

Recherche quantitative originale

Effets de la suppression des mesures incitatives s'ajoutant à la rémunération à l'acte sur les services spécialisés liés aux maladies chroniques : une analyse des séries chronologiques

Andrew Appleton M.D. (1,2); Melody Lam, M. Sc. (2); Britney Le, M. Sc. (2); Salimah Shariff, Ph. D. (2); Andrea Gershon, M.D. (3,4)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. On sait que les modèles de rémunération des médecins ont des répercussions sur la nature et le volume des services offerts. Notre objectif était d'étudier les effets de la suppression d'un incitatif financier, la prime à la rémunération à l'acte, sur la prestation de services de suivi des maladies chroniques par des spécialistes en médecine interne, en cardiologie, en néphrologie et en gastroentérologie.

Méthodologie. Nous avons recueilli des données administratives liées aux soins de santé pour la période du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2017 à partir des bases de données de l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) en Ontario (Canada). Nous avons effectué une analyse des séries chronologiques avant et après le retrait de la prime à la rémunération à l'acte, le 1^{er} avril 2015. La variable principale de résultat était le nombre total de visites mensuelles pour des services de suivi des maladies chroniques. Les variables secondaires de résultat étaient les visites mensuelles pour l'ensemble des services de suivi ainsi que les consultations de nouveaux patients. Nous avons comparé des spécialistes en médecine interne, en cardiologie, en néphrologie et en gastroentérologie exerçant pendant la période visée par l'étude avec des spécialistes en pneumologie, en hématologie, en endocrinologie, en rhumatologie et en maladies infectieuses, qui pouvaient quant à eux continuer à percevoir la prime. Nous avons choisi ce groupe de comparaison car ce sont également des sous-spécialités en médecine interne et elles offrent des services similaires.

Résultats. Le nombre de visites consacrées au suivi des maladies chroniques a diminué de façon importante après le retrait de la prime à la rémunération à l'acte, mais il n'y a pas eu de diminution du nombre total de visites de suivi. Une baisse importante des consultations avec de nouveaux patients a également été constatée. Aucun changement n'a été observé dans le groupe de référence.

Conclusion. La diminution du volume des visites de suivi des maladies chroniques peut s'expliquer par le fait que les critères de diagnostic ont été moins souvent remplis plutôt que par une réduction réelle des services fournis. Les effets potentiels sur les résultats pour les patients exigent d'être examinés de manière plus approfondie.

Mots-clés : *médecins, maladie chronique, rémunération, spécialisation, rémunération à l'acte, économie*

Points saillants

- Les patients atteints d'une maladie chronique sont principalement soignés par des spécialistes rémunérés à l'acte.
- Les modèles de rémunération à l'acte favorisent des volumes de service élevés.
- Le retrait d'un incitatif financier pour les visites consacrées au suivi des maladies chroniques a entraîné une diminution du volume de ces visites, mais n'a pas eu de répercussions sur le volume total des services de suivi.
- Nos résultats semblent indiquer que les spécialistes ont modifié leurs pratiques, mais il reste à voir si ce changement a entraîné une diminution des services offerts aux patients atteints de maladies chroniques, une augmentation des services mieux rémunérés ou les deux.
- À la lumière de ces travaux, les décideurs politiques doivent s'attendre à ce que les changements apportés aux grilles tarifaires puissent affecter la prestation de services de manière imprévue.

Rattachement des auteurs :

1. Département de médecine, Schulich School of Medicine and Dentistry, Western University, London (Ontario), Canada
2. ICES Western, London (Ontario), Canada
3. Faculté de médecine, Département de médecine, Université de Toronto (Ontario), Canada
4. ICES Central, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Andrew Appleton, B9-106 University Hospital, London (Ontario) N6A 5A5; tél. : 519 663-3071; courriel : aapplet2@uwo.ca

Introduction

La prévalence des maladies chroniques augmente à mesure que notre population vieillit¹. Les médecins spécialistes voient les patients aux situations les plus complexes, présentant de multiples affections concomitantes, et qui ne peuvent pas être pris en charge uniquement dans le cadre de soins primaires. Les spécialistes assurent souvent la continuité des soins au moyen d'un suivi en consultation externe.

Au Canada, les spécialistes sont généralement rémunérés à l'acte et leurs homologues des soins primaires sont souvent rémunérés selon d'autres modèles de paiement, notamment par capitation. Alors qu'il existe des données probantes sur les effets des modèles de rémunération sur les résultats liés aux soins primaires, il y a moins de données qui indiquent dans quelle mesure ces modèles ont une influence sur la prestation de services par des spécialistes. La suppression d'un code de prime, qui constituait un incitatif financier pour les soins de suivi des maladies chroniques par les médecins spécialistes en Ontario (Canada), a fourni l'occasion d'étudier les changements dans la pratique des médecins.

Depuis le 1^{er} avril 2015, les médecins spécialisés en médecine interne, en néphrologie, en gastroentérologie et en cardiologie pratiquant en Ontario ne peuvent plus réclamer de rémunération applicable à un code de prise en charge de maladie chronique inscrit dans le barème des prestations du régime d'assurance-maladie de l'Ontario (Assurance-santé de l'Ontario)². Le code en question (E078) augmentait de 50 % la rémunération versée, et s'ajoutait aux frais d'évaluation de suivi si la réclamation était accompagnée de l'un des 26 codes de diagnostic admissibles, ce qui représentait un montant supplémentaire de 19 \$ à 40 \$ par service³. La justification de l'élimination du code E078 n'a pas été précisée, même si le moment choisi a coïncidé avec un certain nombre de changements apportés aux paiements des honoraires des médecins pour leurs services et avec des mesures de réduction des coûts mises en œuvre par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD). Bien que le code ait été supprimé pour ces sous-spécialités en médecine interne à facturation plus élevée, il demeure en vigueur pour d'autres sous-spécialités, notamment la pneumologie, l'endocrinologie, la rhumatologie,

l'hématologie et les maladies infectieuses. Les médecins d'autres spécialités, dont l'oncologie et la pédiatrie, peuvent également continuer à l'utiliser mais, dans le cadre de cette étude, nous nous sommes concentrés sur les sous-spécialités en médecine interne, car leur mode de pratique et leurs populations de patients sont de nature comparable.

L'élimination de l'incitatif financier lié au code E078 pour le suivi des maladies chroniques nous a permis d'étudier son effet réel dans le contexte d'un modèle de rémunération à l'acte. Notre objectif était de déterminer si le volume des visites de suivi des maladies chroniques effectuées par les spécialistes avait changé après le retrait du code E078 de la grille tarifaire. Dans notre analyse des séries chronologiques, nous avons émis l'hypothèse que l'on observerait chez les spécialistes pour lesquels le code a été supprimé une réduction du volume des visites de suivi des maladies chroniques et qu'un tel changement ne serait pas observable chez un groupe de spécialistes pour lesquels le code est toujours en vigueur.

Méthodologie

Plan d'étude

Nous avons effectué une analyse rétrospective des séries chronologiques interrompues des services offerts par les médecins entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2017, en utilisant les bases de données administratives sur la santé de l'Ontario. En Ontario, les services médicaux et hospitaliers sont couverts par un régime public d'assurance à payeur unique. La fin de l'exercice du régime d'assurance est le 31 mars. Les médecins spécialistes soumettent des demandes de remboursement (réclamations) à l'Assurance-santé de l'Ontario et sont remboursés selon une formule de rémunération à l'acte. Notre rapport d'étude est conforme aux lignes directrices énoncées dans la déclaration RECORD pour les études observationnelles⁴.

Sources de données

Nous avons utilisé cinq bases de données jumelées pour mener notre étude et les ensembles de données ont été associés à l'aide d'identificateurs codés uniques et analysés à l'ICES (Institute for Clinical Evaluative Sciences). Nous avons obtenu la spécialité des médecins en utilisant la base de données des entreprises prestataires.

Nous avons établi les caractéristiques et les volumes de service des médecins à l'aide de la base de données sur les médecins de l'ICES. Pour l'information sur les services offerts par les médecins, les demandes de remboursement et les codes de diagnostic connexes, nous avons utilisé la base de données des demandes de remboursement de l'Assurance-santé de l'Ontario. Nous avons obtenu les caractéristiques et les statistiques d'état civil des patients grâce à la base de données sur les personnes inscrites. Enfin, nous avons utilisé la Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé pour obtenir les données sur les affections concomitantes et l'hospitalisation. La programmation d'extraction des données a été effectuée en suivant un plan prédéfini de création d'ensemble de données, disponible sur demande.

Population étudiée

Nous avons créé une cohorte de deux groupes de médecins spécialistes avec rémunération à l'acte. Le premier groupe était constitué des spécialistes qui n'avaient plus le droit de réclamer l'incitatif financier pour la prise en charge des maladies chroniques, représenté par le code E078, après le 1^{er} avril 2015 (médecine interne, néphrologie, gastroentérologie et cardiologie). Nous y faisons référence dans le texte avec la formulation « inadmissible au code E078 ». Le second groupe, celui qui a eu droit à la prime tout au long de l'étude, regroupait les sous-spécialités en endocrinologie, en pneumologie, en rhumatologie, en hématologie et en maladies infectieuses. Nous y faisons référence avec la formulation « admissible au code E078 ». Tous les médecins de l'étude pouvaient facturer avec les codes d'honoraires de médecine interne et les sous-spécialistes (p. ex. cardiologues) pouvaient en outre utiliser les codes d'honoraires propres à leur sous-spécialité. En effet, les sous-spécialistes sont doublement qualifiés, en médecine interne et dans leur sous-spécialité.

Afin de garantir leur admissibilité à la rémunération prévue pour la prestation de services de santé en Ontario, tous les médecins devaient avoir une attestation de spécialité de l'Assurance-santé de l'Ontario obtenue avant le 1^{er} avril 2013 et prenant fin au plus tôt le 31 mars 2017. En outre, nous avons exclu les médecins ayant facturé moins de 100 demandes

annuelles au cours d'une des années de notre étude pour nous assurer qu'ils exerçaient activement en Ontario. Pour nous assurer que les médecins offraient bien les services de prise en charge des maladies chroniques visés, nous avons exclu ceux qui n'avaient pas demandé de prime en lien avec le code E078 au cours des deux années précédant sa suppression.

Nous avons recueilli diverses caractéristiques individuelles sur les médecins au 1^{er} avril 2013, soit leur âge, leur sexe, la localisation de l'établissement leur ayant décerné un diplôme en médecine, le nombre d'années depuis l'obtention de leur diplôme ainsi que leur environnement de pratique (région rurale ou région urbaine). Nous avons utilisé la base de données sur les médecins de l'ICES pour fixer l'équivalent temps plein relatif, le pourcentage de rémunération provenant des demandes de rémunération à l'acte, le nombre total de visites, les visites aux services des urgences, les visites en cabinet de consultation externe et les visites à l'hôpital fournies par les médecins pour les exercices 2013 et 2015. En utilisant les données de l'Assurance-santé de l'Ontario, nous avons, pour chaque groupe, déterminé le pourcentage relatif de demandes faites en utilisant l'attestation de spécialité en médecine interne et les attestations de sous-spécialités.

Étant donné que des changements dans la prestation de services par les médecins étaient susceptibles d'influencer la fréquence des visites et le choix des patients ayant accès aux soins, nous avons créé deux groupes de patients, dans le but de comparer la situation avant et après la suppression du code E078. Le premier groupe était constitué de patients ayant subi une évaluation externe par au moins un des médecins de l'étude entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2014. Le deuxième groupe satisfaisait aux mêmes critères, mais pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017. Bien que les groupes de patients ne soient pas identiques, il est possible que certains patients se retrouvent dans les deux groupes. Nous avons recueilli plusieurs variables personnelles et cliniques pour ces patients, notamment leur âge, leur sexe, le quintile de revenu régional, la ruralité (selon la définition de Statistique Canada), le score de comorbidité de Charlson, la réception de tout diagnostic de maladie chronique admissible en lien

avec le code E078 et le nombre de consultations annuelles ou de visites de suivi^{5,6}.

Variable d'intervention et variables de résultat

L'intervention dans cette étude est la suppression de l'admissibilité à la prime à la rémunération à l'acte pour la prise en charge des maladies chroniques (code E078), à compter du 1^{er} avril 2015, pour le groupe de spécialistes inadmissibles au code E078. La principale variable de résultat est le taux mensuel de visites de suivi des maladies chroniques, selon l'admissibilité au code de prime E078, entre le 1^{er} avril 2013 et le 31 mars 2017.

Les variables secondaires de résultat sont les visites mensuelles pour les services de suivi, sans tenir compte des diagnostics propres au code E078, et les visites mensuelles pour les consultations de nouveaux patients. Nous avons effectué le suivi de ces consultations car les spécialistes auraient pu consacrer leur temps à ces services mieux rémunérés. Les mêmes critères ont été établis pour le groupe de comparaison admissible au code E078.

Analyse statistique

Nous avons comparé les caractéristiques de base entre les médecins inadmissibles au code E078 et les médecins admissibles au code E078 au moyen de tests T pour les variables continues et de tests du chi carré pour les variables catégorielles, avec une valeur significative de p inférieure à 0,05. Pour chaque groupe de médecins, nous avons comparé les caractéristiques de base des patients vus avant et après l'intervention en utilisant les écarts normalisés. Une différence de plus de 10 % est le signe d'un déséquilibre important.

Nous avons utilisé des modèles autorégressifs à moyenne mobile intégrée (ARIMA) en séries chronologiques interrompues pour examiner l'effet de la suppression de la prime sur les visites de suivi des maladies chroniques, le nombre total de visites de suivi et les consultations de nouveaux patients. Nous avons ajusté les modèles ARIMA à la fois dans le groupe inadmissible au code E078 et dans le groupe admissible au code E078 pour chaque résultat, en tenant compte de la corrélation sérielle et de la saisonnalité. Nous avons évalué l'effet de l'intervention en déterminant les différences quant à l'ampleur et à la tendance liées au nombre

total de visites mensuelles avant et après le 1^{er} avril 2015 pour chaque modèle.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS, version 9.4 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Approbation éthique

L'utilisation des données dans le cadre de ce projet a été autorisée en vertu de l'article 45 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* de la province de l'Ontario, qui n'exige pas l'examen par un comité d'éthique de la recherche.

Résultats

Nous avons obtenu, après certaines exclusions, une cohorte de 2560 médecins, dont 1826 (71 %) dans le groupe inadmissible au code E078. Cette cohorte était principalement composée de médecins pratiquant en zone urbaine, en milieu ou en fin de carrière (tableau 1). Le groupe inadmissible au code E078 était plus âgé, en moyenne, de plus de 2 ans et comptait moins de femmes que le groupe admissible au code E078 (22,3 % contre 43,5 %).

En moyenne, les médecins des deux groupes ont maintenu une charge de travail supérieure à un équivalent temps plein (si l'on compare les paiements totaux des médecins de la cohorte aux moyennes au sein de leur sous-spécialité) avant et après l'intervention. Les revenus provenant de la rémunération à l'acte constituaient la majeure partie de la rémunération des deux groupes.

Dans le groupe inadmissible au code E078, le nombre total de visites annuelles a été nettement inférieur au cours de l'année suivant l'intervention en raison d'une diminution des visites en cabinet de consultation externe (tableau 2). À l'inverse, dans le groupe admissible au code E078, le nombre total de visites annuelles a été nettement plus élevé en raison d'une augmentation des visites en cabinet de consultation externe. La comparaison des exercices 2016-2017 et 2013-2014 a permis de constater que le groupe inadmissible au code E078 a vu 4,3 % de patients de plus après l'intervention, tandis que le groupe admissible au code E078 en a vu 11,4 % de plus (tableau 3).

TABEAU 1
Comparaison des caractéristiques des médecins spécialistes ne pouvant plus faire de réclamations en lien avec le code E078 pour la prise en charge des maladies chroniques après le 1^{er} avril 2015 et celles des médecins spécialistes toujours admissibles

Caractéristiques	Groupe inadmissible au code E078 ^a n = 1 826	Groupe admissible au code E078 ^b n = 734	Valeur p
Caractéristiques démographiques			
Âge à l'entrée dans la cohorte, en années			
Moyenne (ÉT)	50 (12,0)	47,9 (10,4)	< 0,01
Médiane (IIQ)	48 (40 à 59)	47 (39 à 56)	–
Femmes, n (%)	407 (22,3)	319 (43,5)	< 0,01
Spécialité, n (%)			
Médecine interne	989 (54,2)	–	–
Cardiologie	444 (24,3)	–	–
Gastroentérologie	237 (13,0)	–	–
Néphrologie	156 (8,5)	–	–
Pneumologie	–	177 (24,1)	–
Endocrinologie	–	163 (22,2)	–
Rhumatologie	–	157 (21,4)	–
Hématologie	–	136 (18,5)	–
Maladies infectieuses	–	101 (13,8)	–
Années depuis l'obtention du diplôme en médecine			
Moyenne (écart-type)	24,1 (12,5)	21,9 (10,9)	< 0,01
Médiane (intervalle interquartile)	22 (14 à 33)	20 (13 à 30)	–
Diplôme en médecine obtenu à l'étranger, n (%)	397 (21,7)	107 (14,6)	< 0,01
Adresse de pratique en milieu rural, n (%)	11 (0,6)	≤ 5	0,12
Données sur la rémunération du médecin, moyenne (écart-type)			
Moyenne d'équivalents temps plein^c			
Exercice 2013 ^d	1,1 (0,4)	1,1 (0,5)	0,03
Exercice 2015 ^d	1,1 (0,4)	1,1 (0,4)	0,45
Pourcentage du revenu de rémunération à l'acte			
Exercice 2013 ^d	90,8 (18,7)	79,3 (29,5)	< 0,01
Exercice 2015 ^d	88,9 (27,7)	77,2 (31,2)	< 0,01

Abréviations : ÉT, écart-type; IIQ, intervalle interquartile.

^a Le groupe inadmissible au code E078 comprend les spécialistes en médecine interne, en cardiologie, en néphrologie et en gastroentérologie.

^b Le groupe admissible au code E078 comprend les spécialistes en pneumologie, en endocrinologie, en rhumatologie, en hématologie et en maladies infectieuses.

^c L'équivalent temps plein est déterminé par le rapport entre la rémunération totale d'un médecin et la rémunération moyenne pour sa spécialité.

^d L'exercice de l'Ontario s'étend du 1^{er} avril de l'année indiquée au 31 mars de l'année suivante.

Aucune différence notable n'a été observée dans les caractéristiques des patients ou la fréquence des visites chez le médecin pour l'un ou l'autre groupe. La seule différence importante constatée entre les facteurs liés aux patients a été une réduction du nombre de diagnostics de cardiopathie hypertensive chez les patients vus par un médecin du groupe inadmissible au code E078 (8,6 % avant le 1^{er} avril comparativement à 4,6 % après).

Les demandes relatives au code E078 par le groupe inadmissible à ce code sont passées d'environ 60 000 par mois à 5 000 par mois après le d'intervention (figure 1). Dans le même temps, les demandes du groupe admissible au code E078 sont restées stables, variant entre 40 000 et 50 000 par mois pendant toute la durée de l'étude.

Lorsque nous avons comparé graphiquement les visites pour les services de suivi

par les spécialistes en médecine interne par rapport aux autres sous-spécialités, nous n'avons constaté aucun changement pour le groupe inadmissible au code E078. Après l'intervention, une réduction de plus de 90 % des visites en médecine interne a été observée chez le groupe admissible au code E078 (données disponibles sur demande).

Dans notre analyse des séries chronologiques, le groupe inadmissible au code E078 a affiché, immédiatement après le point d'intervention, une baisse importante des visites de suivi liées aux maladies chroniques pour les diagnostics admissibles, par un facteur de 0,86 ($p < 0,0001$, intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,82 à 0,90) et, dans la tendance mensuelle subséquente, par un facteur de 0,99 ($p < 0,0001$; IC à 95 % : 0,9 à 0,99). Il n'y a pas eu de changement significatif dans le groupe admissible au code E078, ni au point d'intervention (IC à 95 % : 0,95 à 1,07), ni dans la tendance mensuelle subséquente (IC à 95 % : 0,99 à 1,01) (figure 2).

Les analyses des séries chronologiques des variables d'intérêt secondaires n'ont pas révélé de changements importants dans le nombre total de visites de suivi, si l'on ne tient pas compte des critères de diagnostic pour le code E078 (figure 3). Alors qu'il n'y a pas eu de changement dans les consultations de nouveaux patients au point d'intervention, on a constaté une diminution importante de la tendance mensuelle après l'intervention, par un facteur de 0,99 ($p < 0,05$; IC à 95 % : 0,99 à 1,00), dans le groupe inadmissible au code E078.

Analyse

Dans cette analyse des séries chronologiques, nous avons constaté une réduction du volume mensuel des visites de suivi des maladies chroniques effectuées par les spécialistes en médecine interne, en néphrologie, en gastroentérologie et en cardiologie après la suppression de la prime à la rémunération à l'acte pour la prise en charge des maladies chroniques (E078) de la grille tarifaire de l'Assurance-santé de l'Ontario. Dans le même temps, il n'y a pas eu de changement important dans les visites de suivi des maladies chroniques réalisées par les spécialistes en pneumologie, en endocrinologie, en rhumatologie, en hématologie et en maladies

TABLEAU 2
Comparaison du nombre de visites chez les médecins spécialistes avant et après les changements dans l'admissibilité à la prime liée à la prise en charge des maladies chroniques (code E078)

Visites	Données sur la pratique médicale du médecin, nombre moyen (écart-type)		Valeur p
	Avant le retrait de la prime (code E078) – exercice 2013 ^a	Après le retrait de la prime (code E078) – exercice 2015 ^b	
Groupe inadmissible au code E078^c			
Nombre total de visites de patients ^d	3 041 (2 000)	2 857 (1 878)	< 0,01
Visites en cabinet	2 169 (1 850)	2 018 (1 741)	0,01
Visites au service des urgences	81 (168)	83 (172)	0,78
Visites à l'hôpital	785 (934)	750 (904)	0,25
Groupe admissible au code E078^e			
Nombre total de visites de patients ^d	3 155 (2 236)	3 400 (2 432)	0,05
Visites en cabinet	2 603 (2 102)	2 894 (2 340)	0,01
Visites au service des urgences	32 (101)	28 (95)	0,38
Visites à l'hôpital	516 (711)	473 (702)	0,25

^a Exercice financier de l'Ontario du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014.

^b Exercice financier de l'Ontario du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016.

^c Le groupe inadmissible au code E078 comprend les spécialistes en médecine interne, en cardiologie, en néphrologie et en gastroentérologie.

^d Les visites totales de patients comprennent les visites au service des urgences, à l'hôpital, en cabinet, à domicile et dans les établissements de soins de longue durée.

^e Le groupe admissible au code E078 comprend les spécialistes en pneumologie, en endocrinologie, en rhumatologie, en hématologie et en maladies infectieuses.

TABLEAU 3
Comparaison des caractéristiques des patients vus par les médecins spécialistes avant et après les changements dans l'admissibilité à la prime (code E078) pour la prise en charge des maladies chroniques

Caractéristiques	Groupe inadmissible au code E078 ^a			Groupe admissible au code E078 ^b		
	Avant le retrait du code E078 – exercice 2013 ^c	Après le retrait du code E078 – exercice 2016 ^d	Écart normalisé ^e , %	Avant le retrait du code E078 – exercice 2013 ^c	Après le retrait du code E078 – exercice 2016 ^d	Écart normalisé ^e , %
	n = 994 518	n = 1 037 302		n = 467 324	n = 520 554	
Caractéristiques individuelles						
Âge (années)						
Moyenne (ÉT)	58,5 (18,3)	59,8 (17,9)	7	56,5 (17,6)	57,1 (17,6)	4
Médiane (IIQ)	61 (47 à 72)	62 (49 à 73)		58 (45 à 69)	59 (46 à 70)	
Femmes, n (%)	493 913 (49,7)	508 753 (49,0)	1	278 768 (59,7)	308 505 (59,3)	1
Quintile de revenu régional, n (%)						
Quintile 1	185 984 (18,7)	211 862 (20,4)	4	81 827 (17,5)	101 605 (19,5)	5
Quintile 2	198 903 (20,0)	216 293 (20,9)	2	89 463 (19,1)	104 001 (20,0)	2
Quintile 3	198 588 (20,0)	208 377 (20,1)	0	92 952 (19,9)	103 881 (20,0)	0
Quintile 4	208 024 (20,9)	196 232 (18,9)	5	100 968 (21,6)	101 641 (19,5)	5
Quintile 5	199 423 (20,1)	202 575 (19,5)	1	100 352 (21,5)	108 466 (20,8)	2
Résidence en milieu rural, n (%)	87 271 (8,8)	82 824 (8,0)	3	34 933 (7,5)	34 479 (6,6)	3
Score de comorbidité Charlson^f, n (%)						
0	91 840 (9,2)	93 761 (9,0)	1	41 819 (8,9)	45 011 (8,6)	1
1	46 998 (4,7)	48 395 (4,7)	0	21 489 (4,6)	23 277 (4,5)	1
2+	81 059 (8,2)	86 485 (8,3)	1	37 333 (8,0)	40 433 (7,8)	1
Aucune hospitalisation	774 621 (77,9)	808 661 (78,0)	0	366 683 (78,5)	411 833 (79,1)	2

Suite à la page suivante

TABEAU 3 (suite)
Comparaison des caractéristiques des patients vus par les médecins spécialistes avant et après les changements dans l'admissibilité à la prime (code E078) pour la prise en charge des maladies chroniques

Caractéristiques	Groupe inadmissible au code E078 ^a			Groupe admissible au code E078 ^b		
	Avant le retrait du code E078 – exercice 2013 ^c	Après le retrait du code E078 – exercice 2016 ^d	Écart normalisé ^e , %	Avant le retrait du code E078 – exercice 2013 ^c	Après le retrait du code E078 – exercice 2016 ^d	Écart normalisé ^e , %
	n = 994 518	n = 1 037 302		n = 467 324	n = 520 554	
E078 – diagnostic admissible, n (%)						
SIDA	1 418 (0,1)	1 592 (0,2)	0	2 766 (0,6)	3 312 (0,6)	1
Lié au SIDA – cas complexe	617 (0,1)	627 (0,1)	0	2 067 (0,4)	1 933 (0,4)	1
Infection à VIH	1 172 (0,1)	1 227 (0,1)	0	3 306 (0,7)	3 550 (0,7)	0
Diabète sucré	221 786 (22,3)	239 069 (23,0)	2	133 400 (28,5)	153 875 (29,6)	2
Défauts de coagulation	9 586 (1,0)	8 731 (0,8)	1	8 009 (1,7)	8 451 (1,6)	1
Troubles hémorragiques	9 367 (0,9)	9 585 (0,9)	0	9 895 (2,1)	10 349 (2,0)	1
Démence	29 461 (3,0)	33 575 (3,2)	2	11 471 (2,5)	13 509 (2,6)	1
Maladie de Parkinson	6 122 (0,6)	6 980 (0,7)	1	2 289 (0,5)	2 826 (0,5)	1
Sclérose en plaques	2 459 (0,2)	2 622 (0,3)	0	1 445 (0,3)	1 624 (0,3)	0
Paralysie cérébrale	466 (< 0,1)	461 (< 0,1)	0	276 (0,1)	328 (0,1)	0
Épilepsie	9 152 (0,9)	9 880 (1,0)	0	4 331 (0,9)	5 174 (1,0)	1
Cardiopathie hypertensive	85 887 (8,6)	47 799 (4,6)	16	15 140 (3,2)	10 241 (2,0)	8
Insuffisance cardiaque congestive	79 332 (8,0)	80 529 (7,8)	1	21 113 (4,5)	22 396 (4,3)	1
Bronchite chronique	23 194 (2,3)	23 855 (2,3)	0	16 650 (3,6)	19 669 (3,8)	1
Emphysème	19 335 (1,9)	21 157 (2,0)	1	17 073 (3,7)	20 113 (3,9)	1
Asthme, bronchite allergique	63 141 (6,3)	58 486 (5,6)	3	44 664 (9,6)	50 474 (9,7)	0
Fibrose pulmonaire	6 566 (0,7)	7 780 (0,8)	1	7 825 (1,7)	9 986 (1,9)	2
Maladie de Crohn	24 464 (2,5)	25 088 (2,4)	0	3 633 (0,8)	3 987 (0,8)	0
Colite ulcéreuse	23 793 (2,4)	24 945 (2,4)	0	3 307 (0,7)	3 714 (0,7)	0
Cirrhose du foie	19 622 (2,0)	21 074 (2,0)	0	4 503 (1,0)	5 325 (1,0)	1
Insuffisance rénale chronique	88 826 (8,9)	99 074 (9,6)	2	23 468 (5,0)	27 573 (5,3)	1
Lupus, sclérodermie, dermatomyosite	10 115 (1,0)	11 001 (1,1)	0	19 538 (4,2)	22 150 (4,3)	0
Polyarthrite rhumatoïde, maladie de Still	25 251 (2,5)	25 935 (2,5)	0	53 790 (11,5)	57 450 (11,0)	1
Spondylarthrite ankylosante	3 612 (0,4)	3 997 (0,4)	0	8 666 (1,9)	10 381 (2,0)	1
Spondylarthrite séronégative	5 096 (0,5)	6 383 (0,6)	1	14 342 (3,1)	17 490 (3,4)	2
Anomalies chromosomiques	2 207 (0,2)	2 527 (0,2)	0	2 567 (0,5)	3 548 (0,7)	2
Visites chez un médecin spécialiste						
Évaluations de suivi annuelles, n						
Moyenne (ÉT)	2,5 (2,6)	2,6 (2,7)	4	3 (3,1)	3,1 (3,1)	2
Médiane (IIQ)	2 (1 à 3)	2 (1 à 3)		2 (1 à 4)	2 (1 à 4)	
Nouvelles consultations annuelles, n						
Moyenne (ÉT)	0,7 (1,1)	0,8 (1,1)	3	0,8 (1,1)	0,8 (1,1)	1
Médiane (IIQ)	0 (0 à 1)	0 (0 à 1)		0 (0 à 1)	0 (0 à 1)	

Abréviations : ÉT, écart-type; IIQ, intervalle interquartile.

^a Le groupe inadmissible au code E078 comprend les spécialistes en médecine interne, en cardiologie, en néphrologie et en gastroentérologie.

^b Le groupe admissible au code E078 comprend les spécialistes en pneumologie, en endocrinologie, en rhumatologie, en hématologie et en maladies infectieuses.

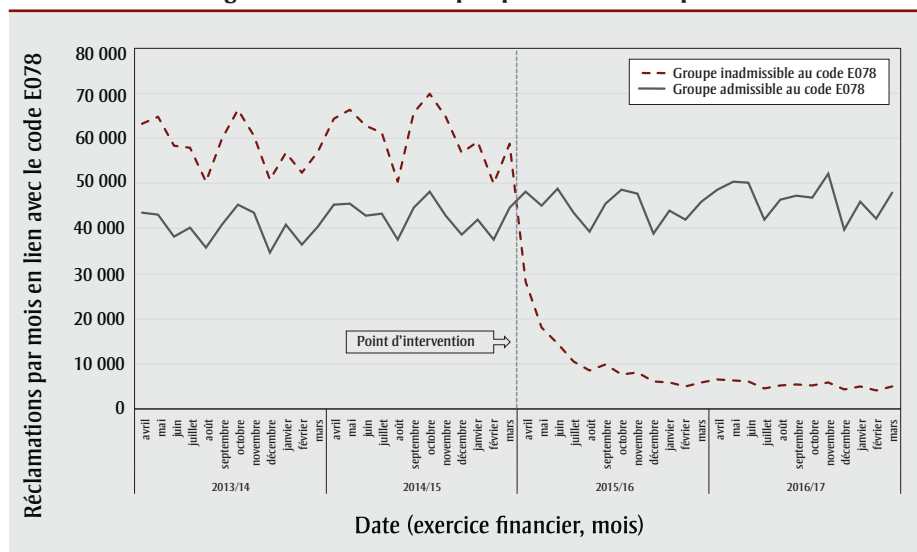
^c Exercice de l'Ontario du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014.

^d Exercice de l'Ontario du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017.

^e L'écart normalisé est la différence entre les moyennes des groupes en pourcentage de l'écart-type combiné. Une différence de plus de 10 % est la marque d'un déséquilibre important.

^f Le score de comorbidité Charlson est un indicateur prédictif de l'utilisation des services de santé et de la mortalité. Les données diagnostiques proviennent des données d'hospitalisation. Si aucune hospitalisation n'est survenue dans les 2 ans suivant l'entrée dans la cohorte, aucun score n'est signalé.

FIGURE 1
Réclamations mensuelles en lien avec le code E078 pour la prise en charge des maladies chroniques par les médecins spécialistes

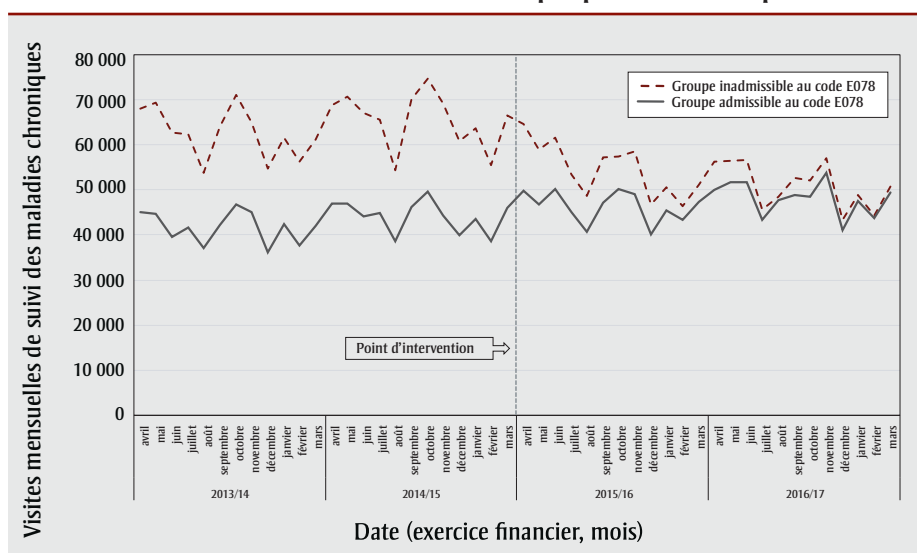


infectieuses qui, eux, sont demeurés admissibles à la prime.

Nous avons analysé deux variables d'intérêt secondaires : le nombre total de visites de suivi (non limitées aux diagnostics admissibles au code E078) et les consultations de nouveaux patients. Le seul changement important a consisté en une tendance à la baisse dans les consultations de nouveaux patients réalisées par le groupe inadmissible au code E078, confirmant que la prestation de services n'a pas été biaisée en faveur des consultations, qui procurent une rémunération de deux à

quatre fois plus élevée que les suivis. Étant donné que les visites de suivi de maladies chroniques sont un sous-ensemble du total des visites de suivi et que le taux de ces dernières n'a pas changé, nous avons conclu que les codes de diagnostic permettant l'utilisation du code E078 étaient appliqués moins souvent par le groupe inadmissible au code E078 après l'intervention. Cela est compréhensible, du point de vue du comportement économique, car il n'existe plus d'incitatif financier pour le groupe inadmissible au code E078 à désigner certains diagnostics plutôt que d'autres. Ce phénomène est confirmé

FIGURE 2
Visites mensuelles de suivi des maladies chroniques par les médecins spécialistes



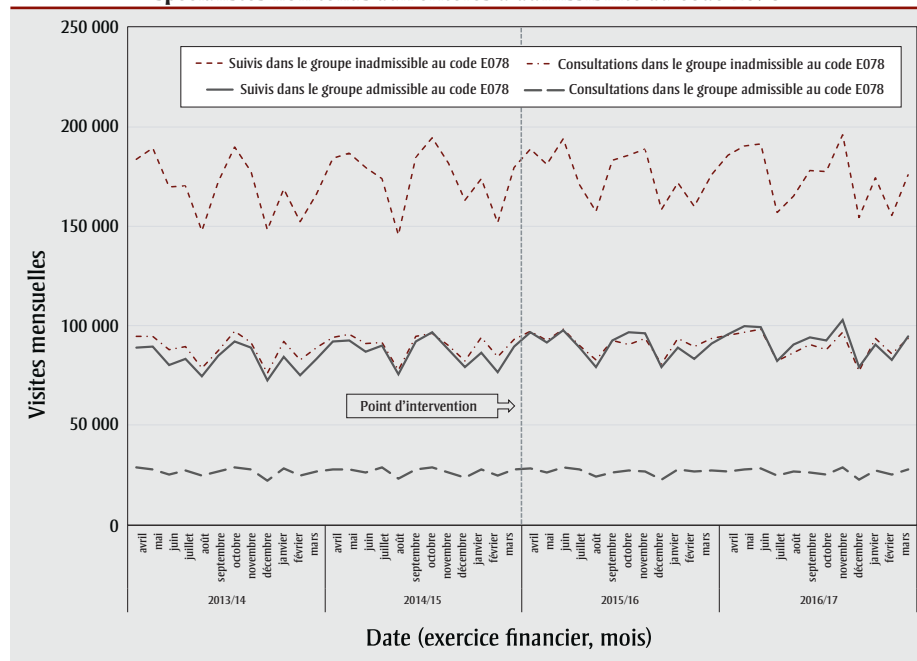
Remarque : Les critères d'admissibilité au code E078 comprennent un code de frais d'évaluation et l'un des 26 diagnostics de maladies chroniques admissibles.

par nos données de base concernant les patients vus par un médecin du groupe inadmissible au code E078, qui révèlent que les patients ont été moins susceptibles de se voir attribuer un code de diagnostic de cardiopathie hypertensive après l'intervention. Les patients vus par des spécialistes ont souvent plus d'une maladie chronique, ce qui fait que plusieurs codes de diagnostic sont applicables. Toutefois, nos conclusions ne permettent pas de déterminer si les spécialistes ont attribué des codes de diagnostic reflétant précisément l'état pour lequel le patient avait demandé des soins ou de diagnostic correspondant plutôt à des affections concomitantes stables qui remplissaient les critères relatifs au code E078.

La réduction du recours à la médecine interne en faveur d'autres codes de facturation propres à une sous-spécialité par le groupe admissible au code E078 peut également s'expliquer par un comportement économique. Par exemple, depuis le retrait du code E078, un endocrinologue ne peut pas obtenir la prime s'il utilise des codes de service de médecine interne, mais il la reçoit s'il utilise des codes d'endocrinologie. S'il peut réclamer une rémunération en utilisant n'importe lequel des ensembles de codes, l'option rationnelle pour l'endocrinologue est d'utiliser ceux qui relèvent de sa sous-spécialité, ce qui lui permet de demeurer admissible à la prime.

Le retrait du code E078 a conduit à une réduction du tiers de la rémunération pour les services admissibles. En réponse à cela, un médecin a pu soit augmenter le volume des services admissibles pour compenser les pertes, soit modifier son offre de services de manière à accomplir des tâches associées à une rémunération plus élevée. Nous savons maintenant que le groupe inadmissible au code E078 n'a pas augmenté de manière notable le volume de ses services de suivi mais n'a pas modifié non plus ses activités de manière à effectuer davantage de consultations. En fait, le groupe a affiché une baisse du nombre de consultations de nouveaux patients, ce qui correspond à nos données de base révélant une réduction importante du nombre total moyen de visites en cabinet dans l'année suivant la perte de la prime. Étant donné que les médecins participant à l'étude travaillaient déjà à raison de plus d'un équivalent temps plein, il est peu probable qu'ils aient eu la capacité d'augmenter leur volume de

FIGURE 3
Visites mensuelles pour l'ensemble des services de suivi et consultations par les médecins spécialistes non tenus aux critères d'admissibilité au code E078



services. La diminution des consultations au cabinet est peut-être le signe d'une réaffectation à d'autres tâches, mais si c'est le cas, nous ne sommes pas en mesure de le confirmer à partir des données recueillies pour cette étude.

Notre étude portait sur les effets de la suppression d'un incitatif financier s'ajoutant à la rémunération à l'acte, qui constitue le modèle prédominant de rémunération des spécialistes au Canada. Il est généralement admis que la rémunération à l'acte peut conduire à la prestation excessive de soins de faible valeur ou inutiles, d'où la pression en faveur de modèles de rémunération basés sur le salaire ou la capitation dans les soins primaires^{7,8}. De plus, des études antérieures portant sur deux modèles de financement des spécialistes fondés sur le salaire, réalisées dans des centres universitaires canadiens, font état d'une meilleure prise en charge des patients complexes⁹⁻¹¹.

Ces résultats sont bien différents de données plus solides provenant des soins primaires qui montrent que les modèles de rémunération à l'acte peuvent inciter à une plus grande prise en charge des maladies chroniques complexes que les modèles de rémunération par capitation, où un montant fixe est versé pour chaque patient inscrit¹²⁻¹⁴. En outre, il n'existe pas de preuves solides démontrant que les modèles

de paiement des spécialistes autres que la rémunération à l'acte permettraient de réduire les coûts, ce que notre étude ne permet pas non plus d'établir. Il faut accorder une plus grande attention à l'étude des effets des différents modèles de rémunération des spécialistes sur la prise en charge des maladies chroniques.

Forces

Étant donné que les services des médecins en Ontario sont assurés par l'État, les données sont valables et représentatives des groupes de spécialistes qui ont été étudiés. En outre, les conclusions de ce rapport peuvent être étendues à d'autres provinces et territoires au Canada, où les médecins sont également rémunérés par le biais de régimes publics d'assurance. À l'échelle internationale, les spécialistes sont aussi souvent rémunérés à l'acte, de sorte que les résultats de notre étude revêtent un grand intérêt.

Sur le plan de la méthodologie, étant donné que l'intervention a eu lieu à un moment précis et a touché toute la cohorte, l'analyse des séries chronologiques est une technique statistique sensible qui permet de détecter un changement quantitatif dans le résultat.

Limites

Notre étude portait sur les changements dans le volume des services offerts par le

groupe inadmissible au code E078. Bien que nous ayons comparé les résultats avec ceux du groupe admissible au code E078, il ne s'agissait pas d'une étude réalisée avec groupe témoin, de sorte que les différences ne peuvent pas être attribuées uniquement à la suppression de la prime. Les caractéristiques de base de ces deux groupes de médecins étaient très différentes, notamment en ce qui concerne le type de spécialité et la proportion de femmes. Ces facteurs, parmi d'autres facteurs non mesurés, pourraient avoir eu une influence sur les résultats de l'étude.

Un certain nombre de changements ont été apportés au paiement des services offerts par les médecins en même temps qu'a eu lieu la suppression de la rémunération à l'acte². Bien que les réductions globales des paiements relatifs à la rémunération à l'acte et aux autres modèles de rémunération s'appliquent à tous les médecins, certains de ces changements, qui ont été apportés à des honoraires de services précis, peuvent avoir touché certaines spécialités plus que d'autres. Nous n'avons pas quantifié les effets potentiels de ces changements à la rémunération.

Nos résultats ne concernent que les changements apportés aux mesures incitatives économiques pour les médecins. Notre étude n'a pas évalué les effets sur les résultats en matière de santé des patients. D'après les données recueillies sur les patients, on sait simplement qu'il y a eu une augmentation du nombre total de personnes vues par les deux groupes et que leurs caractéristiques de base étaient similaires avant et après la modification de la grille tarifaire.

Conclusion

La suppression du code E078 pour la prise en charge des maladies chroniques de la grille tarifaire de l'Assurance-santé de l'Ontario a été suivie d'une diminution importante des visites de suivi pour des maladies chroniques. Cette diminution est attribuable à des changements dans l'utilisation des codes de diagnostic plutôt que dans le volume total des services de suivi. Cependant, les spécialistes concernés ont affiché une baisse des consultations de nouveaux patients et ont effectué moins de consultations totales en cabinet, en moyenne, dans l'année suivant la suppression de la prime, ce qui est l'indice d'un changement dans la répartition des

services. Ces résultats soulignent que les responsables des politiques doivent tenir compte de l'effet sur le comportement économique lorsqu'ils prévoient de modifier les mesures incitatives applicables à la rémunération des spécialistes, car les changements peuvent avoir des effets en aval sur les résultats pour les patients. Les travaux futurs devraient porter sur la quantification des changements potentiels dans les résultats en matière de santé pour les patients dont les médecins spécialistes ont cessé de pouvoir prétendre à la prime à la rémunération à l'acte pour la prise en charge des maladies chroniques

Remerciements

Cette étude a été rendue possible grâce au site de l'ICES Western. L'ICES est financé par une subvention annuelle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD). Le financement de base pour l'ICES Western est fourni par l'Academic Medical Organization of Southwestern Ontario (AMOSO), la Schulich School of Medicine and Dentistry (SSMD), l'Université Western et le Lawson Health Research Institute (LHRI).

Les opinions, les conclusions et les résultats de l'étude sont ceux des auteurs et sont indépendants des sources de financement. Il ne faut pas inférer qu'ils ont été sanctionnés par l'ICES, l'AMOSO, le SSMD, le LHRI, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ou le MSSLD. Si certaines parties de ce document reposent sur des données et des informations compilées et fournies par l'ICIS, les analyses, les conclusions, les opinions et les déclarations qui y sont exprimées sont celles des auteurs et ne correspondent pas nécessairement à celles de l'ICIS.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Contributions des auteurs et avis

AA : conceptualisation, méthodologie, rédaction du manuscrit; ML : méthodologie, curation des données, rédaction (révision et modifications); BA : méthodologie, curation des données, analyse officielle, rédaction (révision et modifications); SS : conceptualisation, méthodologie, rédaction (révision et modifications); AG : conceptualisation, supervision, rédaction (révision et modifications).

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Branchard B, Deb-Rinker P, Dubois A, et al. Quel est l'état de santé des Canadiens? Brève mise à jour (Aperçu). *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2018;38(10):434-439. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.10.05f>
2. Ministry of Health and Long-Term Care. Amendments to the schedule of benefits for physicians services and payment discount of 2.65%. *Bulletin* 4646. Toronto (Ont.): Health Services Branch. 2015;1-2. En ligne à : <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ohip/bulletins/4000/bul4646.pdf>
3. Ministry of Health and Long-Term Care. Schedule of benefits. Toronto (Ont.): Queen's Printer of Ontario. 2016;1-746.
4. Benchimol EI, Smeeth L, Guttmann A, et al. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) statement. *PLoS Med*. 2015;12(10):e1001885. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001885>
5. Du Plessis V, Beshiri R, Bollman R, Clemenson H. Définitions de « rural ». Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2002. no 21-006-XIF au catalogue de Statistique Canada.
6. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
7. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q*. 2001;79(2):149-177. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00202>
8. Loewenstein G, Volpp KG, Asch DA. Incentives in health: different prescriptions for physicians and patients. *JAMA*. 2012;307(13):1375-1376. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.387>
9. Quinn AE, Edwards A, Senior P, et al. The association between payment model and specialist physicians' selection of patients with diabetes: a descriptive study. *CMAJ Open*. 2019;7(1):E109-116. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20180171>
10. Bichel A, Bacchus M, Meddings J, Conly J. Academic alternate relationship plans for internal medicine: a lever for health care transformation. *Open Med*. 2011;5(1):e28-32.
11. Godwin M, Shortt S, McIntosh L, Bolton C. Physicians' perceptions of the effect on clinical services of an alternative funding plan at an academic health sciences centre. *CMAJ*. 1999;160(12):1710-1714.
12. Glazier RH, Klein-Geltink J, Kopp A, Sibley LM. Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *CMAJ*. 2009;180(11):E72-81. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081316>
13. Kantarevic J, Kralj B, Weinkauff D. Enhanced fee-for-service model and physician productivity: evidence from family health groups in Ontario. *J Health Econ*. 2011;30(1):99-111. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.10.005>
14. Sarma S, Mehta N, Devlin R, Kpelitse KA, Li L. Family physician remuneration schemes and specialist referrals: quasi-experimental evidence from Ontario, Canada. *Health Econ*. 2018;27(10):1533-1549. <https://doi.org/10.1002/hec.3783>