

Chapitre 9 : Rémunération mixte et comportement professionnel des spécialistes

Étienne Dumont, Bernard Fortin, Nicolas Jacquemet, Bruce Shearer

▶ **To cite this version:**

Étienne Dumont, Bernard Fortin, Nicolas Jacquemet, Bruce Shearer. Chapitre 9 : Rémunération mixte et comportement professionnel des spécialistes. Luc Godbout; Marcelin Joanis; Nathalie De Marcellis-Warin. Le Quebec economique 2011. Un bilan de sante du Quebec, Presses de l'université de Laval, 2012, 9782763796413. halshs-01114074

HAL Id: halshs-01114074
https://shs.hal.science/halshs-01114074

Submitted on 12 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Chapitre 9 (tiré de l'ouvrage : Le Québec économique 2011, un bilan de santé du Québec, sous la direction scientifique de Luc Godbout, Marcellin Joannis et Nathalie de Marcellis-Warin, Cirano, 2012)

Rémunération mixte et comportement professionnel des spécialistes[1]

Étienne Dumont
Département d'économique, Université Laval et CIRPÉE

Bernard Fortin
Département d'économique, Université Laval, CIRANO, CIRPEE et IZA

Nicolas Jacquemet
Ecole d'Economie de Paris et Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Bruce Shearer
Département d'économique, Université Laval, CIRANO, CIRPEE et IZA

Ce chapitre reprend les principaux éléments d'un rapport de recherche intitulé « Physicians' Multitasking and Incentives : Empirical Evidence from a Natural Experiment » paru en juillet 2008 au CIRANO. Le rapport peut être consulté à l'adresse suivante : http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2008s-20.pdf . *Il a aussi fait l'objet d'un article dans Journal of Health Economics* (2008), 27(5), pp. 1436-1450.

Jusqu'en 1999, le mode de rémunération largement dominant chez les médecins spécialistes du Québec était la **rémunération à l'acte.** Ce mode permet le paiement de tout acte médical posé par un médecin, selon les tarifs en vigueur établis par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et les fédérations médicales. Cependant, en septembre 1999, le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) se sont entendus sur la mise en oeuvre d'un nouveau mode de rémunération des activités en établissement des spécialistes: la **rémunération mixte**. Cette rémunération **optionnelle** combine salariat et rémunération partielle à l'acte. L'objectif de cette réforme consistait en particulier à augmenter le temps consacré aux patients ainsi que certaines tâches non rémunérées sous la rémunération à l'acte, tels l'enseignement et les tâches administratives. L'impact de la réforme est potentiellement très important puisqu'en 2010, près de 50% des médecins spécialistes avaient adhéré à ce nouveau mode de rémunération. Notre travail tente

[1] Nous remercions Gérard Bélanger pour ses commentaires sur une première version du texte.

d'apporter un éclairage sur les effets de l'introduction de la rémunération mixte. Plus précisément, nous cherchons à analyser son impact sur les comportements professionnels des spécialistes qui ont adhéré à ce nouveau mode de rétribution.

Ce chapitre résume l'étude en cinq sections : d'abord, nous présentons brièvement le contexte de la réforme; ensuite, la deuxième section présente la problématique de notre analyse; la troisième section discute brièvement des données et des méthodes d'évaluation retenues; la quatrième section analyse les résultats principaux et la cinquième section conclut.

1. Contexte

Avant 1999, la très grande majorité des honoraires perçus par les médecins spécialistes québécois provenait de la rémunération à l'acte (RA). Sous ce mode de rémunération, le médecin est rétribué selon le nombre et le type de services qu'il a fournis aux patients. Ainsi les médecins peuvent être incités à effectuer un grand nombre de services auprès de leurs patients. Par contre, il se peut que cette emphase sur le volume de services cliniques incite certains médecins à consacrer moins de temps à chacun de leurs patients, ce qui peut affecter négativement la qualité des services offerts à la population. En outre, le fait que certaines activités non cliniques, telles que l'enseignement et les tâches médico-administratives, ne soient pas rémunérées en RA peut inciter les médecins à les négliger. En septembre 1999, le MSSS du Québec introduisait un nouveau mode de rémunération : la rémunération mixte (RM). Celle-ci offre une rétribution combinant un montant forfaitaire quotidien (*per diem* ou demi *per diem*) et une rémunération réduite à l'acte se traduisant par un pourcentage du tarif habituellement applicable pour un service clinique donné[2]. La réforme de 1999 ne rend pas le système de RM obligatoire. Chaque département ou service au sein d'un hôpital (regroupant des spécialistes de la même spécialité) peut en effet voter pour l'adoption du système de rémunération mixte. Pour passer à la RM, le vote unanime de tous les médecins du département est requis.

2. Problématique

La réforme a changé d'une façon importante les incitations monétaires des médecins à fournir leurs services auprès de la population. Notre étude cherche à mesurer ces effets à partir des données longitudinales sur les services effectués par les médecins ainsi que sur leur offre de travail. On anticipe que les médecins qui sont passés à la RM réduisent leur volume d'actes médicaux puisque ceux-ci sont à la marge moins bien rémunérés. Par ailleurs, ils seront incités à consacrer plus de temps par acte clinique, puisque les heures de travail sont rémunérées en RM alors qu'elles ne le sont pas lorsque le médecin travaille à l'acte. Ceci aura pour effet d'accroître la qualité des actes dans la

[2] En 2000, juste après la mise en œuvre de la réforme, le *per diem* était de 600 $ pour sept heures de travail à l'hôpital. Par ailleurs, les actes facturables en rémunération mixte étaient rétribués en moyenne à 40% du tarif de base moyen à l'acte. Notons que certains actes réalisés en RM sont non-facturables, étant ainsi rémunérés par le *per diem*.

mesure où le médecin consacre ce temps additionnel à faire un meilleur diagnostic ou à mieux traiter son patient. En outre, on s'attend à ce que le médecin en RM consacre plus de temps aux activités non-cliniques telles que l'enseignement et les tâches administratives puisque celles-ci font partie du *per diem*[3]. Enfin, on prévoit que les médecins qui adhèrent à la RM voient leur revenu s'accroître, indiquant qu'il est financièrement rentable pour ceux-ci de choisir ce mode de rémunération. Nous exploitons l'aspect longitudinal des données afin de contrôler les déterminants du choix du mode de rémunération de la part des médecins. Par exemple, les médecins qui préfèrent consacrer plus de temps à leurs patients seront en général plus attirés par la RM. L'observation du comportement des médecins avant et après la réforme nous permet d'éliminer des effets non-observables et invariants dans le temps qui affectent le choix du système de rémunération.

3. Méthodes

Données

Dans le cadre de notre étude, les données utilisées pour l'estimation proviennent de deux sources distinctes : le Collège des Médecins du Québec (CMQ) et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les données couvrent la période de 1996 à 2000. Cette période se termine en 2000 en raison de la hausse importante des tarifs à l'acte en 2001 qui pourrait jouer le rôle d'une variable confondante et ainsi biaiser nos résultats. Les informations de la première base de données ont été compilées à l'aide de questionnaires que le CMQ distribue à ses membres chaque année. Ces sondages contiennent de l'information sur le nombre d'heures de travail affectées à chaque type d'activité des médecins. Par ailleurs, les données de la seconde base proviennent des fichiers administratifs de la RAMQ. Les variables que l'on y trouve sont le revenu trimestriel du médecin ainsi que leur volume de services cliniques. Un numéro anonyme pour chaque médecin a permis à la RAMQ d'effectuer le pairage de ces deux bases de données. Dans notre étude, nous avons mis l'accent sur les effets de la réforme de la rémunération sur plusieurs dimensions du comportement professionnel des médecins : heures consacrées aux patients, à l'enseignement, aux activités médicales administratives et à la recherche, volume de services médicaux et durée moyenne des services médicaux[4].

Définition du groupe traitement et du groupe témoin

Pour les fins de notre analyse empirique, nous nous concentrons sur la comparaison de deux

[3] Le *per diem* ne s'applique pas aux activités de recherche (rémunérées par les hôpitaux ou les subventions de recherche).

[4] Le volume de services est mesuré *en dollars* (de l'année 2000), étant la sommation de la quantité de chaque type de service offerts pondérée par les prix de ces services en 2000.

mécanismes de rémunération : rémunération à l'acte et rémunération mixte[5]. Pour ce faire, nous avons construit un groupe traitement et un groupe témoin à partir de notre échantillon. Le groupe traitement correspond aux médecins qui ont choisi la rémunération mixte à chacun des trimestres durant lesquels ils ont pratiqué en 2000. Le groupe témoin est constitué des médecins qui ont perçu uniquement leurs honoraires selon la rémunération à l'acte. Notre échantillon comprend seulement des médecins qui sont actifs au cours des périodes avant et après la réforme, ce qui nous permet d'utiliser les approches statistiques que nous avons retenues pour l'estimation de notre modèle. Notre échantillon final est composé de 2 120 médecins, soit 423 dans le groupe traitement (médecins qui sont passés de la RA à la RM) et de 1 697 dans le groupe témoin (médecins qui sont demeurés à la RA).

Statistiques descriptives

Le tableau 1 présente les statistiques descriptives portant sur les variables clés du groupe traitement et du groupe témoin, avant et après la réforme. Avant la réforme, les médecins du groupe témoin ont fourni un volume de services plus élevé (en moyenne 132 430 $ contre 112 540 $). Ils avaient également un revenu annuel plus élevé (en moyenne 212 740 $ contre 178 840 $), et travaillaient relativement moins d'heures par semaine (54 contre 55,28) que les médecins du groupe traitement. Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins qui restent à la RA (groupe témoin) ont une productivité plus élevée que ceux qui sont passés à la RM (groupe de traitement). En outre, les préférences pour les activités non cliniques et la recherche semblent plus importantes dans le cas des médecins du groupe traitement. En effet, avant l'introduction de la rémunération mixte, ces derniers réalisaient moins d'heures de travail cliniques et consacraient plus de temps à l'enseignement et aux activités administratives.

Méthodes d'évaluation de l'impact de la réforme

Les approches statistiques retenues visent à évaluer empiriquement l'impact de la réforme sur les comportements professionnels du groupe traitement (les médecins ayant passé à la RM). Essentiellement, il s'agit de comparer ces comportements avant et après la réforme mais en tenant aussi compte du fait que d'autres chocs ont pu les influencer au cours de la même période. Pour ce, nous supposons que de tels chocs ont affecté de façon identique le groupe traitement et le groupe témoin. L'idée est simple : on isole l'effet de la réforme en soustrayant du changement du comportement moyen du groupe traitement après et avant la réforme celui du groupe témoin durant cette période. De plus, nous généralisons cette approche de façon à tenir compte du fait que les sous-échantillons des médecins du groupe témoin et du groupe traitement ne sont pas aléatoires. Il

[5] Un nombre limité de médecins, exclus de notre étude, sont rémunérés à salaire, à honoraire fixe et forfaitaire ou à vacation. Ces médecins sont rémunérés selon le nombre d'heures travaillées et non en fonction du nombre et du type d'actes accomplis.

en est ainsi car le passage ou non à la RM est un choix personnel du médecin (ou de son département). Ainsi, les médecins qui effectuent un très grand nombre d'actes médicaux auront tendance à rester sous le mode de la rémunération à l'acte de façon à maintenir un niveau plus élevé de revenu que sous le mode de rémunération mixte. Ignorer ce problème aurait pu en effet engendrer un biais important dans l'analyse. Dans l'analyse statistique, deux approches ont été utilisées : la régression panel sans censure et avec censure. Cette dernière tient compte d'une forte concentration à zéro de certaines variables à expliquer (*e.g.*, heures non-cliniques du médecin)[6].

Tableau 1 Statistiques descriptives

	Groupe témoin (RA)				**Groupe traitement (RM)**			
	Avant la réforme		Après la réforme		Avant la réforme		Après la réforme	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Volume annuel (en $)	132 ,430	69,08	136 ,270	74,82	112 ,540	52,50	109 ,860	54,49
Revenu annuel (en $)	212 ,740	78,83	214 ,500	84,93	178 ,840	68,12	200 ,760	63,64
Heures du travail par semaine	54,00	14,04	52,29	14,04	55,28	12,65	52,38	12,82
Heures cliniques	44,70	15,41	44,43	15,44	42,23	14,54	41,45	13,85
----------Heures à l'hôpital	31,02	18,79	30,59	19,48	32,53	17,87	32,83	17,37
----------Heures en clinique privée	13,68	15,05	13,83	15,29	9,70	14,24	8,62	13,36
Heures non-cliniques	6,20	7,92	4,88	7,65	8,30	8,83	7,34	8,50
----Administration	3,60	6,51	2,06	6,16	4,19	6,66	2,57	5,99
----Enseignement	2,59	4,04	2,82	4,26	4,11	5,20	4,78	5,72
Heures de recherche	3,10	8,60	2,98	8,06	4,74	9,26	3,58	7,55

[6] Il s'agit du modèle Tobit avec effet aléatoire.

4. Résultats

Cette section présente les résultats obtenus. L'impact estimé de la réforme sur les variables clés pour l'ensemble des spécialistes qui sont passés à la RM en 2000 est présenté dans le tableau 2. L'analyse porte sur les changements du volume de services médicaux, du revenu annuel, des heures du travail hebdomadaires et des heures consacrées aux activités cliniques, aux activités non-cliniques (enseignement et administration) et à la recherche. Les résultats montrent d'abord que la mise en oeuvre de la rémunération mixte a incité les médecins qui ont adhéré à la RM à réduire leur volume de services médicaux facturables de 8 300 $, soit une baisse de 6,15%. Ce premier résultat est tout à fait conforme à nos attentes selon lesquelles des tarifs réduits à l'acte a incité les médecins en RM à fournir moins d'actes médicaux.

Par ailleurs, le revenu total des médecins qui sont passés à la rémunération mixte s'est accru de 17 290 $, soit de 8,05%, indiquant qu'il était rentable sur le plan strictement financier pour ceux-ci de choisir ce mode de rémunération. Cette hausse de revenu, provenant de l'introduction du *per diem*, a aussi eu pour effet d'inciter les médecins en RM à réduire leurs heures totales de travail de 2,05% et leurs heures de travail consacrées aux patients de 2,57%.

En revanche, le temps moyen par service médical s'est accru de 3,58%[7]. Ce dernier résultat nous paraît fort intéressant. Il confirme nos anticipations que le médecin en RM est incité à consacrer plus de temps par acte clinique auprès de ses patients. Ceci est le cas puisque la rémunération de l'acte diminue en RM alors que la rétribution des heures s'accroît en raison du *per diem*. Un tel résultat suggère une substitution entre la quantité et la qualité des services cliniques. Le volume d'actes médicaux réalisés par le médecin en RM diminue mais il consacre plus de temps à chacun de ceux-ci. Il pourrait ainsi en résulter un meilleur diagnostic et un traitement plus approprié. Cependant, on ne peut vérifier directement que ce soit le cas. Il est en effet possible que le temps additionnel par acte soit consacré à d'autres fins (loisir plus élevé au travail, échanges verbaux avec le patient qui n'améliorent pas sa santé,…). En bout de ligne, ce qu'il faudrait vérifier, c'est l'impact de la RM sur la santé des patients.

La réforme a également incité les médecins en RM à accroître leur temps consacré à l'enseignement et aux tâches médico-administratives de 7,9%. Ce résultat confirme aussi nos attentes. En effet, alors que ces activités ne sont pas rémunérées à l'acte, elle font partie des heures rémunérées lorsque le médecin travaille à l'hôpital durant un *per diem.* En outre, le temps consacré par ces médecins à la recherche (activité non rémunérée par l'un ou l'autre des modes de rémunération) a diminué de 14,7%.

[7] Cette hausse est approximativement égale à la différence entre la réduction du volume de services facturables (=6,15%) et la réduction des heures de travail cliniques (=2,57%), soit 3,58%.

Nous avons effectué plusieurs analyses de robustesse des résultats permettant de justifier l'approche et de présenter des résultats à un niveau de détails plus raffiné. Ainsi, nous avons estimé notre modèle en supposant (à tort) que la réforme a lieu en 1998 plutôt qu'en 1999 et en utilisant comme période échantillonnale 1996-1998. Tel qu'attendu, cette ``réforme placebo`` n'a aucun impact significatif sur les médecins qui ont choisi la rémunération mixte.

Les deux spécialités qui réagissent le plus au mode de rémunération mixte sont la pédiatrie et la chirurgie générale. Ainsi, les pédiatres (dont la moitié étaient des femmes en 2000) qui ont choisi la rémunération mixte ont réduit leur volume de services médicaux de 12,8% et leurs heures de travail auprès de leurs patients de 6,55%, augmentant ainsi leur temps moyen par service de 6.25%. Quant aux chirurgiens généraux, ceux qui sont passés à la rémunération mixte ont diminué leur volume de services médicaux de 10,7% et n'ont pas changé de façon significative leur heure de travail auprès des patients. S'agissant des autres spécialités retenues dans l'étude, l'impact de la réforme s'avère beaucoup plus faible. Ainsi, le volume de services médicaux a baissé de 3,32% dans le cas des médecins qui ont choisi la rémunération mixte.

Tableau 2 Effets de la Rémunération Mixte

Groupe témoin: les médecins qui ont perçu uniquement leurs honoraires selon la rémunération à l'acte après la réforme										
	Régression panel sans censure			**Régression panel avec censure[8]**						
	Volume annuel	Revenu annuel	Heures par semaine	Heures cliniques par semaine			Heures non-cliniques par semaine			Heures de recherche par semaine
				Total	Hôpital	Clinique privée	Total	Administration	Enseignement	
Effet de la réforme	-8,300 $	17,290 $	-1,09	-1,14	0,15	-0,81	0,53	-0,16	0,47	-0,77
Ecart-type	1,550	2,48	0,58	0,57	0,57	0,37	0,32	0,28	0,22	0,25
Effet de la réforme (%)	-6,15	8,05	-2,05	-2,57	0,45	-9,07	7,92	-7,89	10,74	-14,72

[8] Dans le cas des heures cliniques par semaine, les heures totales sont estimées par une régression panel sans censure mais les régressions sur les heures à l'hôpital et en clinique privée sont estimées par des régressions panel avec censure (en raison de la concentration à zéro de ces variables).

Par ailleurs, en 1999, le MSSS a aboli les plafonds sur les gains bruts semestriels des spécialistes (tout en conservant les plafonds sur les gains nets[9]). Si cette politique a influencé de façon différente le groupe traitement et le groupe témoin, elle pourrait jouer un rôle de variable confondante dans notre analyse et biaiser nos résultats. Le faible nombre de médecins contraints par les plafonds sur les gains bruts en 1998 (5,5% de notre échantillon) et le fait que les résultats soient robustes à l'élimination des médecins dont le revenu semestriel est proche du plafond nous conduisent à être confiants que les résultats sont peu affectés par ce problème.

Le tableau 3 permet une comparaison des effets de la réforme sur les spécialistes hommes et femmes. Les femmes bénéficient davantage de la rémunération mixte que les hommes. Les femmes médecins qui sont passées au nouveau mode de rémunération ont augmenté leurs revenus de 10,68% par rapport à une hausse de revenu de 7,04% dans le cas des hommes. Par ailleurs, la baisse du volume des services médicaux est plus importante chez les femmes, soit une réduction de 8,22% contre une réduction de 5,54% chez les hommes. Les femmes semblent en fait être pénalisées par la rémunération à l'acte. Elles facturent moins d'actes que les hommes non seulement parce qu'elles travaillent moins d'heures en moyenne (51 heures vs 52,6 heures) mais parce qu'elles passent en moyenne plus de temps avec chaque patient[10]. On constate aussi que l'effet positif de la réforme sur le temps moyen que le médecin consacre par acte clinique est plus élevé dans le cas des femmes (= 6,96%) que des hommes (= 3%). Ceci suggère que la substitution qualité-quantité, dans la mesure où elle se vérifie, semble plus présente chez les femmes. Ces résultats mettent ainsi en évidence une réaction plus importante chez les femmes que les hommes.

[9] Aux fins de l'application des plafonds sur les gains nets, ceux-ci ne tiennent compte que de 65% des gains de pratique en cabinet privé sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique, pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains. Les gains bruts incluent la totalité des gains en établissement et en cabinet privé.

[10] Dans notre échantillon, le volume d'actes facturables par heure clinique en 2000 était de 2,76 chez les femmes et 3,14 chez les hommes.

Tableau 3 Effets de la Rémunération Mixte

	Régression panel sans censure		
	Volume annuel	Revenu annuel	Heures par semaine
Hommes (Groupe témoin: les hommes médecins qui ont perçu uniquement leurs honoraires selon la rémunération à l'acte après la réforme)			
Effet de la réforme	-7,62	15,48	-1,19
Écart-type	1,84	2,93	0,74
Effet de la réforme en %	-5,54	7,04	-2,22
Femmes (Groupe témoin: les femmes médecins qui ont perçu uniquement leurs honoraires selon la rémunération à l'acte après la réforme)			
Effet de la réforme	-10,08	20,29	-0,79
Écart-type	27,96	4,62	0,96
Effet de la réforme en %	-8,22	10,68	-1,54

4. Conclusion

Dans les prochaines années, le vieillissement de la population accentuera la pression à la hausse sur les dépenses de santé. L'explosion de ces dépenses au-delà de ce que permettra la croissance économique nécessitera la recherche de sources additionnelles de financement. Une option qui paraît réaliste est de réformer le système de santé de façon à en améliorer la performance. À cet égard, un instrument important à la disposition du gouvernement est le choix du mode de rémunération des médecins. Il importe donc de bien évaluer l'impact des différents modes de rémunération sur le comportement des médecins, sur les coûts du système et sur la santé de la population. Notre étude se veut un pas dans cette direction. Plus précisément, elle a pour objectif d'identifier les effets de l'introduction de la rémunération mixte en 1999 sur le comportement professionnel des spécialistes. Il s'agit en particulier d'analyser l'impact de cette réforme sur le temps de travail des spécialistes ayant adhéré à la rémunération mixte, sur la répartition de leur temps entre divers types d'activités, sur leur revenu, sur le volume de leurs services médicaux ainsi que sur le temps moyen consacré à ces

services.

Nos résultats suggèrent que la réforme aurait créé une substitution entre les différents types d'activité des médecins. Les médecins qui ont choisi ce nouveau système ont réduit le volume des services fournis auprès de la population. Par contre, les médecins qui ont adopté la rémunération mixte ont également augmenté le temps moyen passé par service. Si cette variable est un bon indicateur de la qualité des soins, ce résultat suggère une substitution entre la quantité et la qualité des services suite à l'adoption de la rémunération mixte. En d'autres mots, les médecins à la rémunération mixte fournissent moins d'actes mais il est possible que ces actes améliorent de façon plus marquée la santé des patients qui en bénéficient. Toutefois, il importe d'apporter un bémol à cette conclusion puisque notre étude n'aborde pas directement cette question. Une façon indirecte d'évaluer l'effet de la RM sur la santé est d'analyser si le risque de ré-hospitalisation, à diagnostic donné, a diminué dans le cas des patients traités dans des départements qui sont passés à la RM. Cette question a été étudiée dans une recherche récente de Fortin et Échevin (2011). Selon leurs résultats préliminaires, la RM n'aurait pas eu d'impact sur un tel risque. On doit donc en conclure pour le moment que si la RM a eu un effet négatif sur le volume d'actes cliniques, son effet sur la qualité de ces actes reste à établir. De ce point de vue du moins, les implications de cette analyse sur le bien-fondé de la rémunération mixte sont claires. Il serait prématuré de rendre la rémunération mixte obligatoire avant de mieux comprendre l'impact de la réforme sur la santé des patients traités.

En revanche, les médecins qui ont adopté la rémunération mixte ont également consacré plus de temps aux activités médico-administratives et à l'enseignement, ce qui peut suggérer certains avantages liés à l'introduction de la réforme en termes d'organisation du système de santé et de la formation des futures générations de médecins.

Notre analyse montre aussi que les femmes réagissent plus que les hommes à la rémunération mixte en termes de volume d'actes réalisés et de temps moyen passé par acte. Ce résultat est important dans un contexte de féminisation croissante des médecins au Québec alors que celles-ci travaillent moins d'heures que les hommes[11]. Nos résultats suggèrent que la présence grandissante des femmes sur le marché du travail peut accroître l'intérêt des politiques de rémunération de façon à assurer une offre et une qualité adéquates des services de santé.

Ce travail ouvre diverses pistes d'approfondissement. En particulier, une extension importante de cette étude serait de suivre dans le temps des patients avec le même diagnostic, mais les uns traités par des médecins en rémunération à l'acte et les autres traités par des médecins en rémunération mixte. Il s'agirait d'évaluer l'évolution d'indicateurs de santé pour chacun des deux groupes et d'en tirer des conclusions sur la qualité des soins associée aux deux modes de rémunération. Il importerait en

[11] Au Québec, le pourcentage des femmes médecin s'est accru de 1% par année depuis 1976, passant de 8% à 38%. De plus, deux tiers des étudiants en médecine sont des femmes. Par ailleurs, l'écart des heures travaillées entre les hommes et les femmes est de 10% (voir Contandriopoulos et Fournier 2007).

outre d'en évaluer les coûts respectifs.

Bibliographie

Barro, J., Beaulieu, N. (2003). Selection and improvement : Physician responses to financial incentives. *NBER WP* (10017).

Contandriopoulos A.-P., Fournier, M.-A. (2007). Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.

Devlin, R.-A., Sarma, S. (2008). Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics,* vol. 27, no 5, pp. 1168-1181.

Dumont, E., Fortin, B., Jacquemet, N., Shearer, B. (2008). Physicians' multitasking and incentives : Empirical evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics,* vol. 27, no 5, pp. 1436-1450, et Série Scientifique Cirano, 2008-s20.

Eggleston, K. (2005). Multitasking and mixed systems for provider payment. *Journal of Health Economics* , vol. 24, no. 1, pp. 211-223.

Fortin, B., Echevin B. (2011). Physician Payment Mechanisms, Hospital Length of Stay and Risk of Readmission: a Natural Experiment. Série Scientifique Cirano, 2011s-44.

Fortin, B., Jacquemet, N., Shearer, B. (2008). Policy analysis in the health-services market : accounting for quality and quantity. *Annales d'Economie et de Statistiques/The Annals of Economics and Statistics*, vol. 91-92, pp. 293-319.

Hutchinson, J. M., Foley, R. N. (1999). Method of physician remuneration and rates of antiobitic prescription. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, no. 7, pp.1013-1017.

Léger, P.-T. (2007). Physician payment mechanisms. dans : Lu, M., Jonsson, E. (Éds.), Financing Health Care: New Ideas for a Changing Society. Wiley-VCH Press, Ch.6.

Ma, C.-T. A. (1994). Health care payments systems: cost and quality incentives. *Journal of Economics & Management Strategy,* vol. 3, no.1, pp. 93-112.