



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

www.ccsa.ca • www.ccdus.ca

Rémunération des médecins de famille pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances

26 avril 2019

Janet E. Childerhose, Ph.D.
Sara Atif, M.Sc.
Jill Fairbank, M.Sc.



Rémunération des médecins de famille pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Childerhose, J., S. Atif et J. Fairbank. *Rémunération des médecins de famille pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500
Ottawa (ON) K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:

Family Physician Remuneration for Substance Use Disorders Care

ISBN 978-1-77178-558-7



Table des matières

Synthèse générale	3
Introduction	3
Objectifs et méthode.....	3
Constats et solutions potentielles.....	4
Conclusion.....	Error! Bookmark not defined.
Introduction	6
Contexte	7
Rémunération des médecins de famille	7
Rémunération à l'acte	Error! Bookmark not defined.
Fonctionnement de la rémunération à l'acte	8
Incidatifs à la prise en charge des maladies chroniques.....	9
Traitement des troubles liés à l'usage de substances	9
Objectifs de l'étude	10
Méthodologie.....	12
Création du guide d'entrevue.....	12
Mise à l'essai du guide d'entrevue	13
Stratégie de recrutement	13
Répondants	133
Procédure	13
Analyse des données	14
Résultats.....	155
Participants à l'étude	155
Modes de rémunération.....	166
Thèmes	17
<i>Thème 1 : Les patients atteints de TLUS présentent des cas complexes sur les plans social et médical</i>	<i>188</i>
<i>Thème 2 : Le travail lié au traitement des patients atteints de TLUS est invisible et n'est pas toujours facturable.....</i>	<i>19</i>
<i>Thème 3 : La formation officielle sur la facturation et le soutien sont de faible qualité.....</i>	<i>211</i>



3.1 Qui effectue la facturation?.....	233
3.2 Défis et obstacles à la facturation du travail accompli.....	233
3.3 Faire preuve d'inventivité dans l'attribution de codes pour la psychothérapie et le counseling.....	244
<i>Thème 4 : La rémunération à l'acte n'est pas structurée de manière à soutenir complètement le traitement des TLUS.....</i>	<i>29</i>
4.1 La rémunération à l'acte ne répond pas aux besoins des populations de patients complexes	300
4.2 La rémunération à l'acte à elle seule ne soutient pas l'approche de soins en équipe	311
4.3 Manque de ressources communautaires.....	322
<i>Thème 5 : La rémunération à l'acte est source de tensions et de dilemmes éthiques ..</i>	<i>333</i>
5.1 Engagement des médecins envers les patients atteints de TLUS	355
Analyse	366
Solutions potentielles	Error! Bookmark not defined.
1. Rémunération à l'acte : nouveaux codes de facturations et nouveaux incitatifs	Error! Bookmark not defined.
1.1 Instaurer un incitatif à la prise en charge des maladies chroniques pour les troubles liés à l'usage de substances.....	39
1.2 Instaurer des codes pour encourager et rémunérer l'accueil de patients, la première évaluation et la première consultation	400
1.3 Instaurer des codes qui favorisent la prise en charge continue des patients atteints de troubles liés à l'usage de substances.....	411
2. Mode de rémunération différent : la rémunération mixte	Error! Bookmark not defined.
3. Autres solutions	422
3.1 Améliorer la formation officielle sur la facturation et les ressources provinciales en la matière.....	422
3.2 Offrir du financement à des collègues professionnels de la santé	433
3.3 Renforcer les services psychosociaux communautaires et l'éducation anti-stigmatisation.....	433
Limites	455
Orientations possibles pour la recherche	477
Conclusion.....	48
Bibliographie	49
Annexe A : guide d'entrevue	494
Annexe B : exemple de courriel d'invitation.....	566
Annexe C : formulaire de consentement oral.....	56
Annexe D : organisations contactées	59
Annexe E : maladies chroniques traitées, par participants	611
Annexe F : profils des participants.....	62
Annexe G : codes de prise en charge des maladies chroniques, par province	644



Remerciements

Les auteures souhaitent remercier les participants à cette étude pour leur temps précieux. La directrice associée à la recherche du CCDUS, Pam Kent, a offert un soutien inestimable à l'étude, et Julia Cirone, assistante de recherche, s'est assurée du respect des échéanciers de financement provinciaux.

Le CCDUS souhaite aussi remercier les réviseurs ci-dessous pour leur contribution à l'étude.

Réviseurs externes

Owen Adams, Ph.D., conseiller stratégique principal, Association médicale canadienne

Sharon Cirone, M.D., Département de médecine familiale, Centre de santé St. Joseph's, Toronto

S. Monty Ghosh, M.D., Hôpital de l'Université de l'Alberta

Ginette Poulin, M.D., directrice médicale, Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances

Réviseurs internes

Helen Stokes, Ph.D., Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Conflits d'intérêts

Les auteures n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.



Abréviations

Abréviation	Définition
BPCO	bronchopneumopathie chronique obstructive
CCDUS	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
PCMC	prise en charge des maladies chroniques
RAA	rémunération à l'acte
TLUS	trouble lié à l'usage de substances



Synthèse générale

Introduction

Les médecins de famille canadiens offrent des soins cruciaux aux personnes aux prises avec des troubles liés à l'usage de substances. La recherche semble indiquer que le modèle de rémunération des médecins de famille affecte directement les services offerts aux patients. La plupart des médecins de famille canadiens sont rémunérés à l'acte, modèle qui utilise des codes de facturation différents pour chaque acte, que ce soit l'évaluation, le diagnostic, le traitement ou l'aiguillage d'un patient. Ces codes sont négociés à l'échelle provinciale; on constate donc des variations régionales dans la prestation de soins auprès des populations de patients.

Actuellement, nous avons une compréhension limitée de l'effet de la rémunération à l'acte sur la prestation et la qualité des soins primaires prodigués aux patients atteints de troubles liés à l'usage de substances, ou de la manière dont les médecins de famille gèrent ces soins selon les codes de chaque province. L'étude de l'utilisation des codes de facturation provinciaux par les médecins de famille rémunérés à l'acte pour cette population de patients ainsi que la mise en évidence des défis rencontrés peuvent offrir l'occasion de renforcer les soins.

Les résultats de cette étude visent à offrir aux décideurs et aux regroupements de médecins un portrait clair des soins aux patients atteints de troubles liés à l'usage de substances prodigués par des médecins rémunérés à l'acte. Ils font aussi ressortir les défis liés à ces soins et offrent des solutions pour soutenir une prise en charge améliorée des troubles liés à l'usage de substances en soins primaires.

Objectifs et méthode

L'objectif global de cette étude était de décrire comment les médecins de famille rémunérés à l'acte en milieu de soins primaires utilisent les codes de facturation et les incitatifs provinciaux pour traiter les patients atteints de troubles liés à l'usage de substances. Deux autres troubles de santé chroniques, le diabète et la schizophrénie, ont été inclus à des fins de comparaison. Le diabète a été choisi parce que la rémunération des médecins pour cette maladie est bien appuyée par des incitatifs à la prise en charge des maladies chroniques. L'équipe a aussi inclus la schizophrénie, car il s'agit aussi d'un trouble de santé mentale chronique.

Objectifs

- Décrire la connaissance, l'interprétation et l'utilisation des codes de facturation et des incitatifs au traitement des troubles liés à l'usage de substances chez les médecins de famille au Canada;
- Analyser la perception des médecins des codes de facturation et des incitatifs actuels dans le but d'évaluer s'ils conviennent à l'offre de soins intégrés aux patients atteints de troubles liés à l'usage de substances;
- Mettre en évidence les problèmes récurrents perçus par les médecins quant au système de rémunération à l'acte, tant à l'intérieur de chaque province qu'à l'échelle du pays;
- Mettre au point des solutions pour améliorer la rémunération du traitement des troubles liés à l'usage de substances et encourager les médecins de famille à offrir ce type de soins.

L'équipe a conçu une approche qualitative et interprétative et utilisé une méthode d'échantillonnage par choix raisonné pour recruter 22 médecins de famille provenant des 10 provinces. Au moyen d'un



guide d'entrevue comportant 11 questions dans 5 domaines différents, un membre de l'équipe a réalisé une entrevue téléphonique individuelle avec chaque médecin sélectionné. Les entrevues ont été menées entre octobre 2017 et mars 2018 et ont duré 32 minutes en moyenne. Trois membres de l'équipe ont analysé les transcriptions des entrevues à l'aide du logiciel NVivo et ont effectué une analyse inductive pour relever les thèmes et les solutions potentielles.

Constats et solutions potentielles

Les participants ont mentionné cinq thèmes importants lors des entrevues :

1. Les patients atteints de troubles liés à l'usage de substances présentent des cas complexes sur les plans médical et social.
2. Le travail lié au traitement des patients atteints de troubles liés à l'usage de substances est invisible et n'est pas toujours facturable.
3. La formation officielle sur la facturation et le soutien continu sont de faible qualité.
4. La rémunération à l'acte n'est pas structurée de manière à soutenir complètement le traitement des troubles liés à l'usage de substances.
5. La rémunération à l'acte est source de tensions et de dilemmes éthiques.

Ils ont aussi explicitement suggéré de se pencher sur l'amélioration des soins prodigués aux patients atteints de troubles liés à l'usage de substances et sur la rémunération juste des médecins selon le temps consacré aux soins et l'expertise acquise auprès de cette population :

1. Rémunération à l'acte : nouveaux codes de facturation et nouveaux incitatifs

Les participants ont recommandé trois types de modifications aux codes de facturation et aux incitatifs :

- 1) Instaurer un incitatif à la prise en charge des maladies chroniques pour les troubles liés à l'usage de substances.
- 2) Instaurer des codes pour encourager et rémunérer l'accueil de patients, la première évaluation et la première consultation.
- 3) Instaurer des codes qui favorisent la prise en charge continue des patients atteints de troubles liés à l'usage de substances.

2. Mode de rémunération différent : la rémunération mixte

Les participants ont recommandé l'adoption d'un mode de rémunération mixte pour inciter les médecins à traiter les troubles liés à l'usage de substances et pour soutenir les médecins qui offrent présentement ces services. Plus précisément, ils ont proposé un salaire de base utilisé en parallèle avec des codes de facturation afin d'offrir aux médecins un revenu prévisible indépendant des codes basés sur les services tout en les incitant à offrir des soins intégrés aux patients atteints de troubles liés à l'usage de substances. Le mode de rémunération mixte pourrait aussi dédommager les médecins pour le travail ailleurs qu'à leur cabinet.

3. Autres solutions

Les participants ont aussi fait trois autres recommandations pour améliorer les pratiques de facturation et les soins pour cette population de patients du point de vue du système de santé :



- 1) Améliorer la formation officielle sur la facturation, et les ressources provinciales en la matière afin que les médecins soient adéquatement préparés à la facturation dès leur premier jour de travail, et qu'ils aient accès par la suite à du soutien quant aux pratiques de facturation.
- 2) Offrir du financement à des collègues professionnels de la santé afin que les médecins puissent prodiguer des soins cliniques par équipe, plutôt que de tout faire seuls.
- 3) Renforcer les services psychosociaux communautaires et l'éducation anti-stigmatisation afin que les médecins puissent aiguiller leurs patients vers des experts pouvant leur offrir des traitements spécialisés, et éliminer les attitudes entravant l'accès aux soins primaires par les patients.

Conclusion

Cette étude est la première à s'intéresser à l'expérience et à la perspective des médecins canadiens quant à l'utilisation des codes de facturation dans le cadre de la rémunération à l'acte pour le traitement des patients atteints de troubles liés à l'usage de substances. Les médecins de famille rencontrés pour cette étude ont profondément à cœur de fournir des soins intégrés à cette population de patients.

En reconnaissant que les troubles liés à l'usage de substances sont des maladies chroniques, les provinces pourraient soutenir les médecins de famille dans leur travail. Un important pas en avant serait de rendre accessibles une rémunération et des incitatifs adéquats aux médecins de famille dans chaque province afin qu'ils puissent offrir dans leur milieu de travail des soins complets fondés sur des données probantes. Il est aussi primordial pour les provinces de renforcer l'infrastructure et le système entourant la médecine familiale.



Introduction

Selon le rapport sur l'alcool, les drogues et la santé de 2016 du Directeur du service de santé publique des États-Unis (*Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*), un trouble lié à l'usage de substances (TLUS) est un « trouble médical causé par le mésusage répété d'une substance ou de plusieurs substances ». Ces troubles peuvent se présenter sous différentes formes et être plus ou moins graves. Le terme « dépendance » est généralement utilisé pour décrire un TLUS chronique et grave (Bureau du Directeur du service de santé publique des États-Unis, 2016).

La morbidité et la mortalité liées à l'usage de substances mettent une pression importante sur les systèmes de santé (Degenhardt et Hall, 2012; Klimas et coll., 2017), et la recherche sur le traitement de ces troubles a été systématiquement négligée (Holmes, 2012). L'usage prolongé de psychotropes peut avoir des effets négatifs sur la santé (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2017). L'usage de substances peut aussi générer des coûts considérables. En 2014, le coût total de l'usage de substances au Canada était de 38,4 G\$, ce qui équivaut approximativement à 1 100 \$ par Canadien, peu importe son âge (Groupe de travail scientifique sur les coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018).

Les soins primaires offrent un traitement accessible à cette population de patients (Kennedy-Hendricks et coll., 2016; Storholm et coll., 2017), et les médecins de famille jouent un rôle vital dans la prise en charge des TLUS (Kaner et coll., 2013; Kennedy-Hendricks et coll., 2016; Klimas et coll., 2017; Saitz et Daaleman, 2017). Les traitements prodigués en milieu de soins primaires ont été associés à des résultats positifs pour la santé (Bowman, Eiserman, Beletsky, Stancliff et Bruce, 2013; Kaner, Brown et Jackson, 2011; Pilowsky et Wu, 2012). Les examens et les interventions en temps utile peuvent ralentir la progression des TLUS (Tai et Volkow 2013).

Les médecins de famille ont des approches variables de prise en charge et de traitement des TLUS (Jamison, Sheehan, Scanlan et Ross, 2014; Hutchinson, Catlin, Andrilla, Baldwin et Rosenblatt, 2014; Tai et Volkow, 2013). Une variable connue qui oriente la prestation et la qualité des soins est le mode de rémunération (aussi appelé le mode de paiement). Des données montrent que le mode de rémunération des médecins de famille influence le type de services offerts, leur continuité et leur intensité. La plupart des médecins de famille canadiens sont payés selon un mode de rémunération à l'acte (RAA). Nous ignorons toutefois comment la RAA en particulier affecte la prestation des soins pour les TLUS.



Contexte

Rémunération des médecins de famille

Dans le système public de santé, les médecins de famille font office de gardiens. Ils prodiguent des soins de première ligne, dont les frais sont assumés par un système public d'assurance maladie. Les patients n'ont donc pas à dépenser de leur propre poche pour obtenir des services médicaux essentiels. En janvier 2018, l'Association médicale canadienne a recensé 84 260 médecins au Canada (excluant les résidents). Plus de la moitié d'entre eux (52 %) étaient des médecins de famille (Association médicale canadienne, 2018).

Les médecins de famille sont des travailleurs autonomes dont la quasi-totalité des revenus provient des agences provinciales d'assurance maladie. En 2015-2016, ils ont reçu en moyenne un total de paiements cliniques bruts de 275 294 \$ (Institut canadien d'information sur la santé, 2017a). Toutefois, on oublie souvent qu'en tant que travailleurs autonomes, ils doivent s'acquitter de tous les frais généraux (location du cabinet et équipement), des salaires et des assurances de leur cabinet. Ils doivent aussi déboursier pour leurs avantages sociaux et leur régime de retraite.

Puisque le système de santé au Canada est géré par les provinces, la prestation des soins et la rémunération varient d'une province ou d'un territoire à l'autre, et même à l'intérieur d'une même province (Marchildon, 2013; Miedema et coll., 2016). Plusieurs modes de rémunération sont utilisés par les médecins de famille :

- **Rémunération à l'acte** : Le médecin facture chaque service prodigué à l'aide de codes précis (Association médicale canadienne, 2015). L'unité de paiement est le nombre de services fournis lors d'une consultation (p. ex. examen physique, immunisation).
- **Rémunération au salaire** : Le médecin est payé sur une base régulière selon un contrat d'embauche. L'unité de paiement est le temps, puisqu'un montant fixe est attribué pour une période définie (Association médicale canadienne, 2015).
- **Rémunération par capitation** : Mode de rémunération selon lequel le médecin obtient un revenu garanti en offrant des services annuels aux patients à sa charge (Association médicale canadienne, 2015). L'unité de paiement est le nombre de patients dont un médecin prend soin.
- **Rémunération mixte par capitation** : Le médecin reçoit un montant de base garanti par année pour le nombre de patients faisant partie de sa charge de travail et reçoit un paiement à l'acte pour le traitement de patients n'en faisant pas partie (Association médicale canadienne, 2015).

La rémunération au tarif horaire ou à la séance et la facturation *pro forma* sont d'autres modes de paiement. Les médecins qui ont recours à un de ces modes de rémunération, comme la rémunération au salaire ou au tarif horaire, font aussi de la facturation *pro forma* à l'acte, où ils saisissent leurs factures à l'aide des codes de l'assurance maladie provinciale (Association médicale canadienne, 2015). Les médecins qui pratiquent la facturation *pro forma* connaissent donc bien les codes de facturation et les incitatifs.

Rémunération à l'acte

Bien que la proportion de médecins de famille canadiens rémunérés à l'acte diminue continuellement, ce mode de rémunération est dominant depuis les années 1960 (Dahrouge et coll., 2013; Devlin et Sarma, 2008; Sarma, Devlin, Belhadji et Thind, 2010). En 2015-2016, pratiquement tous les médecins



(97 %) étaient payés au moins en partie par RAA, et plus des deux tiers (69 %) étaient payés en partie par un autre mode de rémunération (Institut canadien d'information sur la santé, 2017b).

La RAA offre plusieurs avantages pour les médecins de famille et la prestation des soins. Mentionnons entre autres un volume de patients plus élevé par cabinet (Sørensen et Grytten, 2003) et plus de contacts avec les patients (Basu et Mendelzys, 2008). Dans l'analyse du nombre de consultations par semaine selon les différents modes de rémunération du Sondage national des médecins de 2004, les médecins rémunérés à l'acte voyaient plus de patients par semaine que les autres médecins (Devlin et Sarma, 2008; Sondage national des médecins, 2004).

Cependant, la RAA comporte aussi des lacunes, qui peuvent avoir un effet négatif sur la qualité des soins, particulièrement pour les patients atteints de maladies chroniques. La RAA mise sur le nombre de patients plutôt que sur le temps passé avec chacun, une structure qui peut décourager les médecins de passer le temps nécessaire avec des patients complexes parce qu'ils sont pénalisés financièrement si un rendez-vous dure plus longtemps que ce qui est prévu au guide de facturation (Devlin et Sarma, 2008). La durée insuffisante des consultations est un obstacle important à la qualité des soins, particulièrement pour les patients atteints de maladies chroniques, qui ont besoin de rendez-vous plus longs (Barry et coll., 2010; Beaulieu et coll., 2013; Russell et coll., 2009; Storholm et coll., 2017).

Deux études ontariennes ont évalué l'efficacité de la RAA dans la prestation de soins aux patients diabétiques. Kiran, Victor, Kopp, Shah et Glazier (2014) ont rapporté que les patients de 40 ans et plus pris en charge par un médecin rémunéré par capitation utilisant une approche par équipe ou non étaient plus susceptibles de se faire prescrire les tests de suivi du diabète recommandés que les patients pris en charge par un médecin payé selon un modèle mixte de rémunération à l'acte. Les patients traités par un médecin rémunéré à l'acte seulement étaient les moins susceptibles de se faire prescrire les tests recommandés. Une autre étude de Liddy, Singh, Hogg, Dahrouge et Taljaard (2011), qui a évalué 82 cabinets de soins primaires dans l'est de l'Ontario a révélé que les Centres de santé communautaire où les médecins étaient payés au tarif horaire offraient de meilleurs soins pour le diabète comparativement aux cabinets utilisant la RAA.

Les autres modes de rémunération peuvent être avantageux pour les patients, par exemple en offrant un accès accru aux fournisseurs (Miedema et coll., 2016). Un autre avantage est que ces modes de rémunération peuvent soutenir la médecine de groupe multidisciplinaire (Brcic, McGregor, Kaczorowski, Dahrami et Verma, 2012) et les soins prodigués par une équipe (Clelland 2016). Les modèles de soins en équipe sont associés à une meilleure qualité de soins pour les maladies chroniques (Beaulieu et coll., 2014; Kiran, Kopp, Moineddin et Glazier, 2015; Tricco et coll., 2012).

Les nouveaux médecins expriment une préférence pour les modes de rémunération autres que la RAA. Un sondage auprès de 430 nouveaux médecins de famille en Colombie-Britannique a évalué le mode de rémunération favori de 133 répondants (Brcic et coll., 2012). La majorité des répondants (81 %) ont déclaré que le mode de rémunération influençait leurs décisions quant à l'avenir de leur pratique. Bien que certains aient noté que la RAA les motivait à travailler fort, 71 % d'entre eux préféraient les autres modes de rémunération parce qu'ils trouvaient qu'ils offraient de meilleurs soins aux patients, qu'ils amélioraient la qualité de leur vie professionnelle et qu'ils génèrent moins de frustration envers le système de facturation.

Fonctionnement de la rémunération à l'acte

Les structures de RAA varient d'une province à l'autre. Chaque consultation doit se voir associer un code de diagnostic et un code de service (Services aux médecins MD, 2012). Le code de **diagnostic** fait référence à la raison de la consultation ou de l'intervention médicale. La plupart des provinces utilisent un code à trois chiffres adapté de la Classification internationale des maladies. Le code de



service fait référence au type de service prodigué pendant une consultation. Les codes de services utilisés couramment par les médecins de famille sont notamment les consultations de routine, les examens complets, le counseling, les entrevues, les consultations prénatales, les suivis auprès des bébés, les visites à domicile et les consultations limitées. De plus, il est possible d'ajouter un code pour le lieu de prestation des services (Services aux médecins MD, 2012).

Les codes disponibles et les frais associés sont détaillés dans le guide de facturation publié par chaque province. Ces frais sont établis lors de négociations entre l'assureur provincial (p. ex. le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario) et l'association médicale provinciale (p. ex. l'Association médicale de l'Ontario). Les frais sont révisés périodiquement après quelques années.

Incitatifs à la prise en charge des maladies chroniques

Les incitatifs à la prise en charge des maladies chroniques (PCMC) sont une composante additionnelle du modèle de RAA dans toutes les provinces, sauf l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.). L'annexe G résume les codes de PCMC pour chaque province.

L'offre d'incitatifs supplémentaires aux médecins de premier recours peut favoriser leur disposition à traiter les patients atteints de maladies chroniques (Steele, Durbin, Sibley et Glazier, 2013). Les incitatifs peuvent aussi améliorer l'accès aux services dans les populations complexes ou désavantagées, puisque ces patients ont tendance à recourir surtout aux soins primaires pour répondre à leurs troubles de santé chroniques (Ferrer, 2007).

Le diabète est une maladie chronique pour laquelle il existe un code de facturation dans chaque province sauf l'Î.-P.-É. La prise en charge intégrée des soins pour le diabète en milieu de soins primaires a été associée à de meilleures issues pour les patients et à une réduction du risque de complications (Dusheiko, Doran, Gravelle, Fullwood et Roland, 2011; Laberge et Kone Pefoyo, 2016; McGovern et coll., 2008). Toutefois, la structure des programmes et la capacité à améliorer les soins du diabète diffèrent d'un programme de PCMC à l'autre (Campbell et coll., 2013). Une revue systématique d'essais randomisés réalisée par Shojania et coll. (2006) s'est intéressée à l'efficacité des programmes de PCMC pour le traitement du diabète et les a classés selon 11 stratégies distinctes. Dans l'ensemble, la plupart des programmes de PCMC ont amélioré la régulation glycémique chez les patients diabétiques, bien que certains aient été plus efficaces que d'autres. Une autre étude s'est penchée sur les effets des incitatifs financiers sur les traitements prescrits par les médecins de premier recours à leurs patients atteints d'hypertension, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou de diabète en Colombie-Britannique (Lavergne et coll., 2017). Les chercheurs ont observé une amélioration des issues chez les patients atteints d'hypertension, mais aucun changement significatif pour les patients atteints de BPCO ou de diabète.

La bonification des incitatifs financiers pourrait ne pas toujours résulter en une meilleure qualité de soins (Gavagan et coll., 2010; Kiran, Victor, Kopp, Shah et Glazier, 2012; Laberge et Kone Pefoyo, 2016). Town, Kane, Johnson et Butler (2005) ont évalué les effets des incitatifs financiers sur la prestation de soins préventifs par les médecins dans une revue systématique d'essais randomisés. Ils ont conclu que la plupart des interventions analysées montraient une association positive entre la prestation de soins préventifs et les incitatifs financiers. Bien que de petits incitatifs financiers ne semblent pas suffisants pour affecter les choix cliniques des médecins, les auteurs ont noté que des incitatifs importants pourraient être de meilleurs motivateurs (Town et coll., 2005).

Traitement des troubles liés à l'usage de substances

Seulement 4,5 % des médecins de famille canadiens pratiquent la médecine de la dépendance (Sondage national des médecins, 2013). Au Canada, la plupart des traitements des TLUS sont



prodigués par des médecins de premier recours qui ne sont pas des spécialistes. En raison de la complexité des TLUS, la prestation de soins primaires peut être difficile, et elle pourrait être encore plus complexe pour les personnes présentant des maladies chroniques concomitantes (Khan, 2017; Wu et coll., 2018).

La stigmatisation liée à l'usage de substances est un obstacle connu au traitement des TLUS (Stringer et Baker, 2015) et à la qualité des services offerts par les fournisseurs de soins de santé (Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel et Garretsen, 2013). Comme le vocabulaire employé peut influencer l'attitude et le comportement des médecins envers leurs patients (Goddu et coll., 2018), certains termes utilisés pour décrire l'usage de substances et les TLUS ont le potentiel de susciter des préjugés négatifs explicites (Ashford, Brown et Curtis, 2018). Une étude randomisée de vignettes cliniques menée par Goddu et coll. (2018) a cherché à déterminer si le langage stigmatisant dans le dossier médical d'un patient influençait la prise de décisions de médecins en formation et leur attitude envers le patient. L'étude a recruté 413 médecins en formation et a obtenu un taux de réponse de 54 %. Les conclusions de l'étude ont révélé que l'exposition à du langage stigmatisant était associée à une attitude généralement plus négative envers le patient et à une prise en charge moins énergique de la douleur (Goddu et coll., 2018).

Les personnes atteintes de TLUS sont généralement moins susceptibles de déclarer avoir besoin de soins (Meadows et coll., 2002; Sunderland et Findlay, 2013). Une étude d'Urbanoski, Inglis et Veldhuizen (2017) s'est intéressée à la recherche d'aide et à la perception des besoins non comblés pour les soins liés à l'usage de substances et à la santé mentale au Canada et a utilisé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, qui comptait 25 133 répondants. Les conclusions ont révélé que 65 % des personnes atteintes de TLUS n'avaient pas cherché à obtenir des services ou du soutien dans l'année précédant l'enquête. Les personnes qui ont choisi de chercher des soins étaient plus susceptibles d'utiliser des moyens informels. Les auteurs ont aussi noté que les besoins non comblés étaient plus prévalents chez les personnes atteintes de TLUS comparativement aux personnes présentant des troubles concomitants ou des troubles anxieux ou de l'humeur.

Les études ont montré que la PCMC peut améliorer la qualité de soins prodigués aux personnes dépendantes (Kim et coll., 2011), en plus d'améliorer les issues de la dépendance (Kim et coll., 2012). Par conséquent, un modèle de soins à long terme axé sur le patient pourrait mieux répondre aux besoins de cette population de patients (Saitz, Larson, LaBelle, Richardson et Samet, 2008).

Objectifs de l'étude

L'objectif global de cette étude était de décrire comment les médecins de famille rémunérés à l'acte travaillant en soins primaires utilisent les codes de facturation et les incitatifs offerts dans leur province pour traiter les patients atteints de TLUS. La rémunération à l'acte est le sujet principal de cette étude parce que c'est le mode de rémunération utilisé par la majorité des médecins de famille canadiens. Dans ce rapport, nous nous concentrerons sur la rémunération des médecins fournisseurs en tant que facteur systémique pouvant modifier les soins aux patients atteints de TLUS. Le diabète et la schizophrénie ont été inclus à des fins de comparaison. Le diabète a été choisi parce que la rémunération des médecins pour son traitement est bien appuyée par des incitatifs, et la schizophrénie, parce qu'il s'agit d'un trouble de santé mentale chronique.

Objectifs

- Décrire la connaissance, l'interprétation et l'utilisation des codes de facturation et des incitatifs au traitement des TLUS chez les médecins de famille au Canada;



- Analyser la perception des médecins des codes de facturation et des incitatifs actuels dans le but d'évaluer s'ils conviennent à l'offre de soins intégrés aux patients atteints de TLUS;
- Mettre en évidence les problèmes récurrents perçus par les médecins quant au système de RAA, tant à l'intérieur de chaque province qu'à l'échelle du pays;
- Mettre au point des solutions pour améliorer la rémunération du traitement des TLUS et encourager les médecins de famille à offrir ce type de soins.

Les résultats de cette étude visent à offrir aux décideurs et aux regroupements de médecins un portrait clair des soins aux patients atteints de TLUS prodigués par des médecins de famille canadiens rémunérés à l'acte et de cibler les défis liés à la prestation de soins intégrés, et d'offrir des solutions potentielles pour soutenir une meilleure prise en charge des TLUS en soins primaires.



Méthodologie

Pour cette étude, l'équipe a conçu une approche qualitative et interprétative et utilisé une méthode d'échantillonnage par choix raisonné pour recruter des médecins de famille dans les 10 provinces. À l'aide d'un guide d'entrevue, des entrevues téléphoniques individuelles ont été réalisées par un membre de l'équipe avec les 22 médecins sélectionnés. Des questions ouvertes et fermées ainsi que des questions semi-directives ont été élaborées pour obtenir un vaste éventail de données, y compris des données démographiques et le point de vue des participants. En raison de la nature sensible des questions sur la rémunération, les entrevues ont été menées individuellement afin d'assurer le respect de la vie privée, d'obtenir une compréhension complète des pratiques et de l'opinion de chaque médecin, et de recueillir des solutions de rechange pour améliorer le système actuel. Cette étude a reçu l'approbation éthique des Chesapeake Institutional Review Board Services.

Création du guide d'entrevue

En collaboration avec plusieurs médecins leaders, le CCDUS a créé un guide d'entrevue comportant 11 questions sur 5 domaines différents (voir l'annexe A) :

Questions 1 à 3 : Données démographiques (années d'expérience, milieu[x] de pratique)

1. Quel est votre poste actuel?
2. Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine en tant que [POSTE ACTUEL]?
3. Parlez-moi des milieux dans lesquels vous faites des consultations avec des patients en tant que [POSTE ACTUEL].

Questions 4 et 5 : Portée de la pratique (modes de rémunération pertinents, populations de patients)

4. Parlez-moi du mode de rémunération que vous utilisez.
5. J'aimerais vous poser des questions sur trois domaines de pratique : Travaillez-vous actuellement avec des patients atteints de [MALADIE CHRONIQUE CI-DESSOUS] dans le cadre de votre pratique?

Questions 6 et 7 : Pratiques de rémunération et connaissance de la facturation (comment les médecins sont-ils rémunérés pour le traitement des maladies chroniques pour chaque population de patients, comment les médecins ont-ils appris à faire la facturation, qui fait la facturation)

6. Expliquez-moi comment votre mode de rémunération fonctionne.
7. Parlez-moi de la formation que vous avez reçue sur les codes de facturation et les incitatifs.

Questions 8 à 10 : Évaluation et solutions potentielles (satisfaction ou insatisfaction par rapport aux codes de facturation et aux incitatifs, recommandations pour améliorer les soins)

8. Les [codes de facturation, incitatifs ou autres modes de rémunération] sont-ils structurés de façon à vous permettre de prodiguer les soins désirés à vos patients?
9. Changeriez-vous quelque chose aux codes de facturation pour l'usage de substances et la dépendance?
10. Selon vous, quel mode de rémunération inciterait les médecins à augmenter le volume de traitements chroniques des troubles liés à l'usage de substances?

Question 11 : Invitation à formuler des commentaires et des recommandations supplémentaires

11. C'était ma dernière question pour vous. Y a-t-il quelque chose que vous vouliez mentionner, mais que nous n'avons pas abordé, ou que vous n'avez pas eu la chance de me dire? Avez-vous des questions?



Mise à l'essai du guide d'entrevue

Trois entrevues tests ont été réalisées avec une version préliminaire du guide d'entrevue pour vérifier la validité des questions, la faisabilité et l'acceptabilité du processus de consentement oral, l'acceptabilité de la longueur de l'entrevue, l'exhaustivité de l'entrevue ainsi que la qualité des enregistrements audio. Tous les participants au test ont trouvé les questions valides, la longueur de l'entrevue acceptable et le processus de consentement oral faisable et acceptable. Deux participants au test ont recommandé d'envoyer aux participants le guide d'entrevue et le formulaire de consentement avant l'entrevue pour qu'ils puissent les lire. À la suite des commentaires d'un participant sur le manque de formation officielle sur la facturation, le guide d'entrevue a été modifié pour ajouter une question (question 7) sur la formation officielle et continue des participants en matière de facturation. Les enregistrements audio pour les entrevues tests étaient de piètre qualité, ce qui a poussé l'équipe à recourir aux services d'une agence d'audioconférences externe pour les autres entrevues, ce qui a permis d'obtenir une excellente qualité sonore pour les autres fichiers. Le guide d'entrevue a été modifié et finalisé (annexe A).

Stratégie de recrutement

Les médecins de famille offrant des soins intégrés en contexte communautaire dans l'une des 10 provinces ont été ciblés lors du recrutement. Les médecins exerçant dans les territoires ont été exclus parce que la plupart d'entre eux ne sont pas rémunérés à l'acte. La cible de recrutement était de quatre médecins par province afin d'obtenir des points de vue diversifiés et d'assurer le respect de l'échéancier. Le courriel a été le principal moyen de communication pour le recrutement. Nous avons aussi utilisé Twitter et les appels téléphoniques. Le CCDUS a mis à profit ses relations avec des partenaires comme la Société médicale canadienne sur l'addiction, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, ainsi que plusieurs associations médicales provinciales, personnes-ressources dans les provinces et participants à des études pour recruter des participants en les invitant par courriel (annexe B). Dans certaines provinces, une diffusion supplémentaire a suivi la première étape de recrutement. (Voir l'annexe D pour une liste complète des organisations contactées pour la diffusion de l'invitation.)

L'équipe a demandé l'aide de 40 organisations pour mobiliser les médecins de famille de leur réseau. Au total, 29 médecins ont exprimé leur intérêt envers l'étude et 22 ont été recrutés et ont réalisé l'entrevue. Les sept participants qui n'ont pas été retenus ou interviewés n'étaient pas disponibles pour une entrevue, n'ont pas répondu au moment prévu de l'entrevue ou n'étaient plus nécessaires puisque le nombre maximal de participants par province (4) avait été atteint.

Répondants

Vingt-deux médecins de famille provenant des 10 provinces ont participé aux entrevues téléphoniques entre octobre 2017 et mars 2018. Les entrevues ont duré de 16 à 58 minutes, avec une durée moyenne de 32 minutes.

Procédure

Les participants ont reçu deux documents par courriel avant l'entrevue : le guide d'entrevue (annexe A) et le formulaire de consentement oral (annexe C). Comme l'étude présentait un risque minimal et que l'équipe de recherche n'était pas en mesure de mener les entrevues en personne, une dérogation au consentement écrit a été demandée pour utiliser plutôt un consentement oral obtenu par script téléphonique. Le consentement oral et l'entrevue ont été réalisés lors du même appel à une date et à un moment choisis par le participant.



Tous les participants ont consenti à être cités. L'un des participants a demandé qu'une petite partie de l'entrevue ne soit pas citée parce qu'elle contenait des renseignements permettant de l'identifier. L'équipe de recherche a noté cette demande pendant l'enregistrement de l'entrevue, dans la transcription et dans tout le matériel d'analyse généré à partir de celle-ci.

Deux entrevues ont été interrompues momentanément, l'une par une mauvaise connexion téléphonique et l'autre, parce que le participant avait une rencontre prévue pendant l'entrevue. Les deux entrevues ont été reprises et terminées dans la même heure. Un troisième participant n'était disponible que pour 15 minutes en raison d'un conflit d'horaire qu'il lui était impossible de déplacer. Par conséquent, la personne menant cette entrevue a omis trois questions (questions 7, 8 et 9).

À la fin de l'entrevue, tous les participants ont été invités à approfondir leurs réponses, à fournir d'autres commentaires et à mentionner des problèmes ou des inquiétudes que les questions n'avaient pas permis d'aborder. Tous ont exprimé leur satisfaction quant à l'exhaustivité de l'entrevue. Plusieurs ont demandé s'ils recevraient les conclusions ou une copie de la publication. Les participants ont été informés qu'ils recevraient une copie du rapport.

Analyse des données

Les entrevues ont été analysées par théorisation ancrée, une méthode inductive, pour relever les thèmes récurrents dans les entrevues (Corbin et Strauss, 2015). L'analyse thématique inductive permet d'interpréter les données plutôt que de les utiliser pour étayer des conceptions théoriques antérieures, ce qui se produit lorsqu'on utilise une approche déductive (Patton, 2002). Tous les aspects de cette analyse ont été gérés au moyen du logiciel NVivo 10.

Pour créer le guide de codification, deux membres de l'équipe ont réalisé indépendamment une première codification de trois entrevues en ciblant de courts segments des transcriptions qui correspondaient aux domaines et aux questions du guide d'entrevue. Ils ont ensuite fait une comparaison ligne par ligne de leurs choix de codification, ont éliminé les disparités et ont fait une seconde codification comportant de nouveaux codes parents et enfants. Un troisième membre de l'équipe a passé en revue le guide de codification avant sa finalisation. En utilisant le guide de codification final, deux membres de l'équipe ont codé indépendamment chaque entrevue, pour ensuite comparer leurs choix de codification. Tous les membres de l'équipe se sont rencontrés pour définir les thèmes et choisir des citations pertinentes à l'aide d'une approche itérative.

L'équipe a légèrement modifié les citations des participants pour la clarté et la concision. Les trois questions (questions 8, 9 et 10) qui invitaient les participants à exprimer leur opinion sur la rémunération pour le traitement des maladies chroniques ont généré des réponses détaillées et riches en contenu évalué. Elles ont fourni la majorité du matériel pour l'analyse thématique et la majorité du contenu pour les solutions potentielles.



Résultats

Participants à l'étude

L'équipe a réalisé vingt-deux entrevues avec des médecins de famille issus des 10 provinces et recrutés par échantillonnage par choix raisonné. La figure 1 illustre le nombre de participants par province. Dans quatre provinces (Québec, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador), l'équipe n'a pu recruter qu'un seul participant. De deux à quatre personnes ont été recrutées dans les six autres provinces. Les participants avaient en moyenne 14,5 ans d'expérience (allant de quatre mois à 40 ans d'expérience); 64 % d'entre eux occupaient plus de deux rôles différents (p. ex. consultant, médecin de famille, médecin exerçant en milieu hospitalier, spécialiste en médecine de la dépendance, etc.) et 55 % d'entre eux travaillaient dans plus d'un milieu (p. ex. en hôpital, dans un centre autre, en clinique communautaire, en cabinet privé). La majorité des participants ont déclaré que leur principal milieu géographique était urbain (64 %), et le reste des répondants étaient répartis entre la banlieue et le milieu rural (18,2 % chacun). Six participants (27,3 %) ont déclaré travailler dans plus d'un contexte géographique (p. ex. urbain et nordique ou éloigné). Les participants qui traitaient des patients aux prises avec des TLUS mentionnaient le plus souvent les opioïdes, l'alcool et le cannabis. Le tableau 1 résume les caractéristiques des participants.

Figure 1. Répartition des participants, par province

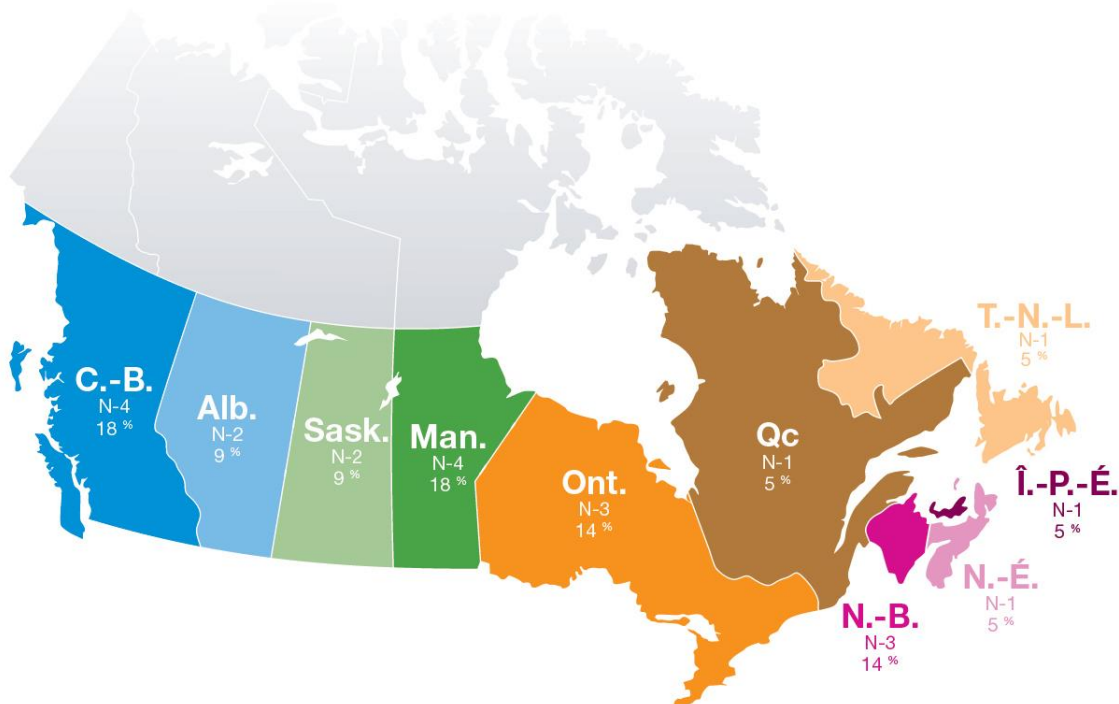




Tableau 1. Caractéristiques des patients

	Nombre (%) n = 22	Intervalle
Sexe	Femme : 14 (64 %) Homme : 8 (36 %)	---
Années d'expérience	0 à 10 ans : 11 (50,0 %) 11 à 20 ans : 4 (18,2 %) 21 à 30 ans : 4 (18,2 %) 31 ans et plus : 3 (13,6 %)	4 mois à 40 ans
Nombre de rôles	1 rôle : 8 (36,4 %) 2 rôles : 6 (27,3 %) 3 rôles : 5 (22,7 %) 4 rôles : 3 (13,6 %)	1 à 4 rôles (p. ex. consultant, médecin de famille, médecin exerçant en milieu hospitalier, spécialiste en médecine de la dépendance, etc.)
Milieu géographique (choisi comme milieu principal)	Urbain : 14 (63,6 %) Banlieue : 4 (18,2 %) Rural : 4 (18,2 %) Nordique ou éloigné : 0	---
Nombre de milieux de travail	1 milieu : 10 (45,4 %) 2 milieux : 7 (31,8 %) 3 milieux : 3 (13,6 %) 4 milieux : 2 (9,1 %)	1 à 4 milieux (p. ex. en hôpital, dans un centre autre, en clinique communautaire, en cabinet privé)

Modes de rémunération

Sept participants (32 %) étaient uniquement rémunérés à l'acte. Dix (45 %) étaient rémunérés à l'acte et par un autre mode de rémunération (salarier, à la séance, horaire ou autre financement provincial). Les cinq participants restants (23 %) étaient rémunérés principalement par d'autres modes de facturation (salarier, à la séance ou horaire), mais faisaient de la facturation *pro forma* en utilisant les codes de facturation pour chaque consultation, qu'ils envoient ensuite au payeur provincial. Le tableau 2 décrit les modes de rémunération des participants.

Tableau 2. Modes de rémunération des participants

	À l'acte	Facturation <i>pro forma</i>	Horaire	Quotidienne	Salarier	À la séance	Allocation	Autre
001-N.-É.		✓						
002-C.-B.	✓							
003-Ont.	✓							✓
004-Ont.	✓			✓				
005-C.-B.	✓							
006-C.-B.	✓							
007-Sask.	✓							
008-Man.	✓	✓	✓					



	À l'acte	Facturation <i>pro forma</i>	Horaire	Quotidienne	Salarié	À la séance	Allocation	Autre
009-Man.		✓				✓		
010-C.-B.	✓					✓		
011-Man.		✓	✓					
012-T.-N.-L.	✓				✓			
013-Alb.	✓							
014-Alb.	✓							✓
015-Man.	✓							
016-Î.-P.-É.		✓			✓			
017-N.-B.	✓				✓	✓		
018-N.-B.	✓							
019-N.-B.	✓							✓
020-Qc	✓		✓					
021-Ont.	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
022-Sask.		✓						

Légende

RAA seulement	N	%
Mode de rémunération autre incluant la facturation <i>pro forma</i>	7	32
RAA et un ou plusieurs modes de rémunération autres	5	23
TOTAUX	10	45
	22	100

Thèmes

L'équipe de recherche a fait ressortir cinq thèmes des propos des participants. Ces thèmes mettent l'accent sur les avantages et les défis du traitement des patients atteints de TLUS et d'autres maladies chroniques (diabète, schizophrénie et autres troubles de santé mentale) en utilisant les codes de facturation de la RAA :

1. Les patients atteints de TLUS présentent des cas complexes sur les plans médical et social.
2. Le travail lié au traitement des patients atteints de TLUS est invisible et n'est pas toujours facturable.
3. La formation officielle sur la facturation et le soutien sont de faible qualité.
4. La RAA n'est pas structurée de manière à soutenir complètement le traitement des TLUS.
5. La RAA est source de tensions et de dilemmes éthiques.

Ces cinq thèmes regroupent des éléments de quatre niveaux d'analyse : 1) la population de patients atteints de TLUS; 2) la connaissance et les pratiques des médecins quant aux codes de facturation; 3) la capacité provinciale et les caractéristiques des codes de facturation (y compris la formation); et 4) la RAA en tant que principal mode de rémunération des médecins de famille canadiens.



Thème 1 : Les patients atteints de TLUS présentent des cas complexes sur les plans social et médical

Selon les participants, la caractéristique la plus marquante des patients atteints de TLUS est la complexité de leurs antécédents sociaux et médicaux. Cette complexité se manifeste de nombreuses façons en contexte clinique. Les patients peuvent aborder plusieurs problèmes pendant une même consultation. Ils peuvent avoir de la douleur chronique ou des troubles de santé mentale sous-jacents et présenter plus d'un type de TLUS, ou encore manquer de soutien social ou ne pas avoir de famille stable. Enfin, ils peuvent être sans-abri ou avoir des antécédents d'incarcération ou de chômage.

La rémunération à l'acte s'adapte difficilement à cette complexité. Par exemple, les codes de service pour une consultation en cabinet habituelle réservent trop peu de temps pour aborder adéquatement tous les problèmes dont le patient voudrait traiter, même avec l'ajout de modificateurs. Le médecin devra peut-être procéder à un examen physique pour chercher des signes d'injection de drogue, même si ce n'était pas prévu. Une médecin interviewée l'a expliqué ainsi :

La réalité est qu'il n'est pas possible [d'offrir un traitement des TLUS] avec la rémunération à l'acte parce qu'il n'existe pas de code de facturation représentant adéquatement la complexité de cette population ainsi que son instabilité. (008-Man.)

Les participants ont mentionné qu'il peut être difficile pour les médecins de classer les TLUS à la facturation parce qu'ils peuvent présenter simultanément plusieurs étiologies et que les patients présentent des comorbidités. Les participants avaient tous une définition différente du TLUS : un problème de douleur chronique, un trouble de santé mentale ou une manifestation de détresse émotionnelle. Ces représentations diverses du TLUS reflètent les différentes étiologies de la maladie et les caractéristiques démographiques variées de cette population de patients. Il en résulte donc des couches de complexité qui compliquent le choix de codes de facturation appropriés :

Certaines personnes ont seulement un trouble lié à l'usage de substances, et d'autres souffrent de douleur chronique et développent ensuite un trouble lié à l'usage de substances. (018-N.-B.)

À la première consultation, même si on ne facture pas de psychothérapie, on finit par faire un examen physique assez complet parce qu'on cherche des marques d'injection et qu'on veut s'assurer qu'il n'y a pas de signe évident de consommation de drogues par intraveineuse, même si le patient le nie. (015-Man.)

La plupart des gens qui se présentent en cabinet sont là pour des problèmes de douleur chronique ou d'anxiété, et beaucoup de ces troubles sont liés à la dépendance. (009-Man.)

La différence est parfois très subtile entre un patient présentant de la douleur chronique et un patient dépendant. Par exemple, le patient dépendant peut l'être devenu à la suite d'un traitement pour la douleur chronique, et c'est là qu'ils deviennent des patients très très compliqués. (012-T.-N.-L.)

En raison de la stigmatisation liée aux TLUS, les patients peuvent ressentir de la culpabilité et de la honte, ce qui peut nuire au respect des rendez-vous. Certains patients présentent des altérations cognitives et des troubles cognitifs découlant de leur usage de substances, ce qui peut altérer leurs aptitudes pour la prise de décisions et la gestion du temps. Ce sont là des obstacles potentiels à la recherche d'aide et à l'adhésion au plan de traitement. Les participants ont dit du taux d'absentéisme élevé de ces patients, qui peut atteindre 20 à 30 %, qu'il s'agit de l'un des grands défis de leur



pratique. Dans un mode de rémunération à l'acte, un médecin n'est payé que s'il rencontre le patient. Le risque d'absence inhérent à cette population peut forcer les médecins soit à surcharger leur horaire, soit à perdre des heures facturables si le patient est absent. Les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous peuvent aller bien, mais ils peuvent aussi être en crise. Le manque de constance et les inconnues peuvent compliquer la planification à long terme des soins :

C'est une population de patients aux besoins complexes et très nombreux. Ça peut se traduire par des personnes qui ne se présentent pas à leur rendez-vous. Il faut donc surcharger l'horaire en espérant obtenir une journée pleine. Mais alors, [on] risque d'avoir trop de patients et de sentir qu'on n'a pas assez de temps pour s'occuper de chacun, alors qu'il s'agit d'une population de patients qui a besoin qu'on lui consacre beaucoup de temps. Ou on essaie de réserver une journée normale et on risque que certaines personnes ne se présentent pas, et ça devient difficile à soutenir financièrement à long terme. (004-Ont.)

J'ai une famille de patients dont la mère a d'importants problèmes d'abus de substances et où il y a eu beaucoup d'épisodes d'incarcération. Le père a fait de la prison, la mère aussi, il y a trois enfants aux besoins complexes et ils ne se présentent pas 70 % du temps. Mais je ne veux pas arrêter de leur donner des rendez-vous parce que je crois que les enfants en ont vraiment besoin. Si j'étais vraiment préoccupée par le taux d'absentéisme de mon cabinet, je les aurais peut-être laissés tomber parce qu'ils ont probablement manqué 100 rendez-vous. Mais je ne crois pas que ce serait la bonne stratégie de soins pour cette famille. (016-Î.-P.-É.)

Thème 2 : Le travail lié au traitement des patients atteints de TLUS est invisible et n'est pas toujours facturable

Un défi important pour les médecins utilisant les codes de facturation est l'obtention d'une rémunération adéquate pour le temps passé à traiter les patients atteints de TLUS :

Je travaille de longues heures pour tout mettre en place pour ces patients, et je ne peux même pas le facturer. (013-Alb.)

Il se passe beaucoup de choses avec cette population de patients qui ne sont pas facturables et qu'on ne peut indiquer nulle part. Donc la seule chose qu'on facture est le contact direct médecin-patient. (004-Ont.)

On passe souvent beaucoup de temps additionnel à appeler la pharmacie et à parler aux autres intervenants impliqués. C'est particulièrement vrai pour les personnes en traitement de substitution aux opioïdes : on fait beaucoup d'appels aux pharmacies et de gestion des horaires de distribution des médicaments. (008-Man.)

Le principal aspect qui nous frustre, moi et mes collègues, c'est le temps clinique passé en dehors d'une consultation. Au téléphone avec le patient ou les membres de sa famille, au téléphone avec des conseillers. Le temps passé à chercher un spécialiste quand quelqu'un doit être vu d'urgence. Ce n'est enregistré nulle part. (016-Î.-P.-É.)

Une distinction importante faite par une participante est celle entre le travail lié aux procédures et le travail lié aux communications. Le travail lié aux procédures faisait pour elle référence au travail effectué par le médecin pendant la consultation en personne. Quant au travail lié aux communications, il désignerait ce que fait le médecin pour le patient en dehors de la consultation :



Nous ne sommes pas assez payés pour certaines actions qui demandent des conversations et des interactions avec les patients. C'est un problème relatif aux codes de consultation et aux codes de communication qui perdure depuis plusieurs années. (O14-Alb.)

Les participants ont déclaré qu'une grande partie du travail qu'ils font et qui est essentiel à des soins intégrés se produit une fois la consultation terminée. Ce travail est invisible parce qu'il n'est pas considéré comme étant lié aux procédures et qu'il n'est habituellement pas compris dans les codes de facturation.

Le travail lié à la communication est pourtant une partie importante du travail invisible et non facturable que les médecins font pour les patients atteints de TLUS. Les appels téléphoniques constituent la plus grande partie du travail non facturable. Les médecins de famille qui traitent cette population passent du temps après la consultation à appeler des pharmacies, à parler à d'autres professionnels de la santé qui traitent aussi le patient, à faire des réunions de cas, à parler à des membres de la famille ou à chercher un spécialiste lorsque le patient doit être vu d'urgence. Les médecins qui soignent les patients en traitement de substitution aux opioïdes font de nombreux appels à la pharmacie pour planifier l'horaire de distribution des médicaments. Ces appels comprennent des consultations auprès d'autres médecins. Dans six provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Québec), les médecins de famille peuvent facturer les appels téléphoniques faits à d'autres médecins. Par contre, chaque province a ses propres critères d'admissibilité pour ces codes (p. ex. seules les consultations de certains spécialistes s'appliquent, ou il faut documenter l'appel). Ainsi, ce ne sont pas toutes les consultations par téléphone qui sont admissibles au remboursement. Ce problème d'admissibilité devient une contrainte lorsqu'un médecin de famille ayant de l'expérience avec cette population de patients est le seul à exercer dans sa communauté ou dans une grande région de la province.

Les participants ont exprimé de la frustration au-delà de la question du temps non facturable. Ils ont observé qu'offrir des soins à cette population requiert un niveau d'énergie élevé considérant la rémunération offerte. L'énergie qu'ils mettent à ces soins n'est pas toujours visible :

Je trouve que l'énergie mentale et le temps que nous investissons ne sont vraiment pas reconnus. On a cette réflexion : « Après cinq jours comme ça, c'est tout ce que j'ai? »
(O15-Man.)

On rentre à la maison et on continue à lire à propos de ces patients. Ils ne sont pas seulement un élément d'une liste, ou un autre nom dans mon horaire. Je pense à ces personnes. Je les ramène à la maison. Je réfléchis à leur cas. Et je dois faire des recherches pour eux. (O15-Man.)

L'expertise des médecins auprès de cette population n'est pas toujours reconnue. Un participant a comparé les médecins de famille aux généralistes qui offrent des soins spécialisés, mais qui sont rémunérés comme des généralistes. Bien que leur expertise des soins pour cette population soit essentielle pour patients et à la société canadienne, elle n'est pas reconnue par les codes de facturation :

Je pense qu'on doit reconnaître que ces patients présentent des besoins complexes, et je crois qu'à long terme, on doit rendre la rémunération pour le traitement de ces patients équivalente à la rémunération qu'obtiennent certains de nos collègues pour le travail spécialisé qu'ils font. (O14-Alb.)



Ça me dérange que nous ne soyons pas payés aussi bien que d'autres spécialités, surtout si on considère que le travail que nous faisons est très important, et qu'en plus de changer la vie de nos patients, il pourrait aussi engendrer des retombées à l'échelle de la société si nous arrivons à aider nos patients à redevenir des membres actifs de la société. (009-Man.)

Thème 3 : La formation officielle sur la facturation et le soutien sont de faible qualité

Une facturation juste est essentielle à la poursuite du travail des médecins rémunérés à l'acte parce qu'elle génère des revenus permettant de couvrir les dépenses liées au cabinet et aux salaires. Elle permet aussi aux médecins de tirer pleinement parti des incitatifs offerts pour les soins aux patients présentant des maladies complexes. Toutefois, de nombreux participants ne se sentaient pas prêts à faire de la facturation après leur résidence ou ont découvert que leurs pratiques de facturation n'étaient pas toujours bien soutenues une fois qu'ils ont commencé à travailler :

Honnêtement, je ne sais pas vraiment comment facturer. J'engage une compagnie pour le faire parce que je sais que ce serait impossible pour moi. (001-N.-É.)

On ne reçoit jamais de rétroaction [sur la facturation pendant la formation]. Le seul moment où j'ai reçu de la rétroaction sur ma facturation, c'est quand je travaillais dans une salle d'urgence à Hawkesbury. Le chef du département avait une vision très efficace de la facturation. Il nous donnait une feuille pleine de données anonymisées et nous donnait nos résultats pour nous montrer comment on facturait comparativement à nos collègues. (003-Ont.)

Il existe une organisation appelée la Society of General Practitioners of BC. C'est comme une division de Doctors of BC, notre association provinciale. Leur site Web est une excellente ressource pour les médecins de famille. Il explique toutes les méthodes de facturation et la façon de faire, donc je l'utilise beaucoup. (010-C.-B.)

Quand on leur a demandé s'ils avaient reçu une formation officielle sur la facturation, la plupart des répondants ont dit non. Dans notre échantillon, seulement 31,8 % des participants ont déclaré avoir reçu de la formation officielle sur la facturation, que ce soit à l'école de médecine (4,5 %) ou pendant leur résidence (27,3 %). Une participante a parlé des différences dans la formation reçue par les médecins pendant leur résidence :

Il y a très peu de formation officielle. L'autre problème, c'est que la plupart des médecins de famille sont formés dans de grands centres universitaires, à moins qu'ils soient résidents en milieu communautaire ou rural. À cause de la façon dont les médecins d'un centre universitaire sont rémunérés, ils sont notoirement mauvais en facturation. L'expérience d'apprentissage de la facturation des médecins varie donc grandement. (003-Ont.)

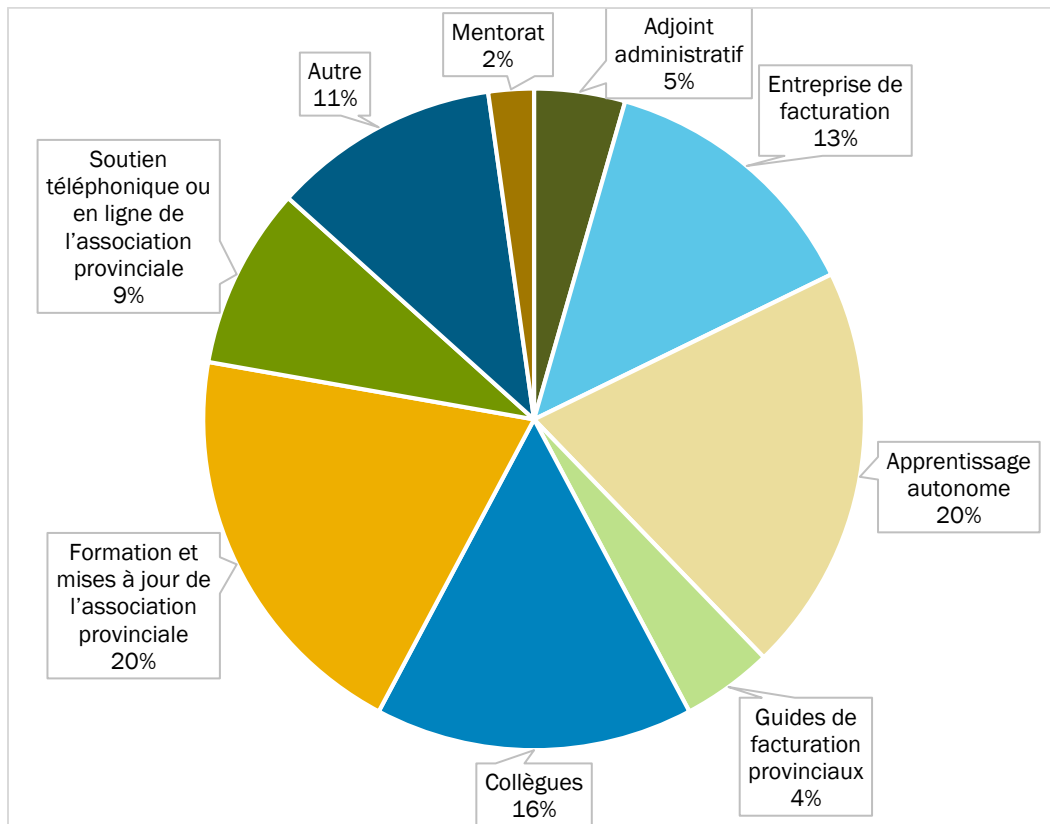
Les participants ont dit avoir commencé à exercer sans avoir acquis d'expérience en facturation, surtout pour les maladies chroniques. En raison de la complexité des cas des patients atteints de TLUS et de l'absence de codes particuliers pour leur traitement dans la plupart des provinces, les participants ont appris à improviser dans leurs pratiques de facturation en utilisant des combinaisons de codes pour couvrir la durée de la consultation ou en utilisant des codes existants (p. ex. les codes de counseling ou de psychothérapie) qui ne correspondent pas toujours aux soins qu'ils ont prodigués à ces patients.



La formation limitée en matière de facturation offerte dans les écoles de médecine et pendant la résidence affecte la gestion de l'aspect monétaire de la médecine de plusieurs façons. La plupart des participants ont appris à facturer « sur le tas ». Ils ont décrit avoir « appris comme ça venait » et « être partis de rien ». Certains ont appris la facturation de leurs collègues après avoir commencé à exercer. D'autres, particulièrement les participants plus âgés, ont appris par eux-mêmes. Ils se fient depuis des décennies aux guides de facturation provinciaux comme ressource principale. Malgré tout, d'autres, comme la participante du Québec, ont mentionné qu'ils ne consultent pas leur guide de facturation parce qu'il est trop compliqué. Le guide de facturation n'est pas nécessairement une ressource gratuite. Une participante a mentionné que les médecins de sa province doivent s'abonner pour obtenir le guide et les mises à jour annuelles. Il y a un autre coût à apprendre soi-même la facturation : les participants le font pendant leurs temps libres. Une participante qui venait tout juste de commencer à exercer a dit qu'elle apprendrait comment facturer pendant les vacances de Noël.

Les médecins ont besoin d'être tenus au courant des modifications aux structures de rémunération par la formation continue. Les participants ont révélé leurs trois principales sources de formation sur la facturation : formations et mises à jour de l'association provinciale (20 %), apprentissage autonome (20 %) et collègues (16 %); voir la figure 2.

Figure 2. Sources de formation continue



Les participants à l'étude ont identifié leur association médicale provinciale comme principale source d'information sur les mises à jour et de soutien en temps réel pour des codes précis. Les associations médicales offrent des séances de formation continue (séminaires occasionnels d'une ou deux heures sur la facturation), des envois postaux généraux, des infolettres et un soutien en ligne et par téléphone. Les participants étaient partagés quant à la qualité de ces ressources. Un



participant de la Colombie-Britannique a qualifié de pratique exemplaire un modèle de formation continue qui rémunère les médecins pour leur participation. Par contre, la majorité des participants ont trouvé que les ressources offertes étaient inadéquates ou source de frustration. Un participant a dit que le site Web provincial offrait un excellent soutien, mais qu'il était uniquement accessible moyennant un abonnement de 500 \$. Une autre a dit que les séminaires de formation continue auxquels elle avait assisté ne s'étaient pas attardés à la facturation pour les maladies chroniques et les soins en santé mentale. Un troisième participant a mentionné qu'il en connaissait plus sur la facturation du traitement des TLUS que les représentants de l'assurance maladie provinciale travaillant au service de renseignement par téléphone.

3.1. Qui effectue la facturation?

Les participants gèrent le travail de facturation de différentes manières. Dans notre échantillon, 12 participants (54,5 %) se chargeaient eux-mêmes de leur facturation, 5 (22,7 %) comptaient sur un agent de facturation ou un adjoint administratif pour le faire et 4 (18,2 %) utilisaient une entreprise de facturation privée. Un participant (4,6 %) ne s'est pas fait poser la question et n'a pas fourni spontanément cette information.

En ce qui a trait à leur capacité à faire la facturation, les participants ont donné des réponses variées quant à leurs connaissances et à leur niveau de confiance. Une participante qui avait seulement quatre mois d'expérience a dit : « Je fais ma propre facturation et je sors tout juste de l'école. Je n'ai même pas eu le temps de suivre les cours en ligne et les formations supplémentaires pour me familiariser avec ce que je peux faire. » (006-C.-B.)

En revanche, les participants qui avaient assigné la facturation à leurs employés ou à une entreprise externe étaient plus confiants :

Tous les codes sont déjà dans le système de facturation de notre DME [dossier médical électronique], ce qui est fort pratique. C'est mon équipe qui s'en occupe. Je ne pourrais pas vous dire le code pour une consultation en cabinet parce que mon équipe s'en occupe pour moi. Je sais qu'ils mettent tout à jour quand il y a des changements ou de nouveaux diagnostics. Un nouveau membre de mon équipe m'a posé une question cette semaine sur un code. Elle se demandait si je connaissais le code pour cette action, mais elle l'a trouvé et l'a saisi dans le système. (019-N.-B.)

J'ai une personne merveilleuse qui connaît tout de [la facturation]. C'est une bonne chose parce qu'on ne reçoit pas beaucoup de formation à ce sujet. Je peux vous dire ce qui se passe actuellement pour les résidents. Cette personne merveilleuse qui s'occupe de la facturation, elle leur donne environ une heure de formation par année. Avant qu'ils ne terminent leur résidence et ne commencent à pratiquer, elle s'assoit avec eux et leur explique la facturation. Je ne crois pas que j'aie eu de formation officielle ou d'instructions sur les [codes de facturation]. J'en discute simplement avec cette personne qui sait tout. (020-Qc)

3.2. Défis et obstacles à la facturation du travail accompli

Les participants qui faisaient leur propre facturation ont parlé d'une activité frustrante demandant beaucoup de temps. Certains ont dit qu'ils ne savaient pas s'ils pouvaient utiliser certains codes dans leurs soins aux patients atteints de TLUS. D'autres ont mentionné qu'ils savaient que la province refuserait leur demande pour certaines tâches. Il s'agissait donc d'obstacles à leur travail de traitement des TLUS :



Ce qui se passe réellement, c'est que, parce que la facturation demande tant de travail et parce qu'on sait qu'on sera audité, personne ne le facture. (012-T.-N.-L.)

Je suis sûre que chaque semaine, chaque médecin passe au moins deux heures à tenter de faire sa facturation, et c'est pourquoi on ne s'embête pas à tout ajuster. (013-Alb.)

Plusieurs participants ont mentionné qu'ils avaient constaté des différences entre les guides de facturation provinciaux et les décisions de l'assurance maladie quant à leurs réclamations. Les réclamations refusées par l'assurance maladie sont devenues du temps non rémunéré pour les participants qui font leur propre facturation. Certains ont dit qu'ils avaient pris l'habitude de ne pas facturer certains services offerts à leurs patients atteints de TLUS, comme la psychothérapie, parce que l'assurance maladie refuse leurs réclamations :

Ça devient une question de savoir ce que l'assurance maladie va tolérer. C'est ce qu'on sait qui sera audité. L'assurance maladie a une personnalité : après un certain temps, on finit par la connaître, et on sait ce qu'on peut faire, ce qui est acceptable et ce qui sera refusé. (017-N.-B.)

3.3. Faire preuve d'inventivité dans l'attribution de codes pour la psychothérapie et le counseling

La consultation rémunérée habituelle dure de 15 à 20 minutes dans la plupart des provinces. En raison de la courte durée de ces rencontres et de la complexité des cas des patients présentant des maladies chroniques, la plupart des participants ont mentionné les codes de psychothérapie et de counseling comme étant les ressources de facturation les plus importantes pour ajouter du temps aux rendez-vous et pour être rémunérés pour les soins prodigués aux patients atteints de TLUS.

Certains participants étaient d'avis que les codes de psychothérapie et de counseling étaient d'excellentes ressources ne comportant pas de limite d'utilisation et ils ne rencontraient aucun obstacle au remboursement des réclamations soumises à l'aide de ces codes. Un participant de l'Alberta a dit qu'il se sentait chanceux de pouvoir utiliser le code de psychothérapie aussi souvent qu'il le désirait et qu'il comprenait que ce n'était pas le cas dans d'autres provinces. La participante de l'Î.-P.-É. était satisfaite de la possibilité d'utiliser des codes de psychothérapie et de promotion de la santé ainsi que de la façon dont l'assurance maladie traite ses réclamations.

Par contre, d'autres ont décrit une certaine ambiguïté dans le remboursement des réclamations pour les codes de counseling et de psychothérapie par l'assurance maladie provinciale. Dans les prochains paragraphes, nous présentons quatre limites à l'utilisation de ces codes, comme les participants les ont décrites.

Complexité des patients : Bien que les codes de psychothérapie offrent la possibilité d'ajouter du temps facturable à un rendez-vous, ce code ne rend pas nécessairement compte de la complexité du cas du patient. En d'autres mots, les patients pourraient avoir besoin de soins au-delà du temps ajouté à la rencontre par le code « psychothérapie » :

Je ne crois pas que la complexité est toujours bien englobée par les 30 minutes de psychothérapie parce que je ne suis pas simplement assise là à faire de la psychothérapie pendant 30 minutes. Je ne prétendrai pas que c'est ce que je fais juste pour le facturer. Alors, qu'est-ce qu'on fait? On passe encore du temps, mais on ne facture pas nécessairement ce counseling. C'est là que ça devient un peu plus mélangeant sur le plan de la facturation. (015-Man.)



Limites liées au revenu : Les participants ont ciblé une deuxième limite en lien avec les montants associés aux codes. Les codes de psychothérapie et de counseling n'offrent peut-être pas plus de revenus aux médecins dans certaines provinces. Par exemple, deux participants du Nouveau-Brunswick ont dit qu'ils n'utilisaient pas les codes de counseling pour les patients atteints de TLUS parce qu'ils donnent le même montant ou moins qu'une consultation habituelle.

Aisance à offrir du counseling : La troisième limite mentionnée par les médecins concerne leur aisance à offrir du counseling à leurs patients. Le counseling à court terme fait partie des soins primaires, et les médecins de famille l'offrent habituellement à leurs patients. Ils ne se sentent toutefois pas toujours à l'aise de le faire avec les patients atteints de TLUS. Certains participants ont soutenu qu'ils n'étaient pas formés pour offrir ce type de service :

En tant que médecin, je ne suis pas formée pour faire de la psychothérapie. Je ne facture que rarement ce genre de diagnostic. Et ce n'est pas mon travail. Les médecins qui sont à l'aise là-dedans le facturent peut-être plus souvent. (O11-Man.)

Je dirais que ça manque pour les soins en santé mentale. Le fait d'ajouter un peu d'argent et de dire qu'on a quatre séances de counseling, ça n'aide pas vraiment. Je crois que l'idée était d'essayer d'améliorer l'accès au counseling, mais nous ne sommes pas formés pour le faire, donc c'est une solution futile selon moi. (O10-C.-B.)

Interprétation des codes de facturation : Une quatrième limite relevée par les participants est la difficulté de respecter à la lettre les codes de psychothérapie tels qu'ils sont décrits dans les guides de facturation. Les participants constatent des différences entre l'interprétation par l'assurance maladie des codes de psychothérapie et le travail accompli. Le participant de Terre-Neuve-et-Labrador a décrit ces défis et comment les politiques du guide de facturation ne correspondaient pas au paiement :

Ce qu'ils cherchent principalement (on ne le sait qu'après avoir été audité 100 fois parce qu'ils ne le disent pas) c'est que la rencontre doit durer plus de 20 minutes. Si elle n'a pas duré plus de 20 minutes, on n'a pas fait de psychothérapie. Il faut avoir un diagnostic, un plan de traitement et une certaine structure, même si on mentionne seulement qu'on a fait de la thérapie cognitivo-comportementale ou de la thérapie comportementale dialectique ou quelque chose d'autre. On peut le facturer aussi souvent qu'on veut pour le même patient le même jour, mais on ne m'a jamais payé plus qu'une fois par jour quand j'en avais soumis plus qu'une. Donc, si je passe 1 h 10 avec le patient, normalement j'entrerais trois fois le code de psychothérapie. Et de ces trois, ils ne paieront que pour un, même si le préambule dit le contraire. (O12-T.-N.-L.)



Facturation des médecins pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances : Trois témoignages

Ces témoignages tirés des entrevues montrent comment les participants de trois provinces (Saskatchewan, Ontario et Île-du-Prince-Édouard) ont utilisé les codes de facturation auxquels ils ont accès pour être rémunérés pour le traitement de patients atteints de TLUS. Les médecins de ces provinces n'ont pas de codes de PCMC pour ces soins.

- La participante de la Saskatchewan décrit l'utilisation des codes de counseling par tranches de 15 minutes.
- Le participant de l'Ontario se spécialise en médecine de la dépendance en plus de la médecine familiale. Il utilise le code de consultation habituelle et y ajoute des codes de counseling et d'évaluation pour les patients atteints de TLUS. En tant que spécialiste en médecine de la dépendance, il a aussi accès à des codes de distribution de méthadone s'il choisit de se lancer dans ce domaine de pratique.
- La participante de l'Île-du-Prince-Édouard utilise quant à elle le code de consultation habituelle et y ajoute les codes de psychothérapie et de promotion de la santé pour le traitement des TLUS. Elle utilise aussi un code de diagnostic et d'entrevue thérapeutique pour obtenir des renseignements du patient ou de membres de la famille.

Témoignage 1 : Participante de la Saskatchewan (022-Sask.)

En Saskatchewan, la plupart des traitements de santé mentale sont facturés à l'aide des codes de counseling. Le code de base est 40b. C'est le code de facturation pour tout type de counseling. Il fonctionne pour la dépression, l'anxiété, le trouble bipolaire, les troubles liés à l'usage de substances et la schizophrénie, entre autres. Il englobe les 15 premières minutes de temps consacré au counseling ou aux soins de santé mentale pour un patient. Ensuite, il y a le code 41b, qui sert à facturer chaque tranche de 15 minutes supplémentaire. Donc, pour 30 minutes, on facturerait un 40b et un 41b. Et pour 45 minutes, on facturerait deux fois le 41b.

C'est essentiellement un code horaire, puis on peut l'associer à un code de diagnostic approprié. Si on facture un 40b avec un code comme un infarctus aigu du myocarde, ce serait probablement refusé, mais tant que c'est accompagné d'un code de diagnostic de trouble mental, c'est permis.

Je ne sais pas s'il y a une limite à l'utilisation du code 41b pour un seul rendez-vous. À ce que je sache, on ne me l'a jamais refusé, mais je ne crois pas que je l'aie déjà facturé pour plus d'une heure.

Présentement, à [ville], pour accéder à un psychiatre, il y a une attente d'au moins 12 mois. On a donc besoin de ce type de soutien supplémentaire [par les codes de counseling]. Le manque de soutien pour une personne au cas complexe jumelé au manque de reconnaissance dans la structure de rémunération est très frustrant pour beaucoup de gens.



Témoignage 2 : Participant de l'Ontario (021-Ont.)

Les principaux codes pour le counseling sont les codes en K. Ça correspond à une séance de 20 minutes. Si on fait deux séances, ça doit durer 46 minutes au total. Puis, il y a le code d'évaluation. Donc si j'évalue une personne pour la première fois depuis un an, il y a le A680. Bref, c'est le K680 pour une ou deux unités de temps et le A680 si j'évalue la personne.

Même si je n'ai pas beaucoup de patients prenant de la méthadone, il y a un code de distribution pour [ces patients]. Parce que je n'ai pas beaucoup de patients prenant de la méthadone, et parce que je ne cherche pas activement à recruter des patients, je n'ai toujours pas facturé ce code. Donc, je ne sais pas ce qu'il implique, mais je sais qu'il existe. Il y a aussi les codes en G pour les tests de dépistage de drogue dans l'urine, mais je ne les utilise pas.

Il y a un autre code que j'utilise. C'est le A957, et c'est pour une rencontre de moins de 20 minutes. On offre essentiellement les mêmes soins, mais ce n'est pas du counseling. Ça nous dédommage au même titre qu'une consultation de base avec un omnipraticien, qui peut durer 5 ou 10 minutes. Ça pourrait être n'importe quoi. Ça pourrait durer 2 minutes. Je trouve que c'est une lacune parce qu'il y a des fois où on rencontre une personne, qu'on lui offre d'excellents conseils et que ça dure moins de 20 minutes, mais qu'on n'est pas rémunérés pour la qualité de notre travail. Je ne pense pas que le rendez-vous soit 50 % de la valeur. Je comprends quand même pourquoi c'est comme ça. Ça aide. Il y a un élément d'autolimitation qui décourage la surutilisation de ce code et son exploitation parce qu'il n'est pas basé sur le temps pour que beaucoup plus de personnes soient vues.

Je crois que la principale lacune se présente lorsqu'on fait plusieurs consultations dans une journée pour la même personne pour l'aider avec des choses comme la prise en charge du sevrage, et qu'on ne peut pas facturer plus qu'une rencontre. Que ce soit pour l'intégration de la prise de Suboxone® ou la prise en charge du sevrage à l'alcool ou aux benzodiazépines à l'externe, toutes ces interventions peuvent être faites dans divers contextes à l'externe. Mais c'est notre responsabilité clinique de les rencontrer plusieurs fois dans la journée, et ça ne se reflète pas dans ce que nous pouvons faire avec les codes. Parce que même si on fait une rencontre sans base horaire, un A957, on ne peut pas facturer plusieurs A957 dans une journée.



Témoignage 3 : Participante de l'Île-du-Prince-Édouard (016-Î.-P.-É.)

Si je devais voir quelqu'un pour abus d'alcool, alcoolisme, sevrage d'alcool ou abus d'opioïde, il y a quelques codes que je pourrais utiliser. Ils ne sont pas associés à un diagnostic, mais bien aux actions posées pendant la consultation et à sa durée.

Une consultation habituelle de base, ou ce qu'on facturerait si la rencontre durait moins de 15 minutes, ça correspond au code 0113. Au 1^{er} avril 2018, ce sera 36,40 \$. Ce serait ce qu'on facturerait si ça dure moins de 15 minutes. Au-delà de 15 minutes, le code de psychothérapie est le 2501, facturé par tranches de 15 minutes à 44,20 \$ par tranche.

Si je passais plus de 15 minutes avec une personne, il y a quelques codes que je pourrais facturer. On a un code pour la psychothérapie. Donc si on fait précisément de la psychothérapie, on peut facturer ce code par tranches de 15 minutes.

Il y a [des limites] pour certains codes. Il n'y en a pas pour [la psychothérapie]. Elle ne peut simplement pas être facturée avec d'autres codes le même jour. Donc ce serait une option si on fait vraiment de la psychothérapie. L'autre code pour le counseling est le 2505. C'est le code de counseling en promotion de la santé. Il sert aux discussions sur les aspects préventifs ou psychosociaux de la santé ou sur les problèmes de mode de vie liés à la santé. On l'utilise souvent pour le counseling sur le régime, l'abandon du tabagisme, le contrôle du poids ou l'exercice. La plupart des médecins s'en servent parce qu'il ne se limite pas à ces troubles de santé. Ils l'utilisent lorsqu'ils font tout type de counseling auprès d'un patient qui n'est pas de la psychothérapie. On le facture par tranches de 5 minutes, mais il faut faire au moins 15 minutes pour pouvoir le facturer. On peut faire au maximum 45 minutes par séance et une heure par mois pour un même patient. C'est 14,73 \$ par 5 minutes.

Il y a un autre code qu'on utilise beaucoup moins souvent. C'est le code 2588, l'entrevue diagnostique et thérapeutique. Il faut faire au moins 15 minutes. On le facture par blocs de 15 minutes pour 44,20 \$. Il n'y a pas de limite au nombre de fois qu'on peut le facturer dans un mois. Pour être admissible au remboursement pour ce code, il faut que ce soit une entrevue planifiée avec le patient ou sa famille ou avec une autre personne qui pourrait avoir des informations pertinentes dans le but d'en savoir plus sur les antécédents ou de discuter du traitement, de la prise en charge ou des interventions.

J'utilise le code de psychothérapie moins souvent que le code de promotion de la santé. C'est probablement le code que j'utilise le plus. Les codes diagnostiques et thérapeutiques seraient pour les occasions où on discute avec le conjoint ou un enfant ou pour obtenir des renseignements complémentaires, ou pour élaborer un plan de traitement si on a discuté avec le patient et qu'il veut aller en désintoxication, et qu'on appelle le centre pour planifier le tout.

Notre assurance maladie est relativement souple en matière de remboursement de ces codes de counseling. Je crois personnellement qu'on est rémunérés raisonnablement pour le temps consacré. Il est rare que le remboursement de ces codes soit refusé, donc je crois que c'est une rémunération adéquate.



Thème 4 : La rémunération à l'acte n'est pas structurée de manière à soutenir complètement le traitement des TLUS

On a demandé aux participants s'ils croyaient que les codes de RAA et les incitatifs pour les trois catégories de patients atteints de maladies chroniques étaient structurés de façon à soutenir les soins aux patients. Cinq participants (23 %) ont répondu oui, dix (45 %) ont répondu non, cinq (23 %) ont répondu oui et non et deux (9 %) ne se sont pas fait poser la question ou n'ont pas donné de réponse claire (voir le tableau 3).

Tableau 3. Réponses à la question 8

« Les [codes de facturation, incitatifs ou autres modes de rémunération] sont-ils structurés de façon à vous permettre de prodiguer les soins désirés à vos patients? »	
Réponses	Nombre de réponses (n = 22)
Oui	5 (23 %)
Non	10 (45 %)
Oui et non	5 (23 %)
Aucune réponse	2 (9 %)

Les participants, même ceux qui avaient eu une expérience positive avec la RAA, s'entendaient pour dire qu'elle est difficile à adapter aux patients atteints de TLUS et de troubles de santé mentale. Beaucoup de participants rémunérés à l'acte traitant des patients atteints de maladies chroniques ont mentionné que les soins du diabète sont mieux structurés et rémunérés par les codes de facturation et les incitatifs provinciaux.

Les cinq participants qui ont répondu oui ont noté que la RAA dépend du volume de patients et offre aux médecins une grande flexibilité, en plus de donner de la valeur au traitement de patients non complexes. Deux ont dit qu'ils étaient satisfaits du mode de rémunération offert pour le traitement du diabète, particulièrement en ce qui a trait aux codes de facturation. Un participant a répondu que les codes de facturation ne sont pas idéaux, mais qu'ils « n'ont jamais été aussi bons » (O17-N.-B.). Une autre participante, qui a mentionné qu'elle et ses collègues avaient de la difficulté à prendre en charge un fort volume de patients, avait accès à des codes de facturation pour le traitement de patients présentant des maladies chroniques complexes, y compris les TLUS. Elle a affirmé : « Si nous pouvons prendre le temps de le faire, les codes de facturation sont certainement là pour nous rémunérer. » (O20-Qc).

Les participants qui ont répondu oui et non ont indiqué qu'ils étaient satisfaits des modes de rémunération et des incitatifs offerts pour le traitement des patients diabétiques, mais qu'il y avait des lacunes dans la rémunération pour le traitement des TLUS et des troubles de santé mentale, notamment la schizophrénie. Un participant a décrit la RAA comme ayant une « grande valeur » parce qu'elle favorise un plus grand volume de rencontre et qu'elle garantit l'accès, mais il considérait que ce mode de rémunération décourageait la prestation de soins de qualité. (O21-Ont.)

Les participants qui ont répondu non à la question 8 étaient catégoriques et ont dit de la RAA qu'il s'agissait d'un mode de rémunération mal adapté aux soins aux patients atteints de maladies chroniques. Les raisons qu'ils ont avancées sont la complexité des patients atteints de TLUS, les difficultés associées à un taux élevé d'absence aux rendez-vous, l'absence de codes de facturation pour la santé mentale et le temps non rémunéré consacré à la prise en charge à l'extérieur de la rencontre



clinique directe avec le patient. Une participante a mentionné que « la rémunération à l'acte est un obstacle aux bons soins » (009-Man.). Un autre participant a dit qu'il n'y a pas assez de temps pour faire un bon travail et être bien payé » (014-Alb.).

4.1. La rémunération à l'acte ne répond pas aux besoins des populations de patients complexes

Pendant les entrevues, les participants ont nommé trois principaux domaines pour lesquels les codes de facturation et les incitatifs de leur province ne sont pas structurés de manière optimale pour le traitement des patients atteints de troubles de santé mentale et de TLUS. Nous nous concentrerons ici particulièrement sur leurs répercussions sur le traitement des TLUS

La RAA échoue d'abord à offrir des soins adéquats à cette population de patients parce que les codes de facturation basés sur le temps n'accroissent pas vraiment les patients complexes. Comme indiqué dans le thème 1, les patients atteints de TLUS présentent des comorbidités qui demandent plus de temps et plus de ressources que les patients non complexes. Leur état est habituellement chronique, ce qui signifie qu'ils doivent recevoir des soins pendant une longue période. Pourtant, la complexité de cette population de patients est rarement reflétée dans les codes de facturation habituels (comme la consultation de base). Les codes de psychothérapie et de counseling sont disponibles dans certaines provinces pour allonger les consultations de base, mais, comme indiqué précédemment, il peut y avoir des limites à ces codes. Les codes pourraient ne pas offrir aux médecins la souplesse dont ils ont besoin quant à la durée des rendez-vous, au suivi ou aux tâches de communication. Les médecins pourraient devoir jumeler des codes de facturation existants. Ils pourraient aussi décider de ne pas facturer leur temps :

Lorsqu'on parle du diabète, des troubles liés à l'usage de substances ou des stratégies de prise en charge des maladies chroniques, on nous dit qu'il est extrêmement important de bien traiter ces problèmes dans le contexte actuel. Cela dit, il faut prendre le temps de le faire. Dans notre culture, avec les frais généraux et les autres dépenses, même avec plus de ressources et de personnel médical, on ne sent pas qu'on a assez de temps à passer avec un patient pour faire un travail de qualité et être rémunéré adéquatement. (014-Alb.)

Un code de facturation pourrait aider les médecins à voir les patients un peu plus souvent, [mais] le principal objectif est la prise en charge des comorbidités et le soutien. C'est un trouble qui demande des soins continus, mais je ne suis pas totalement sûr que la plupart des médecins seraient en mesure d'offrir ces soins continus ou de savoir quels soins offrir. C'est principalement du soutien émotionnel, accompagné de recherche spirituelle. Et la plupart d'entre nous seraient plus enclins à [dire] : « Je vais soigner votre orteil blessé » ou « Votre tension artérielle est élevée, je vais vous prescrire un médicament ». Vous savez, à traiter les problèmes visibles plutôt que de gérer des émotions fortes ou des questions spirituelles. (007-Sask.)

Les participants ont reconnu l'importance d'offrir des incitatifs, en particulier pour la PCMC, afin d'aider les médecins de famille à « prodiguer des soins appropriés » aux patients atteints de TLUS, dans les mots d'un des participants. Ces mesures peuvent faciliter l'offre de plus de soins intégrés aux patients atteints de maladies chroniques, particulièrement le diabète, en offrant la possibilité de planifier des consultations plus fréquentes et des consultations de santé annuelles. Pourtant, les codes de PCMC pour les TLUS ne sont disponibles que dans trois provinces : la Colombie-Britannique, le Québec et Terre-Neuve-et-Labrador. De plus, ils comportent des limites. Même avec ces incitatifs, certains médecins choisissent de ne pas traiter cette population de patients. Par



exemple, l'un des participants de la Colombie-Britannique qui traite des patients atteints de diabète ou de schizophrénie a choisi de ne pas traiter les patients atteints de TLUS parce que le code de facturation de PCMC pour les TLUS n'offre pas de revenu supplémentaire. Il a caractérisé l'absence d'incitatifs de « facteur important » dans sa décision :

Ce sont habituellement des patients complexes. Donc si on prend en charge un de ces patients, il devrait y avoir un incitatif. En Colombie-Britannique, on a déjà eu cet incitatif, où si on prenait en charge un patient complexe, on obtenait 200 \$ pour son accueil. Mais il a été éliminé. S'il y avait certains incitatifs comme ça, je considérerais sûrement de traiter les patients dépendants ou faisant usage de substances. (005-C.-B.)

Une autre ressource potentielle nommée par une participante de l'Ontario serait le recours à des cliniques de traitement des dépendances à accès rapide, un modèle ontarien. Selon la participante, grâce à ce modèle, la province a instauré un code qui offre une rémunération pour l'évaluation complète d'un nouveau patient. Toutefois, la consultation doit se faire sur rendez-vous pour que le médecin puisse utiliser ce code. Comme la participante l'a mentionné : « Je fais des consultations sans rendez-vous, donc je ne peux pas utiliser ce code parce que ce n'est pas prévu à mon horaire » (004-Ont.). Ce peut être un obstacle pour les patients atteints de TLUS, qui pourraient préférer les consultations sans rendez-vous.

4.2. La rémunération à l'acte à elle seule ne soutient pas l'approche de soins en équipe

Une deuxième lacune de la RAA pour le traitement de cette population de patients est qu'elle ne soutient pas l'offre de soins multidisciplinaires par une équipe. Les modèles de pratique dominants en soins primaires sont l'approche à un seul praticien et le groupe de médecine familiale. Certains participants étaient d'avis que ces modèles de pratique n'étaient pas adaptés au traitement des TLUS :

On ne peut pas prendre en charge l'usage de substances seuls. On doit avoir du soutien de ses collègues afin de veiller à ce qu'il y ait une personne-ressource lorsqu'on n'est pas là ou en cas d'urgence. On ne peut pas le faire seuls. (009-Man.)

Dans certains cas, je ne peux pas prodiguer des soins toute seule. Je peux faire une bonne évaluation, mais s'il n'y a pas de bons services ou s'il n'y a personne qui peut approcher cette personne ou l'aider dans les moments difficiles, je me sens seule dans la situation. Ce n'est pas très agréable. Peu importe le salaire, ce n'est pas agréable. (020-Qc)

Je fais partie d'une équipe. Je ne suis pas conseillère, je suis médecin de premier recours, mais les autres personnes sont des conseillers. Et on a tous différentes tâches à faire. C'est l'un des problèmes de la rémunération à l'acte. Les médecins travaillent en cabinet seulement avec d'autres médecins et pas avec le travailleur social au bout du couloir ou un autre conseiller en santé mentale. (011-Man.)

Les médecins de famille ont besoin qu'on les aide dans leurs efforts pour éduquer les patients et leur famille, pour offrir des soins continus entre les rendez-vous et pour faire de la gestion de cas. Les activités de gestions de cas comprennent la réception et la communication des résultats de dépistage urinaire et d'ECG, les appels aux patients, le fait d'aider les patients à trouver un logement et le fait d'aider les patients aux prises avec une insécurité financière ou alimentaire. Les participants faisant partie d'une équipe multidisciplinaire croyaient qu'il n'était pas réaliste de s'attendre à ce que l'équipe administrative s'occupe de ces tâches. Ils croyaient que le traitement



des TLUS était le plus efficace lorsque le médecin de famille travaillait en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé dans le cabinet et avec des fournisseurs de services sociaux dans la communauté. Ils ont nommé des professionnels de la santé qui pourraient leur offrir du soutien en cabinet, notamment des infirmières, des infirmières praticiennes, des travailleurs sociaux, des éducateurs en santé et des conseillers.

Un participant a ciblé les soins complets des cliniques de santé de Vancouver (C.-B.) comme un modèle optimal pour le traitement multidisciplinaire des patients atteints de TLUS. Deux participants ont nommé le traitement du diabète en cabinet comme un modèle de soins multidisciplinaires et ont mis l'accent sur les bienfaits du soutien d'un éducateur sur le diabète auprès de l'omnipraticien et des patients suivis mensuellement.

4.3. Manque de ressources communautaires

Une troisième lacune de la RAA dans le soutien des soins intégrés vient de la disponibilité limitée des ressources psychosociales communautaires pour cette population de patients. Les médecins de famille peuvent offrir du counseling ou de la psychothérapie à court terme, mais de nombreux patients atteints de TLUS ont besoin de soutien continu dans la communauté, et les ressources communautaires sont souvent limitées ou difficiles d'accès. Les participants ont reconnu leurs propres difficultés à offrir du soutien à long terme aux patients et se sentaient paralysés par le manque de ressources communautaires. Ils ont noté que des modifications à la rémunération seraient nécessaires, mais insuffisantes pour garantir que les patients reçoivent du soutien à long terme :

On devrait mieux rémunérer les médecins de famille pour la prise en charge de ces personnes dans la communauté parce qu'il faut autant de temps pour bien le faire et garder ces patients en santé que pour un patient diabétique. Nous avons donc besoin des éducateurs en santé mentale, nous avons besoin des conseillers et nous avons besoin des psychiatres. Présentement, à [ville], pour accéder à un psychiatre, il y a une attente d'au moins 12 mois. Le manque de soutien pour un patient complexe combiné au manque de reconnaissance dans la structure de paiement est très frustrant pour plusieurs personnes, je crois. (O22-Sask.)

Les personnes faisant usage de substances arrivent avec de l'anxiété et repartent avec des benzodiazépines, et pas avec une vraie solution, comme « Parlons à des professionnels du traitement de la toxicomanie et voyons s'il faut aller dans les centres de désintoxication ou de gestion crise », parce que ça prend du temps et que ce n'est pas rémunéré. (O09-Man.)

Il faut revenir au modèle de réduction des méfaits original, qui comportait du counseling et tout le soutien dont ces personnes ont besoin pour revenir sur le bon chemin et redevenir des membres productifs de la société. Ce que nous faisons maintenant, c'est simplement leur donner des médicaments et poursuivre leur marginalisation. Ce comportement devra être changé par de nouveaux codes de facturation pour ce modèle. (O17-N.-B.)

Les personnes atteintes de TLUS peuvent rencontrer de nombreux obstacles à l'obtention de soins psychosociaux communautaires. Des participants de l'Alberta, du Manitoba, du Québec, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick ont mentionné que les programmes de traitement des TLUS et de la douleur sont inadéquats ou comportent de longues listes d'attentes. La participante du Québec a noté que le programme de traitement des TLUS dans sa communauté employait des conseillers ayant de l'expérience personnelle avec la dépendance, mais pas de formation



professionnelle. Elle a déploré l'absence de programmes de traitement certifiés par la province en disant « ils ont les compétences qui proviennent de leur propre expérience avec le traitement de leur trouble lié à l'usage de substances, mais il peut être difficile d'interagir avec des personnes qui n'ont pas de formation professionnelle et qui demandent parfois des choses qui ne sont pas raisonnables. » (O20-Qc). La participante de la Nouvelle-Écosse a mentionné que la province s'était engagée à traiter tous les patients atteints d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes, mais qu'en raison des longs délais d'attente pour les programmes de traitement communautaires, la province avait instauré des codes de facturation pour le traitement médicamenteux :

Dans les derniers mois, le gouvernement provincial a dit qu'il « couvrirait tout le monde » pour le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes. Avant ça, il n'y avait que quelques patients qui répondaient aux critères [de traitement]. Ils ont donc changé les codes de facturation pour que les médecins prescrivent du Suboxone® et de la méthadone, parce que les programmes de traitement des troubles liés aux opioïdes dans la province ont des délais d'attente inacceptables. » (001-N.-É.)

La stigmatisation liée aux TLUS et à leur traitement est aussi un obstacle potentiel à la recherche de traitements. Plusieurs participants ont décrit le taux élevé d'absence aux rendez-vous des patients atteints d'un TLUS comme un grand défi de la prise en charge des patients dans le cadre de la RAA. Certains ont associé cette stigmatisation à un obstacle à la recherche de traitement et à la présence aux rendez-vous. Des participants ont recommandé plus d'efforts en matière d'éducation pour réduire la stigmatisation associée aux TLUS et pour concentrer ces efforts sur les médecins ainsi que sur le public.

Certains participants ont exprimé que la RAA n'est pas seulement inappropriée pour cette population de patients, mais qu'elle favorise des soins qui pourraient avoir des effets indésirables. La RAA est conçue pour offrir des visites rapides axées sur le traitement médicamenteux, et non sur le soin de la personne dans son ensemble. L'instauration de codes de facturation, comme pour les dépistages urinaires, qui facilitent des consultations rapides visant à offrir des traitements médicamenteux dans les cliniques de méthadone, inquiète les participants. Ils ont exprimé leurs préoccupations quant à ces codes de facturation, qui pourraient favoriser une approche pharmaceutique pour un problème psychosocial et sociétal complexe, au lieu d'une réduction des méfaits et d'un soutien psychosocial continu. Une autre inquiétude est que les codes pourraient pousser certains médecins à générer des revenus en voyant un grand volume de patients, ce qui laisse les patients atteints de TLUS avec des rencontres trop courtes pour recevoir des soins intégrés.

Thème 5 : La rémunération à l'acte est source de tensions et de dilemmes éthiques

L'offre de soins aux patients atteints de TLUS dans un mode de rémunération à l'acte génère de la tension dans le système. Cela crée alors des dilemmes éthiques pour les médecins qui souhaitent honorer leur mandat professionnel et donc placer le bien-être de leurs patients au-dessus de leurs intérêts financiers.

La RAA maximise le volume de patients et l'accès aux soins. Ces fonctions vitales sont guidées par les principes d'équité et de justice. Mais les patients atteints de TLUS présentent des cas plus complexes que ce qui peut être abordé dans une consultation de 15 à 20 minutes, même avec des modificateurs. La structure de rémunération des consultations et les codes de psychothérapie peuvent ne pas rémunérer adéquatement pour le temps passé avec le patient, ou pour le travail fait en-dehors de la consultation en cabinet facturable. Il ne faut pas perdre de vue qu'un cabinet utilisant la RAA est aussi une entreprise : les médecins doivent donc générer assez de revenus pour



la soutenir financièrement (payer les frais généraux et les salaires, et se payer). La facturation adéquate pour les patients atteints de TLUS demande du temps, des connaissances et des revenus que les médecins n'ont peut-être pas. Ainsi, la RAA peut entraîner les médecins dans un dilemme moral entre deux tâches potentiellement opposées : offrir des soins de qualité aux patients atteints de maladies chroniques et gérer l'entreprise qu'est le cabinet :

Je sais que si je ne vois pas un certain nombre de patients ou que si je ne fais pas un certain nombre de facturations, il y a une partie importante de mes revenus que je ne recevrai pas. (O16-Î.-P.-É.)

Dans le modèle de rémunération à l'acte, il y a toujours une tension entre le fait de passer du temps avec le patient et de facturer adéquatement. On peut passer une heure avec le patient et donner des soins optimaux, mais on ne pourra facturer que 30,92 \$ pour cette consultation, pour son diabète. Ou on peut passer 10 minutes avec lui et facturer le même montant. Ça revient donc vraiment au niveau d'aisance du médecin, à son intérêt et à ses motivations pour le type de soins qu'il souhaite offrir. Je ne crois pas que ce soit complètement lié au mode de rémunération; c'est plus lié aux valeurs du médecin. (002-C.-B.)

Plusieurs participants ont mentionné qu'ils trouvaient ces deux aspects difficiles ou impossibles à concilier. Ils ont exprimé de la frustration et du ressentiment quant aux tensions entre ces aspects, ainsi que de l'inquiétude quant au fait qu'ils mettraient en jeu les soins intégrés :

Le code de facturation pour le traitement de substitution des opioïdes donne moins que le montant d'une consultation habituelle. Je crois que l'idée est que si on voit le patient pour son renouvellement de méthadone, ça ne devrait pas être long, mais c'est faux. (O10-C.-B.)

Je veux voir les gens parce que je suis sensée les voir, pas parce que je devrais facturer une autre consultation. Et je ne veux pas planifier un cas complexe parce que je ne pourrai pas voir autant de patients. (O16-Î.-P.-É.)

Je donne vraiment les soins [que je veux], et je me bats pour que ça reste ainsi. Donc actuellement, bien que je ne roule pas sur l'or, je fais le travail que je devrais faire. Je ne sais pas si je pourrai le supporter avec la pression. Mais, je crois que si le cabinet accepte que je passe du temps avec ces patients, et que tout balance sur le plan financier, ce serait faisable. Autrement, probablement que je serais sous pression de faire tout entrer dans une courte visite, et je ne crois pas que ce serait la bonne chose à faire. (006-C.-B.)

Les valeurs des participants et leurs capacités façonnent leur prise de décisions éthiques quant à ce dilemme. Une des stratégies pour générer plus de revenus est d'assumer plusieurs rôles. Quatorze participants (64 %) ont deux rôles ou plus à différents endroits pour générer des revenus en plus de leurs revenus cliniques principaux. D'autres ont accepté qu'ils se débrouilleraient avec moins de revenus si cela signifie qu'ils peuvent prodiguer ce qu'ils considèrent comme des soins appropriés :

Parce que le travail est si important, j'accepte d'avoir un salaire significativement moins élevé parce que je veux aider ces personnes et parce qu'il y a un manque de consultant en dépendance probablement dans plusieurs provinces, mais définitivement à [ville]. (O15-Man.)

Au fil des ans, j'ai décidé que je suis plus à l'aise d'être plus minutieuse et de prendre plus de temps avec les gens, quitte à gagner moins que les autres médecins. (002-C.-B.)



5.1. Engagement des médecins envers les patients atteints de TLUS

Les histoires des participants illustrent comment leurs valeurs et leur engagement envers le professionnalisme façonnent leurs décisions et les soins prodigués à cette population de patients vulnérables. Les participants reconnaissent que le traitement des TLUS offre rarement une rémunération adéquate de leur temps. Malgré tout, ils caractérisent ces soins tant comme une obligation que comme une vocation. Leur engagement envers cette population de patients et la conscience qu'ils sont des fournisseurs de première ligne pour ces patients les encouragent, même cela signifie pour certains une moins bonne paie, un volume de patient plus important et du travail supplémentaire ou l'adoption de plusieurs rôles. Leur engagement s'étend à la formation de la prochaine génération de spécialistes de la médecine de la dépendance d'une façon qu'ils considèrent « responsable » :

Il est difficile de recruter des médecins qui veulent faire le travail. Et ce n'est pas quelque chose qu'on peut forcer quelqu'un à faire. S'ils ne sont pas motivés à faire du travail en dépendance, oubliez ça. Ceci étant dit, ça m'en prendrait beaucoup pour arrêter de le faire. J'espère que la rémunération viendra, mais jusqu'à aujourd'hui, l'argent ne m'a jamais empêchée de faire le travail. (O15-Man.)

J'ai une importante charge de travail parce que notre gouvernement a centralisé une grande partie du pouvoir ici, au Québec. Dans mon secteur, il y a 14 000 personnes en attente d'un médecin de famille. Et dans mon cabinet, il y a quatre médecins qui attendent pour prendre leur retraite et qui s'occupent de 5 000 [patients]. Ils ne peuvent pas prendre leur retraite parce que le gouvernement ne nous permet pas de recruter un nouveau médecin. Donc c'est un problème de surcharge de travail. On essaie de ne négliger aucun patient, mais pour ceux atteints de troubles liés à l'usage de substances, ça peut être difficile. Ils prennent des rendez-vous, puis ne se présentent pas, ou ils se présentent même s'ils n'ont pas de rendez-vous. Dans un environnement où on est totalement dépassés par la charge de travail, on peut perdre la motivation d'aider. C'est un problème de fatigue des médecins et de surcharge de travail. (O20-Qc)

Je crois qu'une partie de mon rôle est de faire du travail supplémentaire et d'envoyer de l'information additionnelle. J'ai beaucoup plus d'expérience aujourd'hui en santé mentale, en stress post-traumatique et en usage de substances. J'envoie donc toujours des lettres qui encouragent d'autres médecins à devenir de meilleurs médecins prescripteurs et à traiter les gens plus consciencieusement, plutôt que d'être de simples distributeurs de médicaments pour certains d'entre eux. (O11-Man.)

Les participants ont exprimé l'espoir d'obtenir de meilleures ressources et un meilleur soutien pour leurs patients. Ils ont transmis leur optimisme par des commentaires à propos de la collaboration avec les autorités de facturation de leur province pour instaurer de nouveaux codes de facturation pour les maladies chroniques. C'étaient les points positifs des entrevues et les participants semblaient optimistes à propos du fait que la structure changerait pour refléter l'importance de leur travail auprès de ces patients. Ils ont aussi exprimé leur espoir dans des commentaires sur les médecins de famille qui décident d'offrir ces soins :

Je pense que la plupart des médecins ont une attitude éthique. Ils veulent prendre soin de leurs patients, le faire de la bonne façon et obtenir de bons résultats. Si on permet aux médecins de passer plus de temps avec leurs patients, ces derniers recevront de meilleurs soins. (O19-N.-B.)



Analyse

Notre échantillon est assez diversifié. Les participants ont de quelques mois à plus de 40 ans d'expérience. Leurs cabinets sont situés en milieu urbain, en banlieue, en milieu rural et en région nordique ou éloignée, et ils offrent des soins à la population générale et à des populations spécialisées en contexte clinique et hospitalier. Certains n'ont eu qu'un seul rôle dans un seul contexte clinique pour toute leur carrière, alors que plusieurs assument deux rôles ou plus. Leur expérience de la RAA est aussi variée. Huit travaillent uniquement avec la RAA. Neuf sont rémunérés à l'acte et par d'autres modes. Cinq n'utilisent pas la RAA, mais l'ont utilisée, et font actuellement de la facturation *pro forma*.

Les modes de rémunération influencent la prestation de soins de qualité (Liddy et coll., 2011), un aspect qui est ressorti dans les entrevues. Les participants ont fourni un éventail d'opinions sur les avantages et les défis de la RAA qui étaient façonnées par leur expérience avec différents modes de rémunération. Certains médecins se sentent soutenus par la RAA et ont exprimé de la satisfaction à son égard. Les participants qui ont travaillé avec plus d'un mode de rémunération (RAA et à la séance, salarié ou horaire) étaient plus critiques des lacunes de la RAA. La plupart des participants se situent entre les deux : ils sont satisfaits de la souplesse qu'offre la RAA et sont à l'aise avec son fonctionnement, mais sont insatisfaits ou frustrés par certains éléments (Brcic et coll., 2012). Certains participants ont révélé qu'ils ne prendraient en charge des patients atteints de TLUS que s'il y avait des incitatifs particuliers pour cette population. Ce point de vue vient confirmer les données indiquant qu'un incitatif financier important pour le traitement des patients atteints de maladies précises pourrait accroître l'attrait pour les médecins de famille de traiter ces patients (Blomqvist et Busby, 2012).

Nous avons clairement compris que le traitement des patients atteints de TLUS dans le mode de rémunération à l'acte est difficile (thèmes 1 et 5). La complexité des patients atteints de TLUS et la difficulté à les traiter impliquent que cette population représente un risque financier pour les médecins de famille. La nature non facturable de certaines tâches et l'absence d'incitatifs découragent les médecins de famille de prendre en charge les patients atteints de TLUS.

Les participants ont aussi exprimé que des changements à l'échelle du système, comme l'amélioration de la disponibilité d'autres professionnels de la santé pour des soins par équipe, seront nécessaires pour soutenir le traitement et les soins pour la personne dans son ensemble (thème 4). La littérature nous apprend qu'il est optimal de prodiguer un traitement continu pour les TLUS; pourtant, les patients atteints ont de la difficulté à accéder à des services spécialisés à partir des soins primaires (Saitz et Daaleman, 2017).

La formation, le soutien et la gestion quant à la facturation dans la rémunération à l'acte semblent marquer l'expérience des participants dans le traitement des TLUS. Ces variables sont indépendantes du traitement lui-même, mais ont des effets déterminants sur la capacité des médecins à prendre en charge ces soins et sur leur satisfaction envers la prestation des soins.

Nous pouvons souligner deux autres conclusions tirées des entrevues. D'abord, bien que de nombreux participants aient reconnu l'insuffisance de leur formation sur la facturation pour les maladies chroniques, certains semblaient avoir plus de difficulté avec la gestion de cette activité. Leur satisfaction ou leur insatisfaction par rapport aux codes de facturation semblait refléter leur stratégie de facturation (faites par eux-mêmes ou leur équipe, ou envoyée à l'externe). Par exemple, les médecins qui faisaient leur propre facturation ont plus souvent caractérisé cette tâche comme un travail invisible et non rémunéré. Ils l'ont représentée comme une corvée qui les distrait de leur activité principale : offrir des soins de qualité aux patients.



Ensuite, certains participants ont exprimé du ressentiment envers l'aspect mercantile des soins primaires vus sous l'éclairage de la RAA. Ils rejettent une vision d'eux-mêmes en tant qu'entrepreneurs lorsqu'ils perçoivent un conflit avec leur professionnalisme et leur engagement à offrir des soins de qualité aux patients. Comme on en a discuté au thème 5, cette tension est inhérente à la rémunération à l'acte en médecine familiale. Toutefois, le traitement de la population de patients atteints de TLUS met ces tensions à l'avant-plan. Les raisons derrière cette tension accrue incluent la nécessité de combiner des codes de facturation pour représenter adéquatement le temps passé à prendre soin de patients complexes, l'ambiguïté inhérente à certains codes de facturation, le temps nécessaire pour soumettre de nouveau les réclamations refusées et les contradictions dans l'interprétation de certains codes par l'assurance maladie provinciale. En comparaison, les participants qui faisaient faire leur facturation à l'externe ou par leur équipe administrative ont passé moins de temps à parler du travail de facturation pendant l'entrevue, et lorsqu'ils en parlaient, ils exprimaient moins de frustration.



Solutions potentielles

On a invité les participants à proposer des modifications aux codes de facturation, aux incitatifs et à la rémunération qui inciteraient plus de médecins de famille à offrir des soins aux patients atteints de TLUS (question 9). Les participants ont aussi été invités à proposer des modes de rémunération qui permettraient d'atteindre cet objectif (question 10).

Pour améliorer les soins à cette population de patients et inciter plus de médecins de famille à offrir ces soins, les participants ont nommé un besoin pressant et une possibilité de changement qui pourrait avoir des retombées importantes. D'abord, les autorités provinciales doivent reconnaître que les TLUS sont des maladies chroniques qui demandent des ressources additionnelles dans différents domaines : codes de facturation, incitatifs, soins multidisciplinaires en cabinet, soins communautaires et initiatives de formation. Plusieurs recommandations, soulignées dans la section suivante, ont fait référence au souhait de voir les TLUS reconnus comme des maladies chroniques.

Les participants étaient conscients des tensions soulevées par le traitement de patients atteints de maladies chroniques complexes dans un mode de rémunération à l'acte. Ils ont beaucoup insisté sur ces tensions, et leurs recommandations mentionnaient clairement la nécessité d'y remédier. Ces tensions proviennent entre autres du défi d'encourager un fort volume de patients tout en prenant assez de temps pour gérer les cas complexes, et du risque inhérent de perdre des revenus lorsqu'un patient ne se présente pas ou de devoir passer moins de temps avec le patient en raison d'une surcharge de l'horaire. D'autres tensions émergent de la nécessité de rémunérer les médecins pour le travail supplémentaire essentiel au traitement de ces patients, qui s'étend au-delà de la consultation, et de favoriser des soins continus et intégrés.

Certains ont décrit des avancées prometteuses dans la négociation avec leur province quant à la révision de la structure et à l'instauration de codes de PCMC pour traiter les patients atteints de troubles de santé mentale. D'autres ont fourni leur opinion sur les défis liés au respect du professionnalisme dans la production de revenus suffisants pour faire fonctionner le cabinet. Les participants étaient particulièrement conscients de la perception selon laquelle les médecins de famille sont bien payés. Ils ont comparé cette perception publique à leur expérience personnelle, soit que la majorité de leur travail pour les patients atteints de TLUS n'est pas reconnu ni rémunéré.

Le changement au potentiel important de retombées proposé par les participants est l'amélioration du soutien à la facturation offert par l'assurance maladie provinciale et les associations médicales. Les médecins rémunérés à l'acte seulement se fient sur les ressources provinciales de formation sur la facturation. S'ils font eux-mêmes la facturation pour des populations de patients complexes, ils cherchent du soutien des représentants de l'assurance maladie lorsqu'ils ne sont pas en fonction. Le type de soutien recherché viserait les codes appropriés, les processus de soumission de réclamations et de refus d'une réclamation et la mise à jour des codes. Les participants ont caractérisé les ressources disponibles dans leur province comme étant bonnes ou excellentes, mais pas assez détaillées pour soutenir leur apprentissage, leur formation continue ou leur facturation. Les limites de ces outils sont les suivantes : la formation continue n'est pas offerte assez souvent ou ne va pas assez en profondeur (p. ex. les séminaires n'abordent pas la facturation pour les maladies chroniques); il y a des obstacles à l'accès au soutien par téléphone ou en ligne (p. ex. le soutien en ligne n'est accessible que par un abonnement); et le personnel affecté au soutien téléphonique n'en connaît pas assez sur la facturation pour les maladies chroniques. Il pourrait être possible de trouver des solutions peu coûteuses pour augmenter l'accès à ces ressources et les renforcer ou les améliorer.



Les participants ont proposé trois catégories de modifications qui pourraient mener à des soins améliorés pour les patients atteints de TLUS et à une rémunération juste des médecins selon leur expertise avec cette population :

1. Rémunération à l'acte : nouveaux codes de facturations et nouveaux incitatifs
2. Mode de rémunération différent : la rémunération mixte
3. Autres solutions

1. Rémunération à l'acte : nouveaux codes de facturations et nouveaux incitatifs

Les participants ont souligné trois types de changements aux codes de facturation et aux incitatifs qui pourraient répondre aux besoins des patients atteints de TLUS et des médecins qui les traitent. La proposition principale était précise : 1) chaque province doit instaurer un incitatif à la PCMC et des codes supplémentaires pour les TLUS. Les deux autres changements proposés étaient plus larges : 2) instaurer des codes pour encourager et rémunérer l'accueil de patients, la première évaluation et la première consultation; 3) instaurer des codes qui favorisent la prise en charge continue des patients atteints de TLUS.

1.1. Instaurer un incitatif à la prise en charge des maladies chroniques pour les troubles liés à l'usage de substances

De nombreux participants étaient d'avis que la structure de la RAA était inadéquate pour assurer l'offre de soins intégrés tenant compte de la complexité du patient dans son ensemble et la continuité des soins. Dans la plupart des provinces, il n'existe pas d'incitatif à la prise en charge de ces patients ou à l'offre de soins, mis à part l'obtention de revenus par le volume. De plus, les codes de facturation existants ne rémunèrent pas les médecins adéquatement pour leur temps ou leur travail. Ils doivent donc soit jumeler différents codes en espérant que la province acceptera leur réclamation, soit ne pas facturer les soins prodigués. Vu la complexité sociale et médicale des patients atteints de TLUS et le temps nécessaire pour les traiter, les participants croyaient généralement qu'ils étaient insuffisamment rémunérés par les codes qu'ils utilisaient pour cette population de patients.

Le traitement du diabète offre un modèle comparable utilisé par les participants pour décrire les lacunes du mode de rémunération à l'acte pour les TLUS et recommander des changements visant l'amélioration des soins aux patients atteints de TLUS. En se basant sur leur expérience positive avec les modes de rémunération disponibles pour le traitement du diabète, les participants ont recommandé que les provinces incluent le TLUS aux incitatifs de PCMC, comme pour le diabète. Sept participants ont explicitement recommandé que les provinces instaurent des incitatifs de PCMC pour les patients atteints de TLUS afin de soutenir l'offre de soins intégrés, ainsi que des codes de facturation supplémentaires qui rémunéreraient les médecins pour le travail effectué à l'extérieur de la consultation.

Le traitement complet du diabète est structuré par l'utilisation de feuilles de soins basées sur les lignes directrices du traitement clinique du diabète dans certaines provinces. Les médecins de famille doivent remplir ces feuilles de soins et faire une évaluation annuelle pour obtenir l'incitatif de PCMC. En raison de leur expérience positive avec ces feuilles de soins, plusieurs participants ont suggéré qu'il serait avantageux d'utiliser une feuille de soins similaire, normalisée et fondée sur des lignes directrices de pratique clinique, en tant qu'outil d'évaluation des soins de TLUS. Ils ont aussi recommandé que la feuille de soins soit intégrée au dossier médical électronique dans la PCMC.



Les participants ont relevé deux avantages de la feuille de soins normalisée pour le traitement des TLUS. D'abord, elle pourrait promouvoir l'utilisation de soins normalisés fondés sur des données probantes pour ces troubles. En effet, l'intégration des lignes directrices de la pratique clinique à une feuille de soins électronique éliminerait la nécessité de les rechercher manuellement, facilitant ainsi la prestation de soins basés sur des données probantes. Ensuite, ce document pourrait appuyer les réclamations et fournir une preuve de soins lors des audits. L'administration des réclamations, particulièrement lorsqu'elles sont refusées ou auditées, est une activité chronophage dont de nombreux participants ont parlé. Pour les médecins qui font leur propre facturation, cette tâche est particulièrement lourde et décourageante. L'automatisation d'une feuille de soins pour le traitement des TLUS réduirait la charge administrative et la possibilité d'erreurs.

Un obstacle à l'instauration d'une feuille de soins normalisée et intégrée est l'absence de dossiers médicaux électroniques dans certaines provinces. Plusieurs participants ont noté qu'eux ou leur équipe administrative saisissent manuellement les données des patients. Ils ont décrit le processus comme long et inefficace, et présentant un risque d'erreur. Les systèmes manuels compliquent l'obtention des renseignements d'un patient et la justification de la facturation, particulièrement pendant les audits. Pour ces participants, la liste des changements désirés incluait plus de financement provincial pour un dossier médical électronique afin de gérer plus efficacement les soins aux patients et de rendre efficace la facturation.

Les participants ont fait les recommandations suivantes :

- Instaurer dans chaque province des codes de PCMC et des incitatifs au traitement des TLUS qui s'inspirent de la structure de rémunération pour le diabète, la BPCO ou la néphropathie chronique. Une telle initiative pousserait les médecins à offrir des soins continus complets aux patients atteints de TLUS en assurant un nombre minimal de consultations par année et des évaluations complètes.
- Créer des codes pour les évaluations complexes (ou la planification de soins complexes) disponibles au moins deux fois par an pour répondre à la complexité des patients atteints de TLUS et pour que les médecins n'aient pas à ajouter des modificateurs pour obtenir une rémunération adéquate.
- Considérer l'instauration d'un bonus trimestriel dans l'incitatif à la PCMC pour le traitement des patients atteints de TLUS. Le traitement de ces patients est une responsabilité continue qui ne correspond pas toujours aux heures de travail prévues. Un bonus trimestriel pourrait favoriser les soins continus et rémunérer le travail fait en dehors des heures cliniques.
- Instaurer une feuille de soins normalisée pour le traitement des TLUS intégrant les lignes directrices de la pratique clinique inspirée des feuilles de soins pour le diabète.

1.2. Instaurer des codes pour encourager et rémunérer l'accueil de patients, la première évaluation et la première consultation

Les participants ont proposé l'instauration de nouveaux codes de facturation incitant les médecins à prendre en charge les patients atteints de TLUS et les rémunérant adéquatement pour la première évaluation de ces patients, qui est souvent complexe. Ils ont aussi proposé d'instaurer un code de facturation rémunérant les médecins pour le temps consacré à une consultation avec un patient atteint de TLUS. Dans la plupart des provinces, la facturation d'une consultation n'est accessible qu'au médecin qui la demande, pas au médecin qui fait la consultation.

Les participants ont fait les recommandations suivantes :



- Instaurer un incitatif d'accueil pour encourager les médecins de famille à prendre en charge les patients atteints de TLUS.
- Offrir un incitatif aux médecins qui traitent des patients atteints de TLUS n'ayant pas de numéro d'assurance maladie provincial, parce qu'il n'y a actuellement aucun incitatif à la prise en charge de ces patients.
- Instaurer un taux horaire de base pour rémunérer les premières évaluations prenant plus de temps que prévu (de 45 à 90 minutes) et pour représenter la complexité sociale et médicale de ces patients, avec des modificateurs afin de permettre aux médecins de facturer par tranches de 15 minutes.
- Augmenter la rémunération des consultations à un taux plus élevé qu'une consultation habituelle plus la psychothérapie pour rémunérer les médecins de famille pour leur temps de bureau ainsi que pour leur formation.

1.3. Instaurer des codes qui favorisent la prise en charge continue des patients atteints de troubles liés à l'usage de substances

Les participants ont parlé de la nécessité de créer des codes soutenant les médecins dans la prise en charge continue des patients atteints de TLUS. Ils ont ciblé deux dimensions à ce besoin. L'une d'elles est de rémunérer les médecins pour le travail effectué qui est essentiel au traitement de ces patients, mais qui n'est actuellement pas couvert par les codes de facturation (comme les appels à la pharmacie ou aux membres de la famille). La seconde est le besoin de faire correspondre le soin de ces patients au modèle de PCMC pour les autres maladies, comme le diabète, en créant des codes pour les soins continus intégrés.

Les recommandations des participants étaient d'instaurer des codes de participation :

- pour le travail de communication nécessaire à l'offre de soins continus intégrés aux patients, comme les communications avec d'autres professionnels de la santé (p. ex. les pharmaciens), les patients et leur famille et les autres soutiens communautaires;
- pour stabiliser les patients après une récurrence de l'usage;
- pour payer pour les consultations avec des conseillers (comme les travailleurs sociaux) et d'autres professionnels de la santé mentale (comme des infirmières et des infirmières praticiennes).

2. Mode de rémunération différent : la rémunération mixte

Quatorze participants ont recommandé l'instauration d'un mode de rémunération mixte pour favoriser le traitement des TLUS et soutenir financièrement les médecins qui offrent actuellement ces soins. Bien que les participants ne s'entendaient pas sur les détails du modèle mixte, ils étaient d'accord sur sa structure générale : un salaire de base avec des codes de facturation ajoutés qui pourraient être utilisés pour majorer le salaire de base et assouplir le modèle. Les modes de rémunération salariaux, par allocations, par séance et horaire ont tous été proposés pour le salaire de base.

Les participants ont nommé une large gamme d'avantages offerts par un mode de rémunération mixte :

- Offrir aux médecins un revenu prévisible indépendant des codes de service, tout en les incitant à offrir des soins intégrés aux patients atteints de TLUS;



- Donner la capacité d'absorber les absences aux rendez-vous sans devoir surcharger l'horaire pour assurer un revenu adéquat;
- Rémunérer les médecins pour le travail hors site et le travail effectué à l'extérieur d'une consultation.

Certains participants ont proposé des variations au mode de rémunération mixte ou des particularités supplémentaires. Un participant a recommandé le paiement par capitation, selon lequel la complexité des cas détermine la rémunération sur une base trimestrielle. Un autre a proposé un honoraire de base pour une demi-journée afin d'offrir plus de liberté aux médecins qu'avec la rémunération à l'acte. Un troisième a proposé une rémunération selon un salaire de base variable, qui récompense les médecins selon leur niveau d'expérience en soins pour cette population, en combinaison avec des codes de facturation additionnels qui récompensent les médecins pour le volume de patients. Un quatrième a proposé un salaire horaire (p. ex. 175 \$ de l'heure) compétitif avec les salaires horaires des autres médecins (comme pour la médecine interne), argumentant qu'un taux horaire attirerait plus de médecins de famille aux cas d'usage de substances et offrirait du soutien de la part des collègues en cas d'urgence.

3. Autres solutions

Les participants ont mentionné des lacunes et des occasions d'améliorer les pratiques de facturation et les soins pour cette population de patients à l'échelle du système de santé. Plusieurs ont cité des pratiques exemplaires issues de leur propre formation et de leur expérience professionnelle. Les participants ont fait trois types de propositions de changement : 1) améliorer la formation officielle sur la facturation et les ressources provinciales en la matière; 2) offrir du financement à des collègues professionnels de la santé; 3) renforcer les services psychosociaux communautaires et l'éducation anti-stigmatisation.

3.1. Améliorer la formation officielle sur la facturation et les ressources provinciales en la matière

L'un des thèmes que nous avons identifié dans les entrevues des participants était le manque de formation officielle et de soutien continu en matière de facturation. De nombreux participants ont noté qu'ils avaient reçu peu ou pas de formation officielle sur la facturation pendant leurs études, particulièrement pour les maladies chroniques complexes. À leur manque de préparation à l'école de médecine et pendant leur résidence quant à la facturation pour les patients présentant des maladies chroniques complexes s'ajoutaient des codes de facturation inadéquats pour le traitement des patients atteints de TLUS et des ressources provinciales non uniformes et caractérisées comme difficiles d'accès, rarement disponibles ou non pertinentes. Les participants ont décrit avoir l'impression d'apprendre « sur le tas » la facturation pour le traitement des TLUS. Plusieurs participants sont revenus sur ce problème plus tard dans l'entrevue en faisant une recommandation spécialement sur le besoin d'une meilleure formation pour les étudiants en médecine et les résidents et sur le besoin d'instaurer des mécanismes de soutien à la facturation améliorés pour aider les médecins en exercice.

Les participants ont fait deux recommandations visant l'amélioration de la formation officielle sur la facturation et des ressources provinciales en la matière. L'une d'elles est de fournir une formation complète sur la facturation aux étudiants en médecine et aux résidents pour les préparer à facturer de manière appropriée dès leur entrée en cabinet privé. L'autre est que les autorités médicales provinciales (les associations et l'assurance maladie) remédient aux lacunes dans le soutien continu provincial en matière de facturation.



Ils ont particulièrement recommandé que les écoles de médecine :

- offrent de la formation sur la facturation aux résidents afin qu'ils terminent leurs études en connaissant une partie de ces codes et en étant en mesure de trouver les ressources provinciales;
- intègrent la médecine familiale à la rotation des résidents pour les former à facturer différentes consultations et les incitatifs liés, une action importante pour la durabilité de la pratique d'un médecin;
- envisagent l'instauration d'une compétition de facturation à la résidence en tant que méthode d'enseignement des pratiques de facturation et des codes.

Ils ont aussi recommandé que les autorités médicales provinciales :

- établissent une compilation de ressources faciles d'accès sur la facturation en plus d'un service d'assistance accessible;
- créent des modules de formation continue sur la facturation portant particulièrement sur les populations de patients présentant des maladies complexes (p. ex. TLUS, schizophrénie, diabète, gériatrie, patients fragiles) pour appuyer les pratiques de facturation.

3.2. Offrir du financement à des collègues professionnels de la santé

En plus de recommander que les provinces reconnaissent les TLUS comme des maladies chroniques et instaurent de nouveaux codes pour la prise en charge de patients complexes, les participants ont aussi mentionné croire que les modifications aux modes de rémunération et aux incitatifs sont nécessaires, mais insuffisantes pour améliorer la qualité des soins pour les patients. Ils ont exprimé le désir d'avoir les ressources nécessaires pour embaucher d'autres professionnels de la santé afin d'offrir des soins multidisciplinaires en cabinet. Certains participants ont recommandé que les innovations soient inspirées directement du modèle de soins pour le diabète, comme l'instauration d'un éducateur en dépendance qui pourrait faire des consultations avec les patients du cabinet.

3.3. Renforcer les services psychosociaux communautaires et l'éducation anti-stigmatisation

Une dernière recommandation des participants était que les provinces reviennent à un modèle de réduction des méfaits afin d'aider les patients à devenir des membres productifs de la société. Un élément central au soutien des patients est le renforcement des programmes de traitement communautaires qui offrent entre autres des services psychosociaux, comme le counseling sur la vie professionnelle. Les participants de cinq provinces ont parlé des longs délais d'attente pour les programmes de désintoxication aux opioïdes et pour les cliniques de douleur dans leur communauté, ainsi que d'autres obstacles à l'accès aux services. La participante du Québec a ciblé le manque de personnel qualifié dans les programmes de traitement communautaires pour les patients atteints de TLUS et les défis liés à la collaboration avec des conseillers qui n'ont pas de formation professionnelle. Une autre a dit que les médecins de sa province ne savaient tout simplement pas où diriger leurs patients pour un counseling. Un troisième trouvait que les médecins ne savaient souvent pas comment offrir une approche de soins globale. Au vu de ces inquiétudes, il serait nécessaire d'accroître la capacité des services psychosociaux communautaires. Les conseillers devraient être accrédités afin de pouvoir collaborer avec les médecins de premier recours. Parce que les médecins ou les patients peuvent ne pas connaître ces services et la façon d'y accéder, les provinces devraient en faire la



promotion. Ces efforts sont nécessaires pour lier les soins primaires en cabinet au soutien continu des patients dans la communauté.

Un deuxième élément crucial au soutien des patients est la formation anti-stigmatisation destinée aux médecins et aux autres professionnels de la santé. Les participants ont noté que la stigmatisation en lien avec l'usage de substances est un obstacle important à la recherche de traitement et à la présence des patients à leurs rendez-vous. Les patients peuvent se sentir coupables ou honteux, ou avoir peur d'être étiquetés. Il faudra plus d'efforts en matière d'éducation pour réduire la stigmatisation et la marginalisation des patients, non seulement pour encourager les patients à rechercher un traitement, mais aussi pour réduire les préjugés des médecins envers eux.

Ces recommandations des participants de renforcer les services psychosociaux communautaires et la formation anti-stigmatisation concordent avec le grand message selon lequel l'amélioration du traitement des TLUS demande non seulement de rémunérer les médecins de famille pour leur travail et de favoriser les soins intégrés, mais aussi de soutenir la prise en charge des patients dans leur communauté. Comme un participant nous l'a rappelé, l'offre de soins appropriés à cette population de patients prend autant de temps que la prise en charge d'un patient diabétique. L'offre de soins optimaux sera atteinte en restructurant l'environnement de soins, pas seulement en modifiant les codes de facturation, a dit un autre. Au vu de ces propositions de changement, le traitement du diabète pourrait être un modèle duquel s'inspirer pour améliorer le traitement des patients atteints de TLUS parce qu'il s'agit d'une maladie chronique à prévalence élevée et qu'il existe actuellement des incitatifs bien établis pour encourager la prise en charge étroite des patients fondée sur des données probantes.



Limites

Il faut tenir compte des limites de cette étude à l'interprétation des conclusions. Bien que la cible de recrutement pour chaque province ait été de quatre participants, nous l'avons seulement atteinte dans deux provinces (C.-B. et Man.), et nous nous en sommes rapprochés dans deux autres provinces (Ont. et N.-B.). Dans deux provinces (Alb. et Sask.), nous avons seulement recruté la moitié de notre cible (deux participants), et dans quatre provinces (Qc, N.-É., Î.-P.-É. et T.-N.-L.), nous n'avons recruté qu'un participant. En raison de cette variation, nous avons obtenu un volume de données plus abondant des provinces comptant trois ou quatre participants (C.-B., Man., Ont. et N.-B.), et nous avons dû nous contenter d'un ou deux participants pour les résultats de six provinces (Alb., Sask., Qc, N.-É., Î.-P.-É. et T.-N.-L.). Il est probable que d'avoir mené l'étude en anglais seulement explique la difficulté que nous avons eue à recruter des participants du Québec. Nous n'avons pas recruté de participants des territoires parce que la plupart des médecins dans ces régions ne sont pas rémunérés à l'acte.

L'échantillon final comptait plus de femmes que d'hommes (14 et 8, respectivement). Les conclusions pourraient avoir été influencées par ce déséquilibre, puisque la recherche suggère que les femmes médecins ont une pratique différente de leurs collègues masculins (Bertakis, Helms, Callahan, Azari et Robbins, 1995; Hedden et coll., 2014; Keane, Woodward, Ferrier, Cohen et Goldsmith, 1991). De plus, aucun de nos participants n'a indiqué que son principal milieu de travail était situé en région nordique ou éloignée. Ce manque de représentation pourrait avoir influencé les conclusions, car les médecins travaillant en région éloignée pourraient avoir des caractéristiques et des pratiques différentes de ceux travaillant en milieu urbain (Hogenbirk, Pong, Tesson et Strasser, 2004).

L'équipe de recherche a utilisé un échantillonnage par choix raisonné, une stratégie de recrutement habituelle pour les études qualitatives, pour recruter un maximum de quatre participants dans chacune des 10 provinces. Les échantillons des études qualitatives ne visent pas à être représentatifs de la population générale : la valeur de l'échantillonnage par choix raisonné pour cette étude réside dans l'obtention de points de vue, de pratiques, d'inquiétudes et de recommandations diversifiés illustrant les méthodes et les raisons sous-tendant la rémunération des médecins. Toutefois, cette méthode comporte un risque de biais d'autosélection. Par exemple, il est possible que des médecins qui étaient très motivés à partager leurs expériences de rémunération avec l'équipe ou qui avaient des points de vue forts sur la rémunération et le traitement des TLUS aient été plus faciles à recruter. Dans les études qualitatives, ce biais est souvent vu comme un avantage, puisque les entrevues sont plus riches lorsque les participants sont disposés à donner des histoires détaillées et à révéler leur opinion sur des sujets controversés.

Nous avons observé que le franc-parler et la force de l'opinion des participants variaient. Quelques participants étaient très ouverts et ont exprimé des points de vue polarisants. D'autres étaient plus réservés ou ont exprimé des opinions modérées. La plupart des participants se trouvaient entre ces deux pôles. Comme l'équipe a recruté au moins un participant dans chacune des 10 provinces, l'étude a réussi à obtenir une variété d'expériences et de points de vue au Canada. Toutefois, en raison de la variation dans la taille des échantillons des différentes provinces, nous sommes moins confiants que l'étude a pu capturer une variété de points de vue, de pratiques, d'inquiétudes et de recommandations dans chaque province.

Bien que plusieurs participants aient décrit les codes qu'ils utiliseraient lors d'une consultation typique avec un patient atteint de TLUS, l'équipe n'a pas explicitement demandé à chaque participant de raconter une telle consultation, de nommer les codes choisis et de les expliquer. Si nous avons posé cette question à chaque participant, nous aurions obtenu un portrait plus cohérent



des ressources provinciales et des lacunes. Les réponses à cette question auraient permis de comparer les connaissances des médecins quant aux codes de facturation et aux incitatifs au sein des provinces et entre elles.

L'absence de publication synthétisant les codes de PCMC des 10 provinces représente une lacune dans la recherche sur le contexte ainsi qu'une limite à l'analyse des données. Avant les entrevues, l'équipe n'avait fait qu'une analyse partielle des guides de facturation provinciaux pour identifier les codes de PCMC disponibles. De plus, parce que chaque guide de facturation provincial est différent, il a été difficile d'en extraire les données sur les codes de PCMC. Ce défi nous empêche d'être confiants que notre étude est exhaustive. C'est seulement après l'analyse des données des entrevues que nous avons obtenu les ressources nécessaires pour terminer notre examen des guides de facturation des 10 provinces. Ainsi, l'équipe n'a pas été en mesure de comparer les perspectives des participants quant aux codes de PCMC qui leur étaient accessibles avec un profil indépendant de ceux-ci. Cette impossibilité de comparer a limité notre analyse et notre discussion.

La qualité audio des trois premières entrevues était mauvaise, et les transcriptions de ces entrevues présentaient des lacunes là où le transcripateur n'est pas arrivé à reconnaître des mots ou à transcrire complètement certains passages. Nous avons tiré moins d'information de ces trois entrevues pour notre analyse. Le problème de qualité audio a été réglé pour le reste des entrevues grâce à l'utilisation d'un système de conférence externe. La qualité de la connexion téléphonique était mauvaise dans certaines entrevues lorsqu'un téléphone cellulaire ou la fonction haut-parleur étaient utilisés. Les participants ont appelé le système de conférence tant du bureau que de la maison, et le fil de certaines entrevues a parfois été interrompu par des activités ou du bruit à l'emplacement du participant, ce qui a aussi créé des lacunes dans les transcriptions.



Orientations possibles pour la recherche

Les conclusions de cette étude proposent que la recherche s'attaque à l'avenir aux lacunes dans notre compréhension de l'amélioration du traitement des TLUS dans le contexte d'un mode de rémunération à l'acte pour appuyer les solutions de rechange soulignées dans ce rapport.

- 1. Points de vue des patients atteints de TLUS.** On ne connaît pas l'expérience des patients atteints de TLUS quant à l'accès aux soins primaires et au soutien communautaire. Leur opinion et leurs recommandations sont pourtant essentielles à l'adoption de traitements complets des TLUS axés sur le patient. Qu'ont à dire les patients sur l'accès aux soins primaires et au soutien communautaire? Quels obstacles rencontrent-ils quant à la planification des rendez-vous et à leur présence, ou quant à l'aiguillage pour le traitement et le counseling? Quelle est leur expérience des soins primaires prodigués par une équipe multidisciplinaire? Peuvent-ils faire des recommandations pour réduire la stigmatisation associée à la recherche de soins primaires et de traitement?
- 2. Formation des médecins sur l'offre de soins intégrés pour les TLUS.** Les médecins de famille ont à cœur d'offrir des soins à ces patients. Toutefois, il leur faudrait peut-être plus de formation et de soutien pour réduire la stigmatisation vécue par les patients, et pour créer des liens entre les soins primaires et les soins communautaires continus. Quelles pratiques exemplaires inciteront les patients à se présenter à leurs rendez-vous? Quelle est l'information sur les traitements communautaires et le counseling dont les médecins ont besoin et quels sont les meilleurs moyens de la leur fournir?
- 3. Instaurer les modes de rémunération mixtes pour favoriser et rémunérer le traitement des TLUS.** Quels sont les avantages et les coûts liés aux différents modes de rémunération mixtes pour le traitement des TLUS? Quels efforts doivent être faits pour encourager de nouveaux médecins de famille à traiter les TLUS selon un mode de rémunération mixte? Comment peut-on structurer les modes de rémunération mixtes pour faciliter les soins primaires multidisciplinaires?
- 4. Instaurer de nouveaux incitatifs à la PCMC pour le traitement des TLUS.** Comment la Colombie-Britannique, le Québec et Terre-Neuve-et-Labrador ont-ils instauré des incitatifs de PCMC à leurs guides de facturation, et quelles leçons peut-on en tirer? Quels sont les obstacles à l'instauration d'incitatifs à la PCMC pour les TLUS dans les provinces qui ne les offrent pas déjà?
- 5. Formation des résidents en médecine familiale sur la facturation pour la PCMC.** Quelles compétences minimales en facturation pour les maladies chroniques les résidents devraient-ils acquérir avant la fin de leurs études? Quelles sont les lacunes mises en évidence par les nouveaux médecins de famille dans leurs connaissances sur la facturation pour les maladies chroniques? Existe-t-il des modèles de formation efficaces ou des pratiques exemplaires pour enseigner la facturation des maladies chroniques aux résidents?
- 6. La prise en charge du diabète comme modèle potentiel pour les soins complets des TLUS.** Quelles pratiques exemplaires de prise en charge du diabète peut-on adapter au traitement des TLUS?
- 7. Prestation de soins primaires des TLUS dans les régions nordiques et éloignées.** Une limite importante de cette étude est le manque de données et d'analyse sur la différence entre la prestation de soins primaires et communautaires en région nordique ou éloignée et en ville, en banlieue et en campagne. Quels obstacles les médecins rencontrent-ils lors de la prestation de soins dans ces communautés? De quelles formes d'aide supplémentaire ont-ils besoin? Existe-t-il des pratiques exemplaires de prestation de soins et de traitement dans les communautés nordiques et éloignées qui pourraient être adaptées aux communautés urbaines, de banlieue ou rurales?



Conclusion

Les médecins de famille interviewés pour cette étude ont profondément à cœur de fournir des soins intégrés aux patients atteints de TLUS. Ces patients présentent toutefois souvent des complexités médicales et sociales qu'on ne retrouve pas chez les patients atteints d'autres maladies chroniques. De plus, la stigmatisation des TLUS complique le traitement. Les entrevues avec des médecins de soins primaires réalisées dans cette étude nous permettent de conclure que la RAA n'est pas adéquatement structurée pour offrir à ces patients le traitement approprié. Les médecins le savent et éprouve de la frustration à ce sujet. Les lacunes de la RAA pour le traitement des TLUS existent depuis longtemps, et il est grand temps de les combler. Les solutions potentielles présentées dans ce rapport sont un point de départ pour la restructuration de la RAA par les provinces et pour en augmenter la capacité et en assouplir l'application afin que les médecins de famille puissent offrir des soins appropriés et intégrés à ces personnes vulnérables.

Les tensions entre le traitement des patients atteints de TLUS et le système de rémunération à l'acte mentionnées par les participants incluent le défi d'encourager le volume tout en accordant le temps nécessaire aux complexités de ces patients, et le risque de perdre des revenus si le patient ne se présente pas ou de devoir écourter des consultations en raison d'un horaire surchargé pour compenser le risque d'absence. Les participants ont aussi nommé la nécessité de rémunérer adéquatement les médecins pour toute l'étendue du travail lié au traitement de ces patients, qui va au-delà de la consultation, et de favoriser tant les soins intégrés que les soins continus pour ces patients.

Pour ce faire, tous les guides de facturation provinciaux pourraient considérer les TLUS comme une maladie chronique caractérisée par la stigmatisation. Cette reconnaissance devrait être accompagnée d'incitatifs et d'une rémunération appropriée pour les médecins de famille afin qu'ils puissent offrir des soins intégrés fondés sur des données probantes. Les incitatifs et les modes de rémunération devraient au minimum correspondre à ceux offerts pour les autres maladies chroniques, mais ils devraient aussi tenir compte des besoins uniques des patients atteints de TLUS et des difficultés associées aux soins intégrés pour cette population, par exemple la nécessité de prendre en charge de plus d'un problème en une seule visite, ce qui donne un flux de travail imprévisible pour ces patients, ainsi que d'offrir des soins multidisciplinaires en cabinet.

Au-delà des changements à la RAA, il est primordial que les provinces renforcent l'infrastructure et les systèmes entourant la médecine familiale. Une approche à trois piliers tiendrait compte de la formation et du soutien en matière de facturation, des autres modes de rémunération et du traitement psychosocial communautaire. D'abord, on offrirait aux étudiants en médecine et aux résidents partout au Canada une formation complète sur la facturation pour les maladies chroniques pendant leur scolarité et de garantir l'accès à des ressources de facturation gratuite et à jour pour les médecins de famille. Ensuite, on considérerait le meilleur mode de rémunération, y compris un mode de rémunération mixte, pour inciter les médecins à offrir des soins intégrés et à adopter des soins multidisciplinaires en équipe pour le traitement des patients atteints de TLUS. Les nouveaux médecins devraient pouvoir choisir leur mode de rémunération. Le troisième pilier serait le financement et l'expansion des services de traitement communautaires offrant du counseling psychosocial afin de compléter et de soutenir le counseling limité offert par les médecins de famille lors d'une consultation en cabinet dans le mode de rémunération à l'acte.

Les médecins de famille sont d'importants intervenants dans un système de santé qui connaît actuellement une augmentation du nombre de patients complexes atteints de TLUS. Ils veulent mener le changement et ont beaucoup à dire. Ils devraient être consultés et lors de l'élaboration et de l'instauration de solutions qui leur permettraient d'améliorer les soins et le soutien pour leurs patients, et y participer.



Bibliographie

- Ashford, R.D., A.M. Brown et B. Curtis. « Substance use, recovery, and linguistics: The impact of word choice on explicit and implicit bias », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 189 (2018), p. 131–138.
- Association médicale canadienne. *New in Practice*, 2015. Consulté sur le site : <https://legacy.cma.ca//Assets/assets-library/document/en/practice-management-and-wellness/NewInPractice2015-e.pdf>
- Association médicale canadienne. *Basic physician facts*, 2018. Consulté sur le site : <https://legacy.cma.ca/En/Pages/basic-physician-facts.aspx>
- Basu, K. et D. Mandelzys. « The modes of physician remuneration and their effect on direct patient contact », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 48, n° 1 (2008), p. 41–59.
- Beaulieu, M.D., J. Haggerty, P. Tousignant, J. Barnsley, W. Hogg, R. Geneau, ... et N. Dragieva. « Characteristics of primary care practices associated with high quality of care », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 185, n° 12 (2013), p. E590–E596.
- Beaulieu, M.D., R. Geneau, C. Del Grande, J.L. Denis, É. Hudon, J.L. Haggerty, ... et W. Hogg. « Providing high-quality care in primary care settings: How to make trade-offs », *Le médecin de famille canadien*, vol. 60, n° 5 (2014), p. e281–e289.
- Bertakis, K.D., L.J. Helms, E.J. Callahan, R. Azari et J.A. Robbins. « The influence of gender on physician practice style », *Medical Care*, vol. 33, n° 4 (1995), p. 407–416.
- Blomqvist, A. et C. Busby. *How to pay family doctors: Why “pay per patient” is better than fee for service*, Toronto, CD Howe Institute, 2012.
- Brcic, V., M.J. McGregor, J. Kaczorowski, S. Dharamsi et S. Verma. « Practice and payment preferences of newly practising family physicians in British Columbia », *Le médecin de famille canadien*, vol. 58, n° 5 (2012), p. e275–e281.
- Bowman, S., J. Eiserman, L. Beletsky, S. Stancliff et R.D. Bruce. « Reducing the health consequences of opioid addiction in primary care », *American Journal of Medicine*, vol. 126, n° 7 (2013), p. 565–571.
- Campbell, D.J., P. Sargious, R. Lewanczuk, K. McBrien, M. Tonelli, B. Hemmelgarn et B. Manns. « Use of chronic disease management programs for diabetes: In Alberta's primary care networks », *Le médecin de famille canadien*, vol. 59, n° 2 (2013), p. e86–e92.
- Clelland, C.A. « Building the business case for allied health care professionals in family physician practices in British Columbia », *BC Medical Journal*, vol. 57, n° 1 (2016), p. 15–17.
- Corbin, J. et A. Strauss. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (Fourth ed.)*, Los Angeles, SAGE, 2015.
- Dahrouge, S., W. Hogg, N. Ward, M. Tuna, R.A. Devlin, E. Kristjansson, ... et K. Pottie. « Delivery of primary health care to persons who are socio-economically disadvantaged: Does the organizational delivery model matter? », *BMC Health Services Research*, vol. 13, n° 1 (2013), p. 517.
- Degenhardt, L. et W. Hall. « Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease », *The Lancet*, vol. 379, n° 9810 (2012), p. 55–70.



- Devlin, R.A. et S. Sarma. « Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians », *Journal of Health Economics*, vol. 27, n° 5 (2008), p. 1168–1181.
- Dusheiko, M., T. Doran, H. Gravelle, C. Fullwood et M. Roland. « Does higher quality of diabetes management in family practice reduce unplanned hospital admissions? », *Health Services Research*, vol. 46, n° 1 Pt 1 (2011), p. 27–46.
- Ferrer, R.L. « Pursuing equity: Contact with primary care and specialist clinicians by demographics, insurance, and health status », *Annals of Family Medicine*, vol. 5, n° 6 (2007), p. 492–502.
- Gavagan, T.F., H. Du, B.G. Saver, G.J. Adams, D.M. Graham, R. McCray et G.K. Goodrick. « Effect of financial incentives on improvement in medical quality indicators for primary care », *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 23, n° 5 (2010), p. 622–631.
- Goddu, A.P., K.J. O’Conor, S. Lanzkron, M.O. Saheed, S. Saha, M.E. Peek, ... et M.C. Beach. « Do words matter? Stigmatizing language and the transmission of bias in the medical record », *Journal of general internal medicine*, vol. 33, n° 5 (2018), p. 685–691.
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l’usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l’usage de substances au Canada (2007-2014)*, préparé par l’Institut canadien de recherche sur l’usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances, 2018.
- Hedden, L., M.L. Barer, K. Cardiff, K.M. McGrail, M.R. Law et I.L. Bourgeault. « The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review », *Human Resources for Health*, vol. 12, n° 1 (2014), p. 32.
- Hogenbirk, J.C., R.W. Pong, G. Tesson et R. Strasser. *Do rural physicians practice differently than urban physicians? Evidence from a Canada-wide survey of family physicians*, présentation faite lors de la cinquième conférence de la Société canadienne de recherche en santé rurale et du quatrième congrès international des infirmières et infirmiers spécialistes de la santé rurale, Sudbury (Ont.), octobre 2004.
- Holmes, D. « Prescription drug addiction: the treatment challenge », *The Lancet*, vol. 379, n° 9810 (2012), p. 17–18.
- Hutchinson, E., M. Catlin, C.H.A. Andrilla, L.M. Baldwin et R.A. Rosenblatt. « Barriers to primary care physicians prescribing buprenorphine », *Annals of Family Medicine*, vol. 12, n° 2 (2014), p. 128–133.
- Institut canadien d’information sur la santé. *National physicians database 2015–16*, 2017a. Consulté sur le site : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/npdb_data_tables_phys2016_en.zip
- Institut canadien d’information sur la santé. *Les médecins au Canada, 2016 : rapport sommaire*, 2017b. Consulté sur le site : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/les_medecins_au_canada_phys2016.pdf
- Jamison, R.N., K.A. Sheehan, E. Scanlan, M. Matthews et E.L. Ross. « Beliefs and attitudes about opioid prescribing and chronic pain management: Survey of primary care providers », *Journal of Opioid Management*, vol. 10, n° 6 (2014), p. 375–382.



- Kaner, E.F., N. Brown et K. Jackson. « A systematic review of the impact of brief interventions on substance use and co-morbid physical and mental health conditions », *Mental Health and Substance Use*, vol. 4, n° 1 (2011), p. 38–61.
- Kaner, E., M. Bland, P. Cassidy, S. Coulton, V. Dale, P. Deluca, ... et D. Newbury-Birch. « Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial », *British Medical Journal*, vol. 346 (2013), p. e8501.
- Keane, D., C.A. Woodward, B.M. Ferrier, M. Cohen et C.H. Goldsmith. « Female and male physicians: Different practice profiles: Will increasing numbers of female GPs affect practice patterns of the future? », *Le médecin de famille canadien*, vol. 37 (1991), p. 72–81.
- Kennedy-Hendricks, A., S.H. Busch, E.E. McGinty, M.A. Bachhuber, J. Niederdeppe, S.E. Gollust, ... et C.L. Barry. « Primary care physicians' perspectives on the prescription opioid epidemic », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 165 (2016), p. 61–70.
- Khan, S. « Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 28, n° 8 (2017), p. 3–8.
- Kim, T.W., R. Saitz, D.M. Cheng, M.R. Winter, J. Witas et J.H. Samet. « Initiation and engagement in chronic disease management care for substance dependence », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 115, n° 1–2 (2011), p. 80–86.
- Kim, T.W., R. Saitz, D.M. Cheng, M.R. Winter, J. Witas et J.H. Samet. « Effect of quality chronic disease management for alcohol and drug dependence on addiction outcomes », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 43, n° 4 (2012), p. 389–396.
- Kiran, T., J.C. Victor, A. Kopp, B.R. Shah et R.H. Glazier. « The relationship between financial incentives and quality of diabetes care in Ontario, Canada », *Diabetes Care*, vol. 35, n° 5 (2012), p. 1038–1046.
- Kiran, T., J.C. Victor, A. Kopp, B.R. Shah et R.H. Glazier. « The relationship between primary care models and processes of diabetes care in Ontario », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 38, n° 3 (2014), p. 172–178.
- Kiran, T., A. Kopp, R. Moineddin et R.H. Glazier. « Longitudinal evaluation of physician payment reform and team-based care for chronic disease management and prevention », *JAMC : Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 187, n° 17 (2015), p. E494–E502.
- Klimas, J., W. Small, K. Ahamad, W. Cullen, A. Mead, L. Rieb, ... et R. McNeil. « Barriers and facilitators to implementing addiction medicine fellowships: a qualitative study with fellows, medical students, residents and preceptors », *Addiction Science & Clinical Practice*, vol. 12, n° 1 (2017), p. 21.
- Laberge, M. et A.J. Kone Pefoyo. « Assessing the effectiveness of policies to reduce diabetes hospitalizations before and after the reforms of physician payment and primary care organization in British Columbia and Alberta », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 40, n° 5 (2016), p. 406–410.
- Lavergne, M.R., M.R. Law, S. Peterson, S. Garrison, J. Hurley, L. Cheng et K. McGrail. « Effect of incentive payments on chronic disease management and health services use in British Columbia, Canada: Interrupted time series analysis », *Health Policy*, vol. 122, n° 2 (2017), p. 157–164.



- Liddy, C., J. Singh, W. Hogg, S. Dahrouge et M. Taljaard. « Comparison of primary care models in the prevention of cardiovascular disease — a cross sectional study », *BMC Family Practice*, vol. 12, n° 1 (2011), p. 114.
- Marchildon, G.P. « Canada: Health system review », *Health Systems in Transition*, vol. 15, n° 1 (2013), p. 1–179.
- McGovern, M.P., D.J. Williams, P.C. Hannaford, M.W. Taylor, K.E. Lefevre, M.A. Boroujerdi et C.R. Simpson. « Introduction of a new incentive and target-based contract for family physicians in the UK: Good for older patients with diabetes but less good for women? », *Diabetic Medicine*, vol. 25, n° 9 (2008), p. 1083–1089.
- MD Physician Services. *Module 8: Physician Remuneration Options* [fichier PDF], 2012. Consulté sur le site : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/practice-management-and-wellness/module-8-physician-remuneration-options-e.pdf>
- Meadows, G., P. Burgess, I. Bobevski, E. Fossey, C. Harvey et S.T. Liaw. « Perceived need for mental health care: influences of diagnosis, demography and disability », *Psychological Medicine*, vol. 32, n° 2 (2002), p.299–309.
- Miedema, B., J. Easley, A.E. Thompson, A. Boivin, K. Aubrey-Bassler, A. Katz, ... et W.P. Wodchis. « Do new and traditional models of primary care differ with regard to access? », *Le médecin de famille canadien*, vol. 62, n° 1 (2016), p. 54–61.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues 2017*, New York, Nations Unies, 2017. Consulté sur le site : www.unodc.org/wdr2017/
- Office of the Surgeon General. *Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health*, Washington (D.C.), Department of Health and Human Services, 2016.
- Patton, M.Q. *Qualitative research and evaluation methods (3rd ed.)*, Thousand Oaks (CA), Sage Publications, 2002.
- Pilowsky, D.J. et L.T. Wu (2012). « Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: A review », *Substance Abuse and Rehabilitation*, vol. 3 (2012), 25–34.
- Russell, G.M., S. Dahrouge, W. Hogg, R. Geneau, L. Muldoon et M. Tuna. « Managing chronic disease in Ontario primary care: The impact of organizational factors », *Annals of Family Medicine*, vol. 7, n° 4 (2009), p. 309–318.
- Saitz, R., M.J. Larson, C. LaBelle, J. Richardson et J.H. Samet. « The case for chronic disease management for addiction », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 2, n° 2 (2008), p. 55.
- Saitz R. et T.P. Daaleman. « Now is the time to address substance use disorders in primary care », *Annals of Family Medicine*, vol. 15, n° 4 (2017), p. 306–308.
- Sarma, S., R.A. Devlin, B. Belhadji et A. Thind. « Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity », *Health Policy*, vol. 98, n° 2–3 (2010), p. 203–217.
- Shojania, K.G., S.R. Ranji, K.M. McDonald, J.M. Grimshaw, V. Sundaram, R.J. Rushakoff et D.K. Owens. « Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: A meta-regression analysis », *JAMA*, vol. 296, n° 4 (2006), p. 427–440.



- Sondage national des médecins. *Sondage national 2004 auprès des médecins (SNM) : données démographiques nationales*, 2004. Consulté sur le site : <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/10/NPS2004-National-Binder-fr.pdf>
- Sondage national des médecins. *2013 Résultats des médecins de famille par sexe et âge*, 2013. Consulté sur le site : <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/result/2013-resultats-des-medecins-de-famille-par-certification-sexe-et-age/>
- Sørensen, R.J. et J. Grytten. « Service production and contract choice in primary physician services », *Health Policy*, vol. 66, n° 1 (2003), p. 73–93.
- Steele, L.S., A. Durbin, L.M. Sibley et R. Glazier. « Inclusion of persons with mental illness in patient-centred medical homes: Cross-sectional findings from Ontario, Canada », *Open Medicine*, vol. 7, n° 1 (2013), p. e9–e20.
- Storholm, E.D., A.J. Ober, S.B. Hunter, K.M. Becker, P.O. Iyiewuare, C. Pham et K.E. Watkins. « Barriers to integrating the continuum of care for opioid and alcohol use disorders in primary care: A qualitative longitudinal study », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 83 (2017), p. 45–54.
- Stringer, K.L. et E.H. Baker. « Stigma as a barrier to substance abuse treatment among those with unmet need: An analysis of parenthood and marital status », *Journal of Family Issues*, vol. 39, n° 1 (2018), p. 3–27.
- Sunderland, A. et L.C. Findlay. « Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012) », *Rapports sur la santé*, vol. 24, n° 9 (2013), p. 3-9.
- Tai, B. et N.D. Volkow. « Treatment for substance use disorder: opportunities and challenges under the Affordable Care Act », *Social Work in Public Health*, vol. 28, n° 3–4 (2013), p. 165–174.
- Town, R., R. Kane, P. Johnson et M. Butler. « Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: a systematic review », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, n° 2 (2005), p. 234–240.
- Tricco, A.C., N.M. Ivers, J.M. Grimshaw, D. Moher, L. Turner, Galipeau, J., ... & Tonelli, M. (2012). Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9833), 2252–2261.
- Urbanoski, K., D. Inglis et S. Veldhuizen. « Service use and unmet needs for substance use and mental disorders in Canada », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 62, n° 8 (2017), p. 551–559.
- Van Boekel, L.C., E.P. Brouwers, J. Van Weeghel et H.F. Garretsen. « Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review », *Drug & Alcohol Dependence*, vol. 131, n° 1 (2013), p. 23–35.
- Wu, L.T., U.E. Ghitza, H. Zhu, S. Spratt, M. Swartz et P. Mannelli. « Substance use disorders and medical comorbidities among high-need, high-risk patients with diabetes », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 186 (2018), p. 86–93.



Annexe A : guide d'entrevue

AVANT L'ENTREVUE

Envoyer le formulaire de consentement et le guide d'entrevue au participant.

APPELER LE PARTICIPANT

Bonjour, je suis [nom du chercheur] et je vous appelle pour l'étude sur la rémunération des médecins du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

[Confirmer l'identité du participant]

Est-ce toujours un bon moment pour discuter? Avez-vous une trentaine de minutes pour répondre à mes questions?

[Sinon, planifier un nouveau moment pour le consentement et l'entrevue]

Avant de commencer l'entrevue, j'aimerais vous expliquer l'étude et répondre à vos questions. Nous utilisons un consentement oral plutôt qu'un consentement écrit. Je vais vous lire le formulaire afin d'obtenir votre consentement à participer à l'étude. C'est un peu long, mais le processus garantira que vous donnez un consentement éclairé, et vous pourrez poser des questions.

ENTAMER LE PROCESSUS DE CONSENTEMENT

[Lire mot pour mot le formulaire de consentement. Expliquer l'étude, répondre aux questions et obtenir le consentement oral.]

[Les questions d'entrevue se trouvent à la page suivante]

ENTREVUE

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES : J'aimerais commencer par vous poser quelques questions sur votre poste actuel de médecin de famille.

1. Quel est votre poste actuel?
2. Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine en tant que [POSTE ACTUEL]?
3. Parlez-moi des milieux dans lesquels vous faites des consultations avec des patients en tant que [POSTE ACTUEL].

PISTES : Hôpital, cabinet privé, cabinet public, centre de santé universitaire ou autorité sanitaire

VOTRE PRATIQUE : Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions pour comprendre la portée de votre pratique.

4. Parlez-moi du mode de rémunération que vous utilisez.

PISTES : rémunération à l'acte ou à la séance, facturation privée aux assureurs ou aux employeurs

5. J'aimerais vous poser des questions sur trois domaines de pratique : Travaillez-vous actuellement avec des patients atteints de [MALADIE CHRONIQUE CI-DESSOUS] dans le cadre de votre pratique?

- a. Troubles liés à l'usage de substances



- b. Diabète
- c. Schizophrénie

[Les réponses à cette question détermineront l'axe selon lequel le prochain ensemble de questions sera abordé]

RÉMUNÉRATION : Nous souhaitons en savoir plus sur votre rémunération selon [mode de rémunération mentionné ci-dessus] pour les soins que vous offrez aux patients atteints de :

[Selon le cas]

- a. troubles liés à l'usage de substances
 - b. diabète
 - c. schizophrénie
6. Expliquez-moi comment votre mode de rémunération fonctionne.

PISTES : Codes de facturation, incitatifs et autres modes de paiement

7. Parlez-moi de la formation que vous avez reçue sur les codes de facturation et les incitatifs.

PISTES : À l'école de médecine? Pendant la résidence? Par la formation continue? Par des bulletins annuels?

- 8. Les [codes de facturation, incitatifs ou autres modes de rémunération] sont-ils structurés de façon à vous permettre de prodiguer les soins désirés à vos patients?
- 9. Changeriez-vous quelque chose aux codes de facturation pour l'usage de substances et la dépendance?
- 10. Selon vous, quel mode de rémunération inciterait les médecins à augmenter le volume de traitements chroniques des troubles liés à l'usage de substances?

QUESTION FINALE

- 11. C'était ma dernière question pour vous. Y a-t-il quelque chose que vous vouliez mentionner, mais que nous n'avons pas abordé, ou que vous n'avez pas eu la chance de me dire? Avez-vous des questions?

Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré à notre étude aujourd'hui.



Annexe B : exemple de courriel d'invitation

Aux membres de la Société médicale canadienne sur l'addiction,

Je vous écris au nom du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) pour solliciter votre aide avec une étude qualitative sur la rémunération des médecins pour le suivi des maladies chroniques.

Cette étude permettra de se pencher sur le modèle de rémunération des médecins de famille, comme vous, qui prennent en charge des patients souffrant de trois troubles complexes (soit le trouble lié à l'usage de substances, le diabète et la schizophrénie). Elle vise à comprendre comment les médecins de famille des provinces et territoires utilisent les codes de facturation et les mesures incitatives dans la prise en charge de leurs patients ayant ces troubles.

Votre participation, à titre d'informateur, est essentielle pour mieux comprendre pourquoi cette rémunération varie autant au Canada. Grâce aux connaissances et à l'expertise que vous avez acquises dans votre pratique, nous pourrions cerner les écarts dans la rémunération et les lacunes dans les bonnes pratiques.

Voici le type d'information que nous cherchons à obtenir :

- Si vous vous occupez ou non de patients souffrant des troubles mentionnés (trouble lié à l'usage de substances, diabète ou schizophrénie);
- Si la façon dont les codes de facturation et les mesures incitatives sont structurés vous permet d'offrir à vos patients les soins que vous aimeriez leur offrir;
- Les changements qui, d'après vous, devraient être apportés aux codes de facturation et aux mesures incitatives pour vous permettre de vous occuper de vos patients.

Je vous invite donc à participer à un entretien téléphonique de 30 minutes, à un moment qui vous convient, entre le 3 novembre et le 31 décembre 2017. Vos réponses resteront confidentielles, et l'information permettant de vous identifier ne sera pas publiée et ne pourra être consultée que par l'équipe de recherche.

Si vous aimeriez prendre part à cette étude, il vous suffit d'écrire à jfairbank@ccsa.ca et d'indiquer trois périodes de 30 minutes où vous êtes disponible.

Avec mes remerciements,



Annexe C : formulaire de consentement oral

Titre du projet : Étude comparative sur la rémunération des médecins pour le soin des maladies chroniques au Canada

Chercheure principale : Amy Porath, Ph.D.

Directrice (Recherche), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Co-chercheure : Jill Fairbank, M.Sc.

Courtière du savoir, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Co-chercheure : Janet Childerhose, Ph.D.

Agente contractuelle, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Co-chercheure : Sara Atif, M.Sc.

Analyste (Recherche et politiques), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Chercheure : Amy Porath, B.A. (avec spécialisation), M.A., Ph.D.

Téléphone : 613-235-4048 (24 h)

Autres coordonnées

Adresse: Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

75 rue Albert, bureau 500

Ottawa (ON) K1P 5E7

DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

But

Nous menons une étude qualitative visant à décrire comment les médecins de famille sont rémunérés pour la consultation avec des patients présentant trois types de troubles complexes : les troubles liés à l'usage de substances, le diabète et la schizophrénie. Nous savons que la rémunération des médecins au Canada pour ces troubles varie grandement d'une région à l'autre. Nous souhaitons connaître comment les médecins rémunérés à l'acte de différentes provinces utilisent les codes de facturation et les incitatifs pour ces troubles. Nous interviewerons plusieurs médecins de famille dans chaque province et territoire pour caractériser cette variabilité au Canada. Notre objectif est de recruter 30 médecins de partout au Canada. Nous nous attendons à ce que les entrevues durent environ 30 minutes.

Interventions

Nous vous demanderons votre permission de faire l'entrevue et de l'enregistrer à l'aide d'un enregistreur numérique. L'enregistrement de l'entrevue nous permettra de rapporter exactement vos propos. Cela nous permettra aussi de créer une transcription de l'entrevue. L'enregistrement sera uniquement utilisé aux fins de cette recherche et ne sera publié pour aucune autre raison.

Nous aimerions aussi avoir la possibilité de vous citer de manière anonyme dans toute publication découlant de cette étude. Votre nom et votre lieu de travail ne seront pas inclus dans les résultats



de l'étude. Si vous ne voulez pas que nous vous citions, vous pouvez nous en informer et nous ne le ferons pas.

Afin de protéger votre vie privée, nous retirerons tout renseignement permettant votre identification des données que nous collecterons et utiliserons un code numérique pour identifier chaque participant. Votre nom ne sera pas mentionné dans l'enregistrement audio ni indiqué sur la transcription de votre entrevue.

Tout ce que vous nous direz demeurera confidentiel. Pour assurer la confidentialité de vos renseignements, toutes les données collectées seront stockées sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Seuls les membres de l'équipe travaillant sur le projet auront accès à cet ordinateur. Après les entrevues, nous ferons appel à un transcripateur pour transcrire les enregistrements. Seuls le transcripateur et l'équipe de recherche travaillant directement sur le projet auront accès aux enregistrements et aux transcriptions. De plus, le comité d'éthique de la recherche, fourni par IRB Services, pourrait devoir consulter ces données et les dossiers de l'étude pour superviser la recherche et vérifier l'exactitude des données. IRB Services est un comité d'éthique indépendant qui a évalué la dimension éthique de cette étude pour aider à protéger les droits et le bien-être des participants. Toutes les données écrites, y compris les formulaires de consentement oral remplis et les transcriptions, seront stockées de manière sécuritaire par le CCDUS pendant cinq ans dans une filière verrouillée. Tous les enregistrements audio seront conservés de manière sécuritaire sur un système de stockage de données infonuagique. Après cinq ans, toutes ces données seront détruites de manière sécuritaire.

Avantages

Il n'y a pas d'avantage direct à votre participation à cette étude. Notre intention est d'utiliser les renseignements obtenus par ces entrevues pour brosser un portrait complet de la connaissance, de l'interprétation et de l'utilisation par les médecins des codes de facturation et des incitatifs pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances, du diabète et de la schizophrénie au Canada. Les conclusions de cette étude seront publiées dans une revue avec comité de lecture, et seront utilisées pour appuyer les demandes de modifications des politiques (p. ex. procédures de facturation révisées) pour soutenir les médecins de famille.

Malaises

À tout moment de l'entrevue, vous pouvez poser des questions sur l'étude. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question. Vous pouvez aussi arrêter l'entrevue à n'importe quel moment, peu importe la raison.

Avec qui communiquer pour des questions

Si vous avez des questions, des inquiétudes ou des plaintes concernant cette étude, vous pouvez communiquer avec le chercheur principal au numéro de téléphone indiqué sur la première page de ce formulaire.

Si vous avez des questions sur votre rôle et vos droits en tant que participant à cette étude ou si vous avez des inquiétudes, des plaintes ou des questions générales à propos de l'étude, vous pouvez communiquer avec IRB Services. IRB Services n'est pas affiliée à ce projet ou à l'équipe de recherche. Vous pouvez joindre IRB Services par téléphone au 1 866 449-8591 ou par courriel à l'adresse subjectinquiries@irbservices.com.

Si vous communiquez avec IRB Services, utilisez le numéro de référence suivant : Pro00023198.



Annexe D : organisations contactées

À l'échelle nationale

Société médicale canadienne sur l'addiction et son comité d'éducation

Collège des médecins de famille du Canada (section nationale et sections provinciales)

Alberta

Alberta Medical Association

Alberta Health Services

Manitoba

Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances

Université du Manitoba

Terre-Neuve-et-Labrador

Collège des médecins de famille de Terre-Neuve-et-Labrador

Newfoundland and Labrador Medical Association

Faculté de médecine, Université Memorial de Terre-Neuve-et-Labrador

Primary Healthcare Research Unit

Nouveau-Brunswick

Société médicale du Nouveau-Brunswick

Collège des médecins de famille du Nouveau-Brunswick

Hôpital de Moncton

Nouvelle-Écosse

Doctors of Nova Scotia

Collège des médecins de famille de la Nouvelle-Écosse

Département de médecine familiale de l'Université Dalhousie

Ontario

Ontario Medical Association

Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Île-du-Prince-Édouard

Collège des médecins de famille de l'Île-du-Prince-Édouard



P.E.I. Medical Society

Polyclinic Professional Centre

Centre for Health and Community Research, Université de l'Île-du-Prince-Édouard

Santé Î.-P.-É.

Québec

Professeurs de l'Unité d'alcoologie et de toxicomanie, Centre universitaire de santé McGill

Département de médecine de famille, Université McGill

Réseau de recherche en soins de santé primaires, Université McGill

Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal

Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke

Centre de médecine familiale, Hôpital général juif

Clinique de médecine familiale, Centre universitaire de santé McGill

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Saskatchewan

Département de médecine familiale universitaire, Université de la Saskatchewan

Saskatchewan Medical Association

Saskatchewan Health Authority

City Centre Family Physicians (Saskatchewan)



Annexe E : maladies chroniques traitées, par participants

	Diabète	Schizophrénie	Trouble lié à l'usage de substances
001-N.-É.	✓	✓	✓
002-C.-B.	✓	✓	✓
003-Ont.	✓	✓	
004-Ont.	✓		✓
005-C.-B.	✓	✓	
006-C.-B.	✓	✓	
007-Sask.	✓	✓	✓
008-Man.	✓	✓	✓
009-Man.	✓	✓	✓
010-C.-B.	✓	✓	✓
011-Man.	✓	✓	✓
012-T.-N.-L.	✓	✓	✓
013-Alb.			✓
014-Alb.	✓	✓	✓
015-Man.	✓		✓
016-Î.-P.-É.	✓	✓	✓
017-N.-B.	✓	✓	✓
018-N.-B.	✓	✓	✓
019-N.-B.	✓	✓	✓
020-Qc	✓	✓	✓
021-Ont.			✓
022-Sask.	✓	✓	✓



Annexe F : profils des participants

001-N.-É. est une médecin de famille de la Nouvelle-Écosse qui exerce la médecine depuis moins de cinq ans et qui traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie. Elle est rémunérée par contrat et fait de la facturation *pro forma*.

002-C.-B. est une médecin de famille exerçant dans un centre urbain en Colombie-Britannique. Elle exerce la médecine depuis plus de 20 ans. Elle traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie et est uniquement rémunérée à l'acte.

003-Ont. est une médecin de famille d'une région rurale de l'Ontario qui exerce la médecine depuis près de cinq ans. Elle traite des patients atteints de diabète et de schizophrénie, mais aucun patient atteint de TLUS pour le moment. Elle est rémunérée selon un modèle mixte qui combine la RAA avec d'autres modes de paiement.

004-Ont. est une médecin de famille de l'Ontario ayant une formation en dépendance. Elle exerce la médecine depuis près de cinq ans et traite des patients atteints de TLUS et de diabète. Elle offre des soins dans un centre de désintoxication, où elle est payée à la journée, et dans une clinique externe, où elle est rémunérée à l'acte.

005-C.-B. est un médecin de famille de la Colombie-Britannique qui exerce la médecine depuis près de cinq ans. Il offre des soins dans un groupe de médecine familiale et dans une maison de soins infirmiers. Il traite les patients atteints de diabète et de schizophrénie, mais pas de patients atteints de TLUS. Il est uniquement rémunéré à l'acte.

006-C.-B. est une médecin de famille de la Colombie-Britannique qui exerce la médecine holistique dans un groupe de médecine familiale privé depuis moins de cinq ans. Elle traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie. Elle est uniquement rémunérée à l'acte.

007-Sask. est un médecin de famille d'une région rurale de la Saskatchewan qui exerce la médecine depuis 20 ans. Il a son propre cabinet, où il traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie. Il est uniquement rémunéré à l'acte.

008-Man. est une médecin de famille et de la dépendance du Manitoba qui exerce la médecine depuis près de cinq ans. Elle exerce la médecine dans quatre endroits différents et est rémunérée différemment pour chacun : une rémunération à l'heure avec facturation *pro forma*, une rémunération hebdomadaire, un tarif horaire et la rémunération à l'acte. Elle traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie.

009-Man. est une médecin de famille du Manitoba qui exerce la médecine depuis 20 ans. Elle occupe trois rôles dans trois lieux de pratique différents et est rémunérée selon deux modes : un tarif horaire avec facturation *pro forma* et un tarif hebdomadaire à la séance. Elle traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie.

010-C.-B. est un médecin de famille de la Colombie-Britannique qui exerce la médecine holistique depuis moins de cinq ans. Il travaille dans quatre sites de pratique et est rémunéré selon deux modes : la RAA et la rémunération à la séance. Il traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie.

011-Man. est une médecin de famille du Manitoba qui exerce depuis 30 ans. Elle couvre trois sites de pratique et est rémunérée selon un tarif horaire et par facturation *pro forma*. Elle traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie.



012-T.-N.-L. est un médecin de famille de Terre-Neuve-et-Labrador qui exerce depuis 20 ans. Il est rémunéré par salaire, par allocation et par RAA. Il traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie.

013-Alb. est une médecin de famille de l'Alberta qui exerce depuis 30 ans dans un seul cabinet. Elle traite les patients atteints de TLUS et est uniquement rémunérée à l'acte.

014-Alb. est un médecin de famille en médecine communautaire qui exerce depuis plus de 30 ans. Il traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie. Il est principalement rémunéré à l'acte.

015-Man. est une médecin de famille du Manitoba qui exerce la médecine depuis près de cinq ans. Elle occupe trois rôles différents dans trois endroits différents. Elle traite des patients atteints de diabète et de TLUS. Elle est uniquement rémunérée à l'acte.

016-Î.-P.-É. est une médecin de famille de l'Île-du-Prince-Édouard qui exerce la médecine depuis cinq ans et qui est salariée. Elle occupe trois rôles dans trois sites différents et traite des patients atteints de diabète de TLUS et de schizophrénie.

017-N.-B. est un omnipraticien du Nouveau-Brunswick qui exerce la médecine depuis plus de 10 ans. Il occupe deux rôles dans deux endroits différents et est rémunéré à l'acte et à la séance. Il traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie.

018-N.-B. est une médecin de famille du Nouveau-Brunswick qui exerce la médecine depuis 30 ans et traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie. Elle est uniquement rémunérée à l'acte.

019-N.-B. est un médecin de famille du Nouveau-Brunswick qui exerce la médecine depuis plus de 40 ans et traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie. Il est uniquement rémunéré à l'acte.

020-Qc est une médecin de famille du Québec qui exerce la médecine depuis plus de 30 ans. Elle traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie. Sa principale source de revenus est la RAA. Elle est aussi payée à l'heure.

021-Ont. est un médecin de famille de l'Ontario qui exerce la médecine depuis plus de cinq ans. Il couvre deux sites de pratique, où il traite des patients atteints de TLUS. Il est uniquement rémunéré à l'acte.

022-Sask. est une médecin de famille de la Saskatchewan qui exerce la médecine depuis plus de cinq ans. Elle occupe trois rôles dans deux sites différents. Elle est rémunérée par la facturation *pro forma* pour ces trois rôles. Elle traite des patients atteints de diabète, de TLUS et de schizophrénie.



Annexe G : codes de prise en charge des maladies chroniques, par province

(Dernière révision : 15 juin 2018)

	Codes de PCMC?	Diabète	Trouble lié à l'usage de substances	Schizophrénie	Autre	Autres maladies
C.-B.	X	X	X	X	X	Hypertension Maladie pulmonaire obstructive chronique Affection respiratoire chronique Maladie rénale chronique Maladie cérébrovasculaire Insuffisance cardiaque Cardiopathie ischémique Maladies neurodégénératives chroniques Maladie hépatique chronique
Alb.	X	X		X	X	Maladie rénale Bronchite chronique et emphysème
Sask.	X	X			X	Maladie pulmonaire obstructive chronique Coronaropathie Insuffisance cardiaque
Man.	X	X			X	Asthme Insuffisance cardiaque congestive Coronaropathie Hypertension Maladie pulmonaire obstructive chronique
Ont.	X	X			X	Insuffisance cardiaque congestive Asthme Maladie pulmonaire obstructive chronique Hypercholestérolémie Fibromyalgie



Qc	X	X	X	X	X	Maladie pulmonaire obstructive chronique Cardiopathie artérioscléreuse Cancer VIH/sida Maladies dégénératives du système nerveux Maladies inflammatoires chroniques Insuffisance rénale chronique Maladies thrombogènes Fibrillation atriale Troubles déficitaires de l'attention Déficience intellectuelle Déficience auditive Douleur chronique Accident vasculaire cérébral
N.-B.	X	X			X	Maladie pulmonaire obstructive chronique
N.-É.	X	X			X	Cardiopathie ischémique Asthme Maladie pulmonaire obstructive chronique Maladie hépatique chronique Hypertension Insuffisance rénale chronique Insuffisance cardiaque congestive Démence Troubles neurologiques chroniques Cancer
Î.-P.-É.						Aucun
T.-N.-L.	X	X	X		X	Maladie pulmonaire obstructive chronique Cancer Affection abdominale inflammatoire Maladie rénale chronique Maladie hépatique chronique Insuffisance cardiaque congestive/cardiomyopathie Maladie neurologique chronique Cardiopathie ischémique Accident vasculaire cérébral Infection chronique complexe Immunodéficience chronique Douleur chronique Maladie endocrinienne complexe Trouble du tissu conjonctif Acrosyndrome