



Plus satisfaits de leur pratique et mieux payés ? L'exemple des médecins ontariens

Isabelle Paré, Jacques Ricard

QUI N'A PAS ENVIE D'AMÉLIORER ses conditions de pratique ? D'être mieux payé pour sa charge de travail ? Tout le monde, direz-vous ? Est-ce que le mode de rémunération peut y contribuer ? L'expérience de l'Ontario, qui a mis en place la rémunération mixte pour ses médecins omnipraticiens, nous donne à réfléchir. Il s'agit d'un mode de rémunération qui valorise la prise en charge des patients et favorise la pratique de groupe. Nous vous proposons un tour d'horizon de ce modèle de soins de première ligne.

Même si l'Ontario est particulièrement innovatrice en soins de première ligne et met de l'avant de nombreux modèles, le paiement à l'acte demeure, pour l'heure, dominant. Mais des changements importants s'observent. On constate effectivement qu'un nombre croissant de médecins optent pour une pratique de groupe et transfèrent ainsi la rémunération à l'acte pour la rémunération mixte¹. Cette dernière fait référence à la capitation (soit une somme versée mensuellement aux médecins pour la clientèle inscrite) et au paiement de 10 % du montant de l'acte. L'enjeu de ce transfert ? La continuité des soins selon le D^r William Hogg, professeur et directeur de recherche au Département de médecine familiale de l'Université d'Ottawa et chercheur à l'Institut Élisabeth-Bruyère. Ce dernier observe effectivement, à la lumière de ses recherches, que la rémunération mixte est LE modèle qui permet d'améliorer la prise en charge des patients. L'accessibilité s'en trouve aussi facilitée puisque des incitatifs liés à l'ouverture des cliniques pendant les heures défavorables sont proposés.

M^{me} Isabelle Paré est conseillère en politiques de santé à la FMOQ. Le D^r Jacques Ricard est directeur, Planification et régionalisation/Communication, à la FMOQ.



De gauche à droite : M. Robert Geneau, le D^r William Hogg, M^{me} Simone Dahrouge, tous trois de l'Institut de recherche Élisabeth-Bruyère d'Ottawa, et le D^r Jacques Ricard

Photo : Isabelle Paré

Par ailleurs, les médecins ontariens qui n'optent pas pour la rémunération mixte sont incités à pratiquer en groupe et à partager ainsi certaines responsabilités liées aux patients. Ils sont payés à l'acte, mais l'inscription de la clientèle ainsi que l'ouverture pendant les heures défavorables sont exigées.

Quant à la performance des médecins, Green et coll.¹ soulignent que les médecins recevant une rémunération mixte voient quotidiennement un nombre similaire de patients comparativement à ceux qui sont rémunérés à l'acte, soit respectivement 22 et 25 patients. Les différents incitatifs financiers offerts encouragent d'ailleurs les médecins à avoir une pratique soutenue.

Les médecins payés selon le mode de rémunération mixte sont tout aussi polyvalents puisqu'ils poursuivent leur pratique dans les établissements de soins, participent à l'obstétrique, etc.² En somme, ce qui change avec cette méthode, ce n'est pas l'offre de services et la polyvalence des médecins, mais plutôt la nature de la pratique qui est davantage multidisciplinaire. Des infirmières cliniciennes aident non seulement les médecins dans le suivi des patients, mais prennent en charge la clientèle lourde, notamment

Tableau

Augmentation salariale des médecins omnipraticiens de l'Ontario de 2004-2005 à 2007-2008

Types de rémunération	Augmentation salariale (%)	Nombre et proportion de médecins
Paiement à l'acte	14,5 %	4108 (38,4 %)
CCM*	28,5 %	351 (3,3 %)
FHG†	30,5 %	4479 (41,8 %)
Capitation‡	36,5 %	1559 (14,6 %)
Autres		216 (2 %)
Total		10 713 (100 %)

(Source : OMA)

* CCM = Comprehensive Care Management, soit paiement à l'acte bonifié par des incitatifs ; † FHG = Family Health Group, soit pratique de groupe payée à l'acte et bonifiée par des incitatifs ; ‡ Capitation = rémunération mixte reposant sur l'inscription de la clientèle et un pourcentage de l'acte.

les personnes atteintes de maladies chroniques.

Les médecins inscrits au mode de rémunération mixte affichent le taux de satisfaction le plus élevé envers leur travail. De fait, les médecins à rémunération mixte sont plus satisfaits de leurs conditions de travail et de leur revenu que ceux qui sont payés à l'acte^{1,2}. Qui plus est, 85 % d'entre eux opéreraient de nouveau pour ce choix de pratique comparativement à 41 % pour les médecins payés à l'acte¹. Leur satisfaction est d'autant plus importante qu'elle est liée à la rétention dans la profession et semble avoir une incidence sur le rendement². De plus, les médecins payés selon le mode de rémunération mixte ont vu leur salaire augmenter, hausse qui ne s'explique nullement par un accroissement de leur charge de travail¹. L'inscription de la clientèle, le versement d'un montant chaque mois pour chaque patient, les paiements et les indemnités payés au groupe ainsi que les forfaits de prise en charge constituent des pistes d'explication.

Quant au revenu, les résultats du D^r Hogg sont sans équivoque : choisir la rémunération à l'acte, c'est opter pour le mode de rémunération le moins intéressant et qui offre les conditions de pratique les moins satisfaisantes¹. En 2004, la rémunération mixte offrait en moyenne près de 20 000 \$ de plus que la rémunération à l'acte et proposait également une qualité de pratique supérieure. Et depuis 2004, la rémunération à l'acte a connu la plus faible hausse par rapport aux autres modes de rémunération (*tableau*).

La rémunération mixte constitue la pierre angulaire de la continuité des soins de première ligne. Elle nécessite la responsabilisation collective, la prise en

charge, la continuité des soins, la fidélisation des patients. Elle offre aussi de meilleures conditions de travail et un meilleur salaire, autant de facteurs qui contribuent à bonifier et à valoriser le médecin qui voit croître sa satisfaction relativement à sa pratique et au rôle du médecin de famille. Au Québec, les groupes de médecine de famille représentent un changement important dans l'organisation des soins où le mode de rémunération est encore majoritairement à l'acte avec un forfait d'inscription de la clientèle. C'est un début timide de rémunération mixte comme le forfait pour la clientèle vulnérable. Toutefois, bien que 144 groupes de médecine familiale soient actuellement accrédités, force est de constater qu'un grand nombre de cabinets privés ne peuvent répondre aux critères particulièrement exigeants d'accréditation, d'où l'importance de les rallier par d'autres types d'engagement. Pensons notamment au réseautage des petits cabinets/médecins solo, aux incitatifs de prise en charge, au partage des heures d'accessibilité. En d'autres mots, le mode de rémunération mixte en vigueur en Ontario est un exemple qui porte à réflexion afin de nous permettre d'innover en matière d'organisation des soins de santé de première ligne, et ce, par l'entremise de modalités d'application assurément souples. 📄

Bibliographie

1. Green ME, Hogg W, Gray D et coll. Financial and work satisfaction: Impacts of participation in primary care reform on physicians in Ontario. Soumis pour publication ; 2007.
2. Grol R, Mokkink H, Smits A et coll. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract* 1985 ; 2 (3) : 128-35.