehdi, Strumpf, Erin, Diop, Mamadou, & Tousignant, Pierre. (2013). Des économies réalisées grâce aux GMF : oui, mais ... GMF sous les projecteurs (Vol. 1): Institut National de Santé Publique, Agence de la santé et des services sociaux, Équipe santé des populations et services de santé.

- Fisher, Elliott S., Bynum, Julie P., & Skinner, Jonathan S. (2009). Slowing the Growth of Health Care Costs — Lessons from Regional Variation. *New England Journal of Medicine*, 360(9), 849-852.
- Foucault, Michel. (1975). Chapitre 2 : Les moyens du bon dressement Surveiller et punir (pp. 200-227). Paris: Gallimard.
- Glazier, Richard H., Kopp, Alexander, Schultz, Susan E., Kiran, Tara, & Henry, David A. (2012). All the Right Intentions but Few of the Desired Results: Lessons on Access to Primary Care from Ontario's Patient Enrolment Models. *Healthcare Quarterly*, 15(3), 17-21.
- Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2004). Systèmes compliqués et complexes : les conditions de réussite d'une réforme des soins de santé. In P. G. Forest, G. Marchildon & T. McIntosh. (Eds.), *Les forces de changement dans le système de santé canadien* (pp. 22-57). Ottawa: Les presses de l'Université d'Ottawa.
- Gouvernement du Québec. (2015). Code de déontologie des médecins. Page consultée le 15 février, 2015, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=M_9/M9R17.HTM
- Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 13(94), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/94>.
- Grady, D., & Redberg, R. F. (2010). Less is more: how less health care can result in better health. *Archives of Internal Medicine*, 170(9), 749-750.
- Hadler, Nortin M. (2008). *Worried Sick: A Prescription for Health in an Overtreated America*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Hasenfeld, Yeheskel. (1992). Part 1: Understanding Human Service Organizations. In Y. Hasenfeld (Ed.), *Human services as complex organizations* (pp. 1-44). Newbury Park: SAGE.
- Hasselback, Paul. (2003). *The Taber Integrated Primary Care Project: Turning Vision Into Reality*: Canadian Health Services Research Foundation.
- Horrocks, Sue, Anderson, Elizabeth, & Salisbury, Chris. (2002). Systematic Review Of Whether Nurse Practitioners Working In Primary Care Can Provide Equivalent Care To Doctors. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7341), 819-823.
- Hussey, Peter S., Anderson, Gerard F., Osborn, Robin, Colin Feek, McLaughlin, Vivienne, Millar, John, & Epstein, Arnold. (2004). How does the quality of care compare in five countries? *Health Affairs*, 23(3), 89-99.
- Hutchison, Brian. (2013). *From Hall to Now: Reflections on Canadian Medicare from a Primary Care Perspective*. 2013 Emmett Hall Memorial Lecture. Vancouver: Canadian Association for Health Services and Policy Research (CAHSPR).
- Institut canadien d'information sur la santé. (2014a). Dépenses totales de santé par affectation de fonds, Québec, de 1975 à 2013 — Dollars courants (Tableau D 1.5.1). Ottawa: Institut Canadien d'Information sur la Santé.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2014b). *Tendances des dépenses nationales de santé*. Ottawa: Institut Canadien d'Information sur la Santé.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*. Ottawa: Institut Canadien d'Information sur la Santé.

- Kaplan, R. M., & Ong, M. (2007). Rationale and public health implications of changing CHD risk factor definitions. *Annual Review of Public Health*, 28, 321-344.
- Lipitz-Snyderman, A., & Bach, P. B. (2013). Overuse of health care services: when less is more ... more or less. *JAMA Internal Medicine*, 173(14), 1277-1278.
- McCusker, Jane, Tousignant, Pierre, Da Silva, Roxane Borgès, Ciampi, Antonio, Lévesque, Jean-Frédéric, Vadeboncoeur, Alain, & Sanche, Steven. (2012). Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 184(6), E307-E316.
- Ministry of Health and Long Term Care of Ontario. (2009). *Family Health Teams Advancing Family Health Care. Guide to Physician Compensation*. Ottawa: Queen's Printer for Ontario.
- Mintzberg, Henry. (1973). *The nature of managerial work*. New York: Harper and Row.
- Mintzberg, Henry. (1979). *The structuring of organizations : a synthesis of the research*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Mintzberg, Henry. (1983). *Structure in fives : designing effective organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey. Toronto: Prentice-Hall ; Prentice-Hall Canada.
- Mintzberg, Henry. (1989). *Mintzberg on management : inside our strange world of organizations*. New York: Free Press.
- Murray, Mark, Davies, Mike, & Boushon, Barbara. (2007). Panel Size. How many patients can one doctor manage? *Family Practice Management*, 14(4):44-51.
- OECD. (2013). *OECD Health Data 2013: Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing*.
- Pampalon, Robert, & Raymond, Guy. (2003). Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être. *Santé, société et solidarité*(1), 191-208.
- Pineault, R., Levesque, J-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P., & Haggerty, J. . (2009). *Accessibility and continuity of care: a study of primary healthcare in Québec*. Gouvernement du Québec et Centre de recherche de l' Hôpital Charles LeMoine.
- Pineault, R., Levesque, J.-F., Roberge, D., Hamel, M., & Couture, A. (2008). *Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience de soins de la population*. Longueuil: Centre de recherche de l' Hôpital Charles LeMoine
- RAMQ. (2005-2013). *Tableau SM-21*. Québec: Régie de l'Assurance Maladie du Québec.
- RAMQ. (2006-2013). *Calculs effectués à partir des données du Tableau SM-31*. Québec: Régie de l'Assurance Maladie du Québec.
- Sahlins, Marshall. (1976). *Culture and Practical Reason*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sharma, Anurag. (1997). Professional as Agent: Knowledge Asymmetry in Agency Exchange. *Academy of Management Review*, 22(3), 758-798.
- Skinner, J. S., Staiger, D. O., & Fisher, E. S. (2006). Is technological change in medicine always worth it? The case of acute myocardial infarction. *Health Affairs (Millwood)*, 25(2), w34-47.
- Wilson, Kathi, & Rosenberg, Mark W. (2004). Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*, 67, 137-148.
- Wong, S., & Farrally, V. (2013). *The Utilization of Nurse Practitioners and Physician Assistants: A Research Synthesis Prepared for the Michael Smith Foundation for Health Research*. Vancouver: Michael Smith Foundation.