

Effets de certaines mesures de la deuxième entente des médecins omnipraticiens sur leur activité dans le cadre du régime d'assurance-maladie

The effects of some provisions of the second agreement with general practitioners on their health insurance practices

Jean-Guy Boutin

Volume 56, Number 2, avril–juin 1980

Économies des services de santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/600916ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/600916ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0001-771X (print)

1710-3991 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Boutin, J.-G. (1980). Effets de certaines mesures de la deuxième entente des médecins omnipraticiens sur leur activité dans le cadre du régime d'assurance-maladie. *L'Actualité économique*, 56(2), 239–263.
<https://doi.org/10.7202/600916ar>

Article abstract

Designed to contribute to an assessment of the effects of the second agreement with general practitioners, the study analyzes the effects produced on the medical practices of general practitioners by pay range of a) the individual income ceiling and b) various types of fee restrictions on supplementary medical procedures provided under the agreement.

The methodology used consisted basically in analyzing the variations of selected indicators of professional activity and medical practice among general practitioners by pay range following the implementation of the second agreement. Control groups were used to facilitate the assessment of other factors that may have influenced the variations referred to.

The study shows that the income ceiling has resulted in a significant slowdown in the professional activity of general practitioners whose income had been in excess of the income ceiling in the year preceding the agreement. The shorter work period was accompanied by a longer vacation period.

From the second part of the study it appears that the implementation of the second agreement has also appreciably reduced differences in medical procedures by pay range. The fee restrictions on supplementary procedures have produced a very considerable drop in the number of supplementary procedures performed by general practitioners in the top pay ranges, whereas in the past such procedures had been particularly prevalent in those pay ranges.

EFFETS DE CERTAINES MESURES DE LA DEUXIÈME ENTENTE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS SUR LEUR ACTIVITÉ DANS LE CADRE DU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE *

La présente étude s'inscrit dans le cadre de travaux entrepris par la Régie de l'assurance-maladie du Québec en vue d'évaluer les effets des nouvelles ententes intervenues en 1976 entre le ministre des Affaires sociales et les fédérations de médecins. Ces travaux ont pour objet d'analyser les effets des ententes sur la dispensation des services médicaux et se concentrent sur les dispositions tarifaires.

Introduction

Les ententes actuelles¹ comportent d'importantes modifications par rapport aux ententes précédentes. Ainsi, chacune des ententes englobe maintenant l'ensemble des modes de rémunération, soit la rémunération à l'acte, à salaire et à vacation dans le cadre du régime d'assurance-maladie et la rémunération à l'acte et à l'unité dans le cadre du régime d'assurance-hospitalisation.

Les dispositions normatives se sont également développées avec les nouvelles ententes, notamment les aspects relatifs à l'exercice de la profession médicale en établissement.

Les nouvelles ententes contiennent aussi des dispositions relatives à la répartition géographique des effectifs médicaux. Le programme de bourses d'études offert aux étudiants qui acceptent d'aller exercer la médecine générale dans les régions désignées, à la fin de leurs études, est maintenant partiellement régi par ces dispositions. Les primes d'établissement en milieu éloigné, pour les psychiatres, ont également été fixées dans le cadre de ces dispositions.

* Je remercie M. Jean-Marie Lévesque du service des Systèmes et Projets pour la production informatique des données utilisées dans cette étude. Je remercie également mes collègues qui, à divers degrés, ont tous contribué à cette recherche. Cette étude, bien qu'effectuée par le service de la Recherche et des Statistiques, ne reflète pas nécessairement le point de vue de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

1. L'entente des omnipraticiens entrait en vigueur le 1^{er} novembre 1976 tandis que celle des spécialistes entrait en vigueur deux mois plus tard, soit le 1^{er} janvier 1977.

En ce qui concerne l'aspect financier des nouvelles ententes, on assiste à des changements importants. L'échelle tarifaire unique pour les médecins omnipraticiens et spécialistes, caractéristique des premières ententes, a été remplacée par des échelles tarifaires distinctes pour les deux catégories de médecins et pour les examens et les consultations selon les spécialités. La nomenclature des actes est également différente chez les omnipraticiens et chez les spécialistes, même si une partie importante leur est encore commune.

Contrairement aux ententes précédentes, les hausses générales de tarif accordées dans le cadre des ententes actuelles s'inscrivent à l'intérieur d'objectifs tarifaires visant à porter le revenu moyen annuel brut à un niveau prédéterminé.

De plus, les hausses de tarif contenues dans les nouvelles ententes n'ont pas été uniformes pour tous les types d'examens et d'actes. Ces hausses sélectives concourent à la poursuite de certains objectifs du gouvernement, soit, entre autres, de favoriser les soins ambulatoires plutôt que les services en milieu hospitalier, d'accroître les soins à domicile, d'empêcher le glissement vers les examens plus coûteux, de diminuer l'importance des actes complémentaires à l'examen dans le paiement des médecins. Au sujet de ce dernier objectif, mentionnons que 26 actes diagnostiques et thérapeutiques effectués lors d'un examen et qui étaient rémunérés distinctement dans les ententes précédentes sont maintenant inclus dans le tarif de l'examen.

Enfin, on retrouve dans l'entente des médecins omnipraticiens un plafonnement individuel du revenu sur une base trimestrielle.

Les objectifs de l'étude

L'entente des omnipraticiens fait ressortir différents objectifs dont deux font l'objet de la présente analyse.

D'une part, l'entente comporte un plafond en vue de limiter les revenus très élevés d'un certain nombre de médecins. Cette mesure prévoit que les honoraires payables à un médecin omnipraticien pour les services rendus au-delà du plafond trimestriel seront réduits de 75%. Ce plafond trimestriel a été fixé à \$23 000 pour la première année de l'entente (01/11/76 au 31/10/77)². La première partie de l'étude a pour but de déterminer si ce plafonnement du revenu individuel a entraîné une diminution de l'activité chez les médecins dont le revenu, avant la nouvelle entente, excédait le plafond. Et si oui, de quelle façon s'est traduite cette diminution.

2. Pour les deuxième et troisième années de l'entente, ce plafond trimestriel a été fixé à \$24 000 et \$25 000 respectivement.

En second lieu, l'entente des omnipraticiens comporte un ensemble de modifications sélectives du tarif, de la définition et des règles de paiement des actes, modifications devant orienter le profil de pratique ou du moins le profil de facturation des médecins. Un de ces objectifs nous paraît viser à valoriser l'examen et à éliminer la dispensation ou du moins la facturation d'autres actes lors d'une rencontre avec un patient. Dans la seconde partie de l'étude, on s'est donc demandé si cet objectif de restreindre le paiement d'autres actes ou d'actes accessoires a eu le même effet chez tous les médecins indépendamment de leur classe de paiement.

I — L'EFFET DU PLAFONNEMENT INDIVIDUEL DU REVENU SUR L'ACTIVITÉ

La première partie de l'étude a pour objectif de voir si le plafonnement individuel du revenu a eu pour effet de ralentir l'activité des médecins omnipraticiens dont le revenu, avant la nouvelle entente, excédait le plafond et si oui, de quelle façon s'est traduite cette diminution d'activité.

A — *Méthodologie*

Essentiellement, la méthodologie consiste à analyser les variations de divers indicateurs d'activité survenues à la suite du plafonnement chez les médecins omnipraticiens classés selon leur classe de paiement. Cependant, comme d'autres facteurs sont susceptibles d'avoir agi sur ces variations d'activité, certains autres groupes de comparaison ont été utilisés afin d'apprécier l'effet de ces facteurs. La section qui suit détaille cette méthodologie.

Source de données

Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé les informations recueillies par la Régie de l'assurance-maladie dans le cadre de son administration. Ces informations sont obtenues à partir des demandes de paiement que les professionnels de la santé font parvenir à la Régie et qui contiennent les renseignements relatifs au professionnel qui a dispensé le service, au bénéficiaire du service, au type de service, à la date du service, au tarif, etc.

Indicateurs d'activité

Nous avons retenu cinq indicateurs d'activité. Le premier veut mesurer l'activité annuelle totale des médecins omnipraticiens. Plus précisément, nous cherchions un indicateur non monétaire de production qui reflète le nombre annuel de rencontres de patients effectuées, peu importe que ces patients aient été vus une ou plusieurs fois. Le volume des examens s'avère chez les médecins omnipraticiens un bon indicateur du nombre de rencontres de patients puisque généralement, chaque

fois qu'un de ceux-ci rencontre un patient, il demande à la Régie le paiement d'un examen³. Notons d'ailleurs que les trois quarts du revenu des omnipraticiens proviennent des seuls examens comparativement à un peu moins des deux cinquièmes chez les spécialistes. Cet indicateur sera appelé « contacts-patients ».

Les deux autres indicateurs décomposent l'activité totale des omnipraticiens. Nous avons retenu le nombre de jours travaillés et le nombre de contacts-patients par jour travaillé. Notons ici que nous n'avons considéré comme jours travaillés que les jours où les honoraires d'un médecin donné avaient été supérieurs à \$25, et ceci, dans le but d'éviter les jours où il y a eu une mauvaise attribution de date de service ou encore pour ne pas considérer une faible quantité de services rendus (un examen par exemple) lors d'une journée où le médecin n'était pas en service continu (les fins de semaine par exemple).

Enfin, les deux derniers indicateurs décomposent la période d'inactivité, soit les jours non travaillés, selon que ceux-ci ont été pris en séquence longue ou en séquence courte. Nous avons ainsi décomposé les jours non travaillés selon qu'ils ont été pris en séquence de sept jours consécutifs ou plus ou en séquences de moins de sept jours consécutifs. On est ainsi mieux en mesure de distinguer les périodes prolongées d'inactivité pour cause de congé annuel, de maladie ou autres, des périodes d'inactivité plus courtes reflétant les jours de repos hebdomadaire, les jours fériés ou les journées isolées de maladie.

Groupe cible

Puisque nous étudions l'effet du plafond imposé au revenu des médecins omnipraticiens, nous avons inclus dans notre étude l'ensemble des médecins omnipraticiens (à l'exclusion des résidents) qui avaient exercé dans l'année précédant l'établissement du plafond, soit du 1^{er} novembre 1975 au 31 octobre 1976. Soulignons ici qu'un médecin est considéré avoir exercé s'il a eu un revenu positif dans la période visée. Ces médecins omnipraticiens ont ensuite été répartis selon leur classe de paiement : \$1 à \$19 999, \$20 000 à \$39 999, \$40 000 à \$59 999, \$60 000 à \$79 999, \$80 000 à \$99,999, \$100,000 et plus.

Groupes de comparaison

A ce groupe cible, nous avons ajouté trois autres groupes de comparaison. Ces derniers ont pour fonction d'isoler les facteurs autres que le plafond, qui ont pu avoir un effet sur l'activité.

3. La notion d'examen est utilisée dans ce texte dans un sens plus général que celui qui y est assigné dans la nomenclature des actes médicaux. Il comprend notamment les consultations.

Le premier de ces groupes est constitué de médecins spécialistes qui avaient exercé dans la période précédant leur nouvelle entente, soit dans l'année 1976. Ce groupe a pour fonction d'apprécier les autres éléments de l'entente des omnipraticiens qui ont pu avoir un effet potentiellement négatif sur le volume d'activité, dont principalement les accroissements de tarifs. Or comme les spécialistes avaient eu de tels accroissements de tarifs sans être soumis cependant à un plafonnement de leurs revenus, il nous a paru opportun de les prendre comme groupe contrôle. Cependant, nous n'avons inclus dans ce groupe que six spécialités, car il était nécessaire que nous puissions mesurer l'activité de ces médecins à partir du volume des examens. En effet, certaines spécialités retirent une proportion trop faible de leurs revenus d'examens, telles les spécialités chirurgicales. Enfin, d'autres spécialités tirent une proportion importante de leurs revenus de modes autres que l'assurance-maladie à l'acte, telle l'assurance-hospitalisation. Plus précisément, les critères de choix des spécialités étaient les suivants : 1) la proportion du revenu tirée des examens pour la spécialité devait dépasser la moyenne observée pour l'ensemble des spécialités et 2) cette spécialité devait recevoir plus de 85% de son revenu du régime d'assurance-maladie à l'acte. Les six spécialités ainsi choisies ont été la dermato-syphiligraphie, la médecine interne, la neurologie, la pédiatrie, l'endocrinologie et la rhumatologie. Le tableau 1 indique le revenu moyen et le pourcentage

TABLEAU 1

COMPARAISON DU REVENU MOYEN, DU POURCENTAGE DU REVENU
PROVENANT DES EXAMENS ET DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS
SELON LES SPÉCIALITÉS RETENUES, 1976
(Médecins ayant gagné \$20 000 ou plus en 1976)

Spécialités et catégories de médecins	Revenu moyen	Pourcentage du revenu en examens	Nombre de professionnels inclus
	\$	%	
Dermato-syphiligraphie	81 353	67	91
Médecine interne	42 143	70	221
Neurologie	43 894	69	98
Pédiatrie	54 098	83	307
Endocrinologie	35 904	82	78
Rhumatologie	43 883	68	30
Ensemble (moyenne pondérée)	50 597	75	825
Omnipraticiens	51 039	74	3 304
Spécialistes	60 808	36	4 303

SOURCE : Service des Affaires médicales, Profil de pratique moyen par spécialité médicale, 1976.

TABLEAU 2

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE CONCERNANT L'EFFET DE PLAFOND SUR L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS

Groupes constitués	Groupe cible	Groupes de comparaison		
	Omnipraticiens 1976	Spécialistes 1976 ¹	Omnipraticiens 1975	Spécialistes 1975 ¹
Périodes de variation considérées	Variation entre 1976 et 1977 selon les classes de paiement	Variation entre 1976 et 1977 selon les classes de paiement	Variation entre 1975 et 1976 selon les classes de paiement	Variation entre 1975 et 1976 selon les classes de paiement
Caractéristiques des groupes	Nouvelle entente avec plafond	Nouvelle entente sans plafond	Sans nouvelle entente	Sans nouvelle entente
Objectif visé pour chaque groupe en les comparant entre eux.	Apprécier l'effet du plafond.	Apprécier l'effet des autres facteurs reliés à la nouvelle entente, dont principalement la nouvelle tarification.	Apprécier l'effet des facteurs non reliés aux ententes.	Apprécier l'effet des facteurs non reliés aux ententes.

1. Chacun des groupes de spécialistes n'inclut que six spécialités, soit celles qui se sont avérées les plus comparables avec les omnipraticiens en termes de proportion du revenu tirée des examens.

du revenu provenant des examens pour chacune des spécialités retenues. On note des écarts très faibles entre les omnipraticiens et l'ensemble de ces spécialités.

Outre ce groupe de spécialistes, deux autres groupes de comparaison ont été utilisés, soit un autre formé d'omnipraticiens et un autre formé de spécialistes mais qui cette fois avaient exercé en 1975⁴. Le but visé par ces deux groupes supplémentaires est d'isoler les facteurs extérieurs aux ententes qui influencent l'activité, soit l'âge, le sexe, le temps consacré à la pratique, etc. Mentionnons par exemple que les variations importantes d'activité observées chez les médecins de moins de \$20 000 s'expliquent en bonne partie par le fait qu'un nombre important d'entre eux n'ont travaillé que six mois l'année précédente. Le tableau 2 résume cette méthodologie.

Elimination de ceux qui n'exercent plus

En plus d'avoir exercé dans l'année de base, les médecins, pour être inclus dans chacun des groupes, devaient remplir une condition supplémentaire : celle d'exercer encore (soit d'avoir un revenu positif) dans le dernier trimestre de l'année subséquente. Ceci, afin d'éliminer les médecins qui avaient pris leur retraite, qui étaient décédés ou encore ceux qui avaient émigré à l'extérieur du Québec.

Année de base

Pour les omnipraticiens, toutes les données s'appliquent à une année de base s'étendant du 1^{er} novembre au 31 octobre tandis que, chez les spécialistes, cette année de base correspond à l'année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre. Cela était nécessaire, compte tenu des dates différentes d'entrée en vigueur des ententes chez les omnipraticiens et chez les spécialistes. La nouvelle entente des omnipraticiens débuta le 1^{er} novembre 1976, alors que celle des spécialistes fut en vigueur deux mois plus tard, soit le 1^{er} janvier 1977.

Problème de sous-estimation des données de 1976

Quoique cela n'ait pas de conséquence importante sur les résultats de notre étude, il faut quand même souligner l'existence de deux facteurs qui ont eu pour effet de sous-estimer les données de 1976. Mentionnons d'abord qu'environ \$4,7 millions en services, se rapportant surtout au deuxième trimestre de 1976, sont manquants ; ce qui représente environ 1% du coût de l'année 1976. En second lieu, la grève qui perturba le

4. Soit du 1^{er} novembre 1974 au 31 octobre 1975 pour les omnipraticiens et du 1^{er} janvier 1975 au 31 décembre 1975 pour les spécialistes.

TABLEAU 3

NOMBRE DE MÉDECINS SELON LES GROUPES ÉTUDIÉS ET LA CLASSE DE PAIEMENT

Groupes étudiés	Omnipraticiens 1975		Omnipraticiens 1976		Spécialistes 1975		Spécialistes 1976	
	N	%	N	%	N	%	N	%
\$1 - 19 999	719	22,8	696	21,0	165	21,0	155	19,3
20 000 - 39 999	608	19,3	612	18,5	176	22,4	193	24,0
40 000 - 59 999	896	28,4	1 002	30,2	190	24,2	176	21,9
60 000 - 79 999	597	18,9	624	18,8	146	18,6	158	19,7
80 000 - 99 999	222	7,0	262	7,9	68	8,7	78	9,7
100 000 et plus	116	3,7	120	3,6	40	5,1	43	5,4
Ensemble	3 158	100,0	3 316	100,0	785	100,0	803	100,0

SOURCE : Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service de la Recherche et des Statistiques.

milieu hospitalier, en grande partie encore au cours du deuxième trimestre de 1976, engendre une sous-estimation supplémentaire des données de 1976. En conséquence, les variations d'activité observées entre 1975 et 1976 sont donc légèrement sous-estimées et inversement pour les variations d'activité entre 1976 et 1977 qui, elles, s'avèrent légèrement surestimées.

B — Analyse des résultats

L'analyse des résultats portera d'abord sur le nombre de médecins touchés par l'étude. Ensuite, nous analyserons l'effet qu'a eu le plafonnement des revenus sur chacun des cinq indicateurs choisis.

Le tableau 3 indique le nombre de médecins contenus dans l'étude selon les classes de paiement et les groupes étudiés. En comparant ces données avec celles qui sont contenues dans les cahiers de statistiques annuelles du R.A.M.Q., on note que l'étude rejoint environ 90% des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes visés⁵. En outre, la majorité des médecins non rejoints par notre étude se situait dans les deux classes de paiement inférieures. Et ceci s'explique par les critères utilisés pour l'inclusion des médecins dans l'étude.

On constate que, globalement, la répartition des différents groupes, selon les classes de paiement, est comparable. La grande majorité des médecins gagne moins de \$80 000 et chacune des quatre classes de paiement inférieures à ce seuil rejoint entre 18% et 30% des médecins. Ceux qui gagnent un revenu supérieur à \$80 000 sont en nombre moins important. Environ 10% des omnipraticiens et 15% des spécialistes s'y situent.

L'effet du plafond sur le nombre annuel de contacts-patients

Le tableau 4 examine l'effet du plafonnement du revenu sur notre indicateur d'activité totale, soit le volume annuel des contacts-patients par médecin. Il indique pour chaque groupe étudié et pour chaque classe de paiement le nombre annuel de contacts-patients par médecin dans l'année de base et surtout le pourcentage de variation de cet indicateur. La colonne encadrée indique pour chaque catégorie de médecins, soit les omnipraticiens et les spécialistes retenus, la différence⁶ dans les changements d'activité imputable aux nouvelles ententes.

5. Et environ 95% des coûts.

6. Pour tous les tableaux où elle apparaît, cette différence a été calculée de la façon suivante : $[(1 + \Delta I_{176-77}) \div (1 + \Delta I_{175-76})] - 1$ où ΔI_{176-77} = taux de variation de l'indicateur d'activité i entre 1976 et 1977 et où ΔI_{175-76} = taux de variation de l'indicateur d'activité i entre 1975 et 1976.

TABLEAU 4

NOMBRE ET POURCENTAGE DE VARIATION DES CONTACTS-PATIENTS PAR MÉDECIN SELON LES GROUPES ÉTUDIÉS
ET LA CLASSE DE PAIEMENT

Groupes étudiés	MEDECINS OMNIPRATICIENS					MEDECINS SPECIALISTES				
	1975		1976		Différence %	1975		1976		Différence %
	N (1975)	Δ %	N (1976)	Δ %		N (1975)	Δ %	N (1976)	Δ %	
\$1 - 19 999	918	121,8	963	110,0	- 5,3	992	23,3	1 006	23,5	0,2
20 000 - 39 999	3 435	6,1	3 277	7,1	0,9	2 705	- 4,1	2 566	7,8	12,4
40 000 - 59 999	5 463	- 2,2	5 263	1,9	4,2	4 527	- 2,9	4 117	0,5	3,5
60 000 - 79 999	7 247	- 5,3	6 857	- 2,1	3,4	5 778	- 2,9	5 568	- 1,0	2,0
80 000 - 99 999	9 272	- 6,0	8 760	- 9,5	- 3,7	7 050	- 3,6	7 025	- 2,5	1,1
100 000 et plus	11 472	- 6,8	10 731	-20,6	-14,8	9 148	- 4,7	8 569	- 5,3	- 0,6
Ensemble	4 863	2,5	4 768	2,6	0,1	4 062	- 2,0	3 950	1,2	3,3

SOURCE : Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service de la Recherche et des Statistiques.

Ainsi, chez les médecins omnipraticiens gagnant \$100 000 et plus, soit les médecins les plus touchés par le plafond, on constate une diminution d'activité nettement plus importante avec l'avènement de la nouvelle entente. On assiste à une diminution du nombre annuel de contacts-patients par médecin de 20,6% entre 1976 et 1977 comparativement à une diminution de seulement 6,8% dans la période avant la nouvelle entente, soit entre 1975 et 1976. Ceci représente une différence de -14,8% (voir la colonne encadrée).

Si on examine cette différence chez les médecins spécialistes contenus dans notre étude, on note une très faible différence négative chez ceux qui gagnent \$100 000 et plus. Le ralentissement d'activité est à peine plus élevé entre 1976 et 1977, soit -5,3% comparativement à -4,7% entre 1975 et 1976. La fonction méthodologique de ce groupe étant de mesurer l'impact de l'accroissement de tarif sur l'activité, on peut donc conclure que cet impact est négligeable. Il en ressort que le ralentissement d'activité supplémentaire (de 14,8%) enregistré chez les omnipraticiens gagnant \$100 000 et plus est en majeure partie dû au plafonnement du revenu.

Chez les omnipraticiens gagnant entre \$80 000 et \$100 000 en 1976, on observe, là aussi, l'effet du plafond⁷. Mais il est cette fois moins spectaculaire en raison du fait que les médecins de cette classe de paiement dépassent moins le niveau du plafond et, dans certains cas, ne le dépassent pas du tout. Le ralentissement d'activité a été de 9,5% entre 1976 et 1977 comparativement à 6,0% entre 1975 et 1976, soit un ralentissement supplémentaire de 3,7% avec la nouvelle entente. Chez les médecins spécialistes de cette même classe de paiement, l'effet négatif de l'accroissement de tarif sur l'activité est encore moins évident que chez ceux qui gagnent \$100 000 et plus puisqu'on observe un léger solde positif de l'ordre de 1,1%, soit qu'ils auraient moins diminué leur activité dans la période 1976-1977 (-2,5%) que dans la période 1975-1976 (-3,6%). A noter cependant que de telles petites différences ne sont pas véritablement significatives puisqu'elles peuvent s'expliquer par les problèmes reliés aux données.

Chez les médecins gagnant moins de \$80 000, l'effet du plafond devient moins évident. En fait, on assiste plutôt à un revirement de situation, les différences devenant positives, sauf pour la classe de paiement de moins de \$20 000. Ces médecins auraient moins diminué leur activité ou auraient davantage augmenté leur activité avec la nouvelle entente. Mais il est possible que ce fait s'explique pour une partie non

7. Il faut considérer ici que le niveau du plafond fixé à \$92 000 en 1977 correspond à un niveau de paiement inférieur en 1976 puisque ce plafond tient compte de la nouvelle tarification.

TABLEAU 5
 NOMBRE ET POURCENTAGE DE VARIATION DES JOURS TRAVAILLÉS PAR MÉDECIN
 SELON LES GROUPES ÉTUDIÉS ET LA CLASSE DE PAIEMENT

Groupes étudiés	MEDECINS OMNIPRATICIENS					MEDECINS SPECIALISTES				
	1975		1976		Différence %	1975		1976		Différence %
	N (1975)	Δ %	N (1976)	Δ %		N (1975)	Δ %	N (1976)	Δ %	
\$1 - 19 999	81,8	70,2	88,3	66,5	- 2,2	110,9	13,1	114,5	17,4	3,8
20 000 - 39 999	201,4	2,7	196,3	6,6	3,8	222,7	- 2,6	211,4	2,8	5,5
40 000 - 59 999	232,9	0,9	232,0	1,4	0,5	258,5	- 1,4	251,6	- 1,5	- 0,1
60 000 - 79 999	253,3	- 2,8	250,4	- 1,7	1,1	265,9	- 2,4	263,3	- 0,8	1,6
80 000 - 99 999	267,4	- 3,6	257,7	- 5,0	- 1,5	253,9	- 2,2	257,0	- 1,9	0,3
100 000 et plus	271,2	- 3,3	267,6	-13,9	-11,0	257,6	- 3,1	250,8	- 3,5	- 0,4
Ensemble	200,1	5,6	202,4	6,2	0,6	220,4	- 0,5	218,3	1,4	1,9

SOURCE : Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service de la Recherche et des Statistiques.

négligeable par la sous-estimation des données de 1976 qui, comme nous le mentionnions dans la partie méthodologique, surestimerait les différences entre les deux variations. En outre, le niveau de l'activité considéré en 1977 aurait pu être légèrement plus faible si nous avions indexé, à la suite de l'accroissement des tarifs contenus dans la nouvelle entente, le niveau des honoraires journaliers nécessaires pour tenir compte de l'activité (fixé à \$25).

L'effet du plafond sur le nombre de jours travaillés

Le tableau 5, identique au précédent, indique l'effet du plafond mais cette fois sur le nombre de jours travaillés par médecin. Le phénomène observé est le même.

Ainsi, les médecins gagnant \$100 000 et plus ont ralenti leur nombre de jours travaillés de 13,9% entre 1976 et 1977 comparativement à une réduction de seulement 3,3% entre 1975 et 1976, soit une différence de -11,0% entre les deux périodes. Chez les médecins spécialistes de cette même classe de paiement, la réduction du nombre de jours travaillés avec la nouvelle entente fut à peine plus importante qu'avant la nouvelle entente, soit -3,5% entre 1976 et 1977 comparativement à -3,1% entre 1975 et 1976. Cette faible différence (-0,4%) traduit cette fois l'effet négligeable de l'accroissement de tarif sur l'activité. La réduction supplémentaire de 11,0% dans le nombre de jours travaillés enregistrée chez les omnipraticiens avec la nouvelle entente s'explique donc essentiellement par le plafonnement des revenus. Si on met en relation ce résultat avec celui obtenu pour le nombre annuel de contacts-patients (tableau 4), on constate que cette réduction de 11,0% de l'activité par le biais des jours travaillés représente les trois quarts de la diminution totale de l'activité, le plafond ayant engendré une réduction de 14,8% dans le nombre annuel de contacts-patients.

Chez les médecins gagnant entre \$80 000 et \$100 000, on observe là aussi un effet du plafond mais beaucoup moins important. Les omnipraticiens ralentissaient leur activité de 5,0% entre 1976 et 1977 comparativement à une réduction de 3,6% entre 1975 et 1976, laissant un solde négatif de 1,5% seulement. Chez les spécialistes, ce solde à peine positif (0,3%) traduit l'effet nul de l'accroissement de tarif sur l'activité.

Chez les classes de paiement inférieures à \$80 000, le plafond ne semble pas avoir eu d'effet. En réalité, on assiste plutôt à des différences plutôt positives entre les variations observées au cours des deux périodes. Comme nous le mentionnions, la légère sous-estimation des données de 1976 ainsi que la non-indexation du tarif des honoraires journaliers (fixé à \$25) pourraient expliquer, au moins en partie, ces soldes positifs.

TABLEAU 6

NOMBRE ET POURCENTAGE DE VARIATION DES CONTACTS-PATIENTS PAR JOUR TRAVAILLÉ
SELON LES GROUPES ÉTUDIÉS ET LA CLASSE DE PAIEMENT

Groupes étudiés	MEDECINS OMNIPRATICIENS					MEDECINS SPECIALISTES				
	1975		1976		Différence %	1975		1976		Différence %
	N (1975)	Δ %	N (1976)	Δ %		N (1975)	Δ %	N (1976)	Δ %	
\$1 - 19 999	11,2	30,4	10,9	26,6	- 2,9	8,9	10,1	8,8	4,5	- 5,1
20 000 - 39 999	17,1	2,9	16,7	0,6	- 2,2	12,1	- 0,8	12,1	5,0	5,8
40 000 - 59 999	23,4	- 1,3	22,7	0,4	1,7	17,5	- 1,7	16,4	1,8	3,6
60 000 - 79 999	28,6	- 2,4	27,4	- 0,4	2,0	21,7	- 0,5	21,1	0,0	0,5
80 000 - 99 999	34,7	- 2,6	33,8	- 4,7	- 2,2	27,8	- 1,4	27,3	- 0,4	1,0
100 000 et plus	42,3	- 3,5	40,1	- 7,7	- 4,4	35,5	- 1,7	34,2	- 2,0	- 0,3
Ensemble	24,3	- 2,9	23,6	- 3,4	- 0,5	18,4	- 1,6	18,1	0,0	1,6

SOURCE : Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service de la Recherche et des Statistiques.

L'effet du plafond sur le nombre de contacts-patients par jour travaillé

Le tableau 6 montre l'effet du plafond sur le nombre de contacts-patients par jour travaillé, soit la partie de l'activité non comprise dans le nombre de jours travaillés. Bien que moins important, on observe là aussi l'effet du plafonnement du revenu.

Ainsi, les omnipraticiens gagnant \$100 000 et plus ont diminué le nombre de contacts-patients par jour travaillé de 7,7% avec la venue de la nouvelle entente comparativement à un ralentissement de 3,5% avant la nouvelle entente, soit une diminution supplémentaire de 4,4%. Chez les spécialistes, la réduction d'activité à la suite de la nouvelle entente a été à peine plus élevée, soit -2,0%, comparativement à -1,7% entre 1975 et 1976. La différence de -0,3% négligeable reflète encore une fois l'effet nul de l'accroissement de tarif sur l'activité. A noter que la réduction d'activité par le biais du nombre de contacts-patients par jour travaillé ne représente que le quart de la réduction d'activité entraînée par le plafond. Comme nous l'avons déjà mentionné, la majeure partie de cette réduction s'est effectuée par un abaissement des jours travaillés.

Chez les omnipraticiens gagnant entre \$80 000 et \$100 000, on observe encore ici un effet de plafond : le nombre de contacts-patients par jour travaillé a diminué de 4,7% entre 1976 et 1977 comparativement à une diminution de 2,6% entre 1975 et 1976, pour une différence de -2,2%. Chez les spécialistes de cette même classe de paiement, l'effet négatif de l'accroissement de tarif sur l'activité n'est ici encore pas du tout évident puisqu'on observe un léger solde positif (1,0%), soit qu'ils auraient moins réduit le nombre de contacts-patients par jour travaillé entre 1976 et 1977 (-0,4%) qu'entre 1975 et 1976 (-1,4%). Quant aux médecins omnipraticiens gagnant moins de \$80 000, l'effet nul du plafond sur l'activité est ici encore confirmé.

L'effet du plafond sur les jours non travaillés

Jusqu'ici l'analyse a porté sur l'activité. Nous allons maintenant nous attarder davantage à l'inactivité. Le tableau 7 met en parallèle l'effet du plafond sur les jours non travaillés selon que ceux-ci ont été pris en séquence de sept jours consécutifs ou plus ou en séquence de moins de sept jours consécutifs.

Ayant déterminé qu'il n'y avait pas eu de diminution significative des jours travaillés chez les spécialistes, les données de ce groupe ne s'avèrent plus nécessaires et nous les avons donc exclues.

Ce tableau nous indique que le plafond a eu un effet évident sur ces deux indicateurs, bien qu'il s'avère nettement plus important sur le

TABLEAU 7

NOMBRE ET POURCENTAGE DE VARIATION DES JOURS NON TRAVAILLÉS PAR MÉDECIN OMNIPRATICIEN
SELON LES GROUPES ÉTUDIÉS ET LA CLASSE DE PAIEMENT

Variable Groupe	Jours non travaillés en séquence de 7 jours ou plus					Jours non travaillés en séquence de moins de 7 jours				
	Omnipraticiens 1975		Omnipraticiens 1976		Différence %	Omnipraticiens 1975		Omnipraticiens 1976		Différence %
	N (1975)	Δ %	N (1976)	Δ %		N (1975)	Δ %	N (1976)	Δ %	
Classe de paiement										
\$1 - 19 999	201,8	-43,7	185,1	-44,2	0,9	81,4	38,9	92,5	24,0	-10,7
20 000 - 39 999	52,0	-17,1	54,6	-12,6	5,4	111,6	4,0	115,1	- 6,1	- 9,7
40 000 - 59 999	34,3	1,7	33,8	2,7	1,0	97,7	2,7	100,2	- 5,1	- 7,6
60 000 - 79 999	29,1	11,3	28,3	17,7	5,8	82,6	5,7	87,3	- 2,2	- 7,5
80 000 - 99 999	25,6	18,4	26,0	36,5	15,3	71,9	8,5	78,3	3,4	- 4,7
100 000 et plus	26,1	14,9	23,5	94,5	69,3	67,8	8,8	75,0	18,4	8,8
Ensemble	73,9	-27,7	67,4	-23,3	6,1	90,9	11,4	96,3	2,2	- 8,3

SOURCE : Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service de la Recherche et des Statistiques.

premier. Ainsi, chez les omnipraticiens gagnant \$100 000 et plus, le nombre de jours non travaillés pris en séquence d'au moins sept jours consécutifs augmente de 94,5% entre 1976 et 1977 comparativement à 14,9% entre 1975 et 1976, soit une différence entre les deux pourcentages de 69,3%. En ce qui concerne la seconde catégorie de jours non travaillés, soit ceux qui ont été pris en séquence de moins de sept jours, on observe une augmentation de 18,4% entre 1976 et 1977 comparativement à un accroissement de 8,8% entre 1975 et 1976. La différence de 8,8% entre ces deux pourcentages est donc nettement inférieure à celle de 69,3% qui est observée pour l'autre catégorie de jours non travaillés.

Chez les omnipraticiens gagnant entre \$80 000 et \$100 000, on observe le même phénomène quoique moins amplifié. Ainsi, les jours non travaillés en séquence de sept jours ou plus augmentent de 36,5% entre 1976 et 1977 comparativement à 18,4% entre 1975 et 1976, soit une différence de 15,3% entre les deux pourcentages. En ce qui concerne l'autre catégorie de jours non travaillés, on observe cette fois une différence négative de -4,7% qui résulte d'une augmentation moins importante avec la nouvelle entente que dans la période précédente, soit 3,4% contre 8,5%.

Quant aux omnipraticiens gagnant moins de \$80 000, on observe des écarts positifs beaucoup moins importants entre les pourcentages des deux périodes, reflétant ainsi le peu d'influence du plafond au-dessous de ce seuil. Notons toutefois que les jours non travaillés pris en séquence de sept jours consécutifs ou plus ont tendance à davantage augmenter avec la nouvelle entente, au moins pour les classes immédiatement inférieures à ce seuil. Quant à l'autre catégorie de jours non travaillés, on assiste avec la nouvelle entente à une diminution plutôt qu'à une augmentation. Soulignons cependant que la faiblesse des données de 1976 ainsi que la non-indexation du tarif journalier pourraient expliquer en partie au moins ce comportement apparemment contradictoire.

C — *Conclusion*

L'analyse que nous venons de faire présente trois ordres de résultats. Le premier ordre de résultats nous a indiqué que le plafonnement des revenus intervenu dans l'entente des médecins omnipraticiens a eu pour effet de ralentir significativement l'activité chez les médecins dont le revenu excédait le plafond avant l'entrée en vigueur de la nouvelle entente, soit les médecins qui ont gagné \$100 000 ou plus et, dans une moindre mesure, ceux qui ont gagné entre \$80 000 et \$99 999. Le deuxième ordre de résultats nous a indiqué que ce ralentissement d'activité s'est effectué davantage par un abaissement des jours travaillés que par une réduction de l'intensité quotidienne de travail. Et pour

compléter, le troisième ordre de résultats nous a indiqué que le ralentissement des jours travaillés s'est surtout effectué par le biais d'un allongement de la période de vacances plutôt que par la réduction de la semaine de travail.

II — L'EFFET DE L'ENTENTE SUR LA DISPENSATION DES ACTES COMPLÉMENTAIRES À L'EXAMEN

Comme nous le mentionnions dans la section portant sur les objectifs de l'étude, la présente entente des omnipraticiens comporte, outre le plafond, un ensemble de modifications sélectives du tarif, de la définition et des règles de paiement des actes, modifications devant orienter le profil de pratique ou du moins le profil de facturation des médecins. Un de ces objectifs nous paraît viser à valoriser l'examen et à éliminer la dispensation ou du moins la facturation d'autres actes lors d'une rencontre avec un patient. Cette seconde partie de l'étude consiste donc à se demander si cet objectif de restreindre le paiement d'autres actes ou d'actes accessoires a eu le même effet chez tous les médecins indépendamment de leur classe de paiement.

A — *Méthodologie*

Sauf la définition de nouveaux indicateurs et l'élimination des deux groupes de médecins spécialistes, la méthodologie est essentiellement la même que précédemment. Ainsi, les classes de paiement sont identiques. En outre, on ne conserve que les deux groupes de médecins omnipraticiens, soit le groupe cible composé des omnipraticiens qui ont exercé dans l'année précédant leur nouvelle entente, soit principalement en 1976 (1/11/75 au 31/10/76) et un second groupe composé des omnipraticiens qui ont exercé un an plus tôt, soit principalement en 1975 (1/11/74 au 31/10/75). Alors que le premier groupe vise à déterminer les facteurs reliés à la nouvelle entente, le second groupe a pour objectif d'apprécier ceux qui ont joué en l'absence de la nouvelle entente. Enfin, contrairement à la première partie de l'étude où les indicateurs utilisés visaient à quantifier la production (soit le nombre annuel de contacts-patients ou le nombre de jours travaillés), les indicateurs utilisés ici, au nombre de six, se réfèrent plutôt au contenu du contact-patient. A noter qu'ici encore, le nombre de contacts-patients est défini par le nombre d'examens. Les six indicateurs sont définis de la façon suivante :

- 1) coût moyen des contacts-patients, soit le coût total divisé par le nombre de contacts-patients ;
- 2) coût moyen des examens, soit le coût des examens divisé par le nombre d'examens ;
- 3) coût des examens en proportion du coût des contacts-patients, soit le coût des examens divisé par le coût total ;
- 4) nombre d'autres actes par contact-patient, soit l'ensemble des

actes autres que les examens divisé par le nombre de contacts-patients. A noter que ces autres actes excluent également les 26 actes éliminés dans la nouvelle entente ;

5) coût moyen des autres actes, soit le coût des autres actes tel qu'il a été défini précédemment dans l'indicateur 4 (excluant le coût des examens et des 26 actes éliminés), divisé par le nombre de ces autres actes ;

6) nombre d'actes éliminés par contact-patient, soit le nombre des actes correspondant aux 26 actes éliminés dans la nouvelle entente divisé par le nombre de contacts-patients.

B — *Analyse des résultats*

Les résultats sont présentés aux tableaux 8 et 9. Pour chacun des six indicateurs (trois par tableau), trois types de données sont présentés et correspondent aux trois parties de l'analyse. Nous analyserons d'abord l'évolution de ces indicateurs en fonction des classes de paiement chez les médecins omnipraticiens ayant exercé en 1975. Ces données figurent dans la 1^{ère} colonne, sous chacun des indicateurs. Ensuite, nous analyserons les variations observées entre 1975 et 1976 pour chacun des indicateurs chez ce même groupe de médecins alors qu'il n'y avait pas encore eu de nouvelles entente. Ces variations sont présentées dans la 2^e colonne. Enfin, nous analyserons les variations observées entre 1976 et 1977 pour ces mêmes indicateurs chez les médecins omnipraticiens ayant exercé cette fois en 1976 afin d'y apprécier l'effet de la nouvelle entente. Ces variations, pour chacun des indicateurs, figurent dans la 3^e colonne.

Variation de la pratique selon les classes de paiement

Parallèlement à l'augmentation du nombre de contacts-patients qu'on peut observer au tableau 4 de la première partie ⁸, on note que le coût moyen par contact-patient augmente au fur et à mesure qu'on monte dans les classes de paiement. La mise en relation de ce coût moyen par contact-patient avec les autres indicateurs nous révèle que ceci est essentiellement dû à la dispensation plus fréquente d'actes complémentaires à l'examen.

En effet, on observe au tableau 8 que le coût moyen des contacts-patients passe de \$8.91 chez les omnipraticiens gagnant moins de \$20 000

8. Ce tableau nous indique en effet que le nombre de contacts-patients par médecin passe de 918 chez les moins de \$20 000 (plusieurs d'entre eux étant de jeunes médecins qui n'ont exercé que six mois) à 11,472 chez les \$100 000 et plus. Notons également que le nombre de jours travaillés (tableau 5) et le nombre de contacts-patients par jour travaillé (tableau 6) augmentent aussi, tandis que les jours non travaillés en séquence de moins de sept jours consécutifs ou de plus de sept jours consécutifs (tableau 7) diminuent.

TABLEAU 8

COÛT MOYEN DES CONTACTS-PATIENTS, COÛT MOYEN DES EXAMENS ET POURCENTAGE DE VARIATION
SELON LES GROUPES D'OMNIPRATICIENS ÉTUDIÉS ET LA CLASSE DE PAIEMENT

Classe de paiement	Variable		Coût moyen des contacts-patients			Coût moyen des examens			Coût des examens en proportion du coût des contacts-patients		
	Groupe										
		Omnipraticiens 1975	Omnipraticiens 1976	Omnipraticiens 1975	Omnipraticiens 1976	Omnipraticiens 1975	Omnipraticiens 1976	Omnipraticiens 1975	Omnipraticiens 1976		
	\$ (1975)	Δ %	Δ %	\$ (1975)	Δ %	Δ %	N (1975)	Δ %	Δ %		
\$1 - 19 999	8.91	15,0	23,4	7.07	12,9	25,7	.793	- 1,8	1,9		
20 000 - 39 999	8.93	7,3	19,8	7.00	6,6	24,8	.784	- 0,6	4,1		
40 000 - 59 999	9.02	4,9	16,4	6.95	4,7	22,5	.771	- 0,1	5,3		
60 000 - 79 999	9.33	4,8	13,0	6.93	5,3	21,6	.743	- 0,4	7,6		
80 000 - 99 999	9.42	3,1	9,5	6.86	3,8	19,9	.728	0,7	9,5		
100 000 et plus	10.95	1,9	- 7,1	7.03	2,8	12,6	.642	0,9	21,1		
Ensemble	9.31	5,3	13,1	6.95	5,8	22,0	.747	0,4	7,9		

SOURCE : Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service de la Recherche et des Statistiques.

TABLEAU 9

NOMBRE D'AUTRES ACTES PAR CONTACT-PATIENT, COÛT MOYEN DES AUTRES ACTES, NOMBRE D'ACTES ÉLIMINÉS PAR CONTACT-PATIENT
ET POURCENTAGE DE VARIATION SELON LES GROUPES D'OMNIPRATICIENS ÉTUDIÉS ET LA CLASSE DE PAIEMENT

Classe de paiement	Variable		Nombre d'autres actes par contact-patient *			Coût moyen des autres actes *			Nombre d'actes éliminés par contact-patient		
	Groupe		Omnipraticiens 1975		Omniprati- ciens 1976	Omnipraticiens 1975		Omniprati- ciens 1976	Omnipraticiens 1975		Omniprati- ciens 1976
	N (1975)**	Δ %	Δ %	\$ (1975)**	Δ %	Δ %	N (1975)	Δ %	Δ %		
\$1 - 19 999	.192	25,0	26,1	8.38	- 0,2	4,0	.138	- 2,2	-97,1		
20 000 - 39 999	.177	17,5	- 0,9	9.75	- 5,3	14,2	.121	- 4,1	-96,9		
40 000 - 59 999	.218	8,7	- 3,2	8.56	- 3,5	8,5	.134	0,7	-96,7		
60 000 - 79 999	.266	6,8	- 3,1	8.22	- 2,6	- 0,4	.136	- 0,7	-97,2		
80 000 - 99 999	.398	3,8	- 8,6	5.78	- 2,9	- 2,1	.170	0,0	-96,9		
100 000 et plus	.735	- 2,6	-32,1	4.89	3,9	-10,3	.244	- 6,6	-97,8		
Ensemble	.294	3,7	-11,7	7.27	0,0	8,0	.147	- 2,0	-97,2		

* Excluant les actes éliminés dans la nouvelle entente.

** Pour fins de comparabilité, les données de 1975 ont été ajustées pour tenir compte de la modification intervenue en 1976 dans le mode de dénombrement de certains actes de chirurgie mineure.

SOURCE : Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service de la Recherche et des Statistiques.

EFFETS DE CERTAINES MESURES...

259

à \$10.95 chez ceux qui gagnent \$100 000 et plus. Par ailleurs, le coût moyen des examens, loin de subir une semblable augmentation, varie peu selon les classes de paiement ; celui-ci oscillant entre \$6.86 (\$80 000 à \$99 999) et \$7.07 (moins de \$20 000). Comme on l'observe au tableau 9, c'est plutôt la dispensation plus fréquente d'autres actes au fur et à mesure qu'on monte dans les classes de paiement qui explique essentiellement l'augmentation du coût moyen des contacts-patients. En effet, le nombre d'autres actes par contact-patient (excluant les actes éliminés) passe d'un taux de .192 chez les médecins gagnant moins de \$20 000 (soit 19 autres actes pour 100 contacts-patients) à un taux de .735 chez ceux qui gagnent \$100 000 et plus (soit 74 autres actes pour 100 contacts-patients)⁹.

Mais ce recours plus important aux autres actes s'effectue sur des actes moins coûteux. En effet, simultanément à l'augmentation du nombre d'autres actes par contact-patient, on observe une baisse du coût moyen de ces autres actes ; celui-ci passant de \$9.75 chez les médecins gagnant de \$20 000 à \$39 999 à \$4.89 chez ceux gagnant \$100 000 et plus.

En ce qui concerne les actes éliminés avec la nouvelle entente et qui représentent environ le tiers de l'ensemble des autres actes dispensés, on observe là aussi une augmentation de leur fréquence lorsqu'on monte dans l'échelle des paiements mais elle est toutefois moins prononcée. Le nombre de ces actes éliminés par contact-patient passe d'un taux de .138 chez les moins de \$20 000 à un taux de .244 chez les \$100 000 et plus.

Cette dispensation plus fréquente d'actes complémentaires à l'examen observée au niveau des classes de paiement élevées explique que le coût des examens en proportion du coût des contacts-patients diminue à mesure qu'on monte dans les classes de paiement. Celle-ci n'est que de 64,2% chez les médecins gagnant \$100 000 et plus comparativement à 79,3% chez ceux qui gagnent moins de \$20 000 (voir tableau 8).

Variation de la pratique entre 1975 et 1976

Malgré le fait qu'il n'y a eu aucune augmentation de tarif entre 1975 et 1976, le coût moyen des contacts-patients augmentait de 5,3% chez l'ensemble des médecins omnipraticiens par suite d'un accroissement de 5,8% du coût moyen des examens et d'une augmentation dans le nombre d'autres actes par contact-patient de 3,7%. Cependant, le coût moyen de ces autres actes restait constant tandis que le nombre d'actes éliminés par contact-patient diminuait de 2,0%.

9. Notons que si nous ajoutons les actes éliminés (qui font l'objet d'un indicateur différent), le nombre d'autres actes par contact-patient passe d'un taux de .330 chez les moins de \$20 000 (soit 33 autres actes pour 100 contacts-patients) à un taux de .979 chez les \$100 000 et plus (soit 98 autres actes pour 100 contacts-patients).

L'analyse de ces variations selon les classes de paiement nous indique qu'elles décroissent nettement au fur et à mesure qu'on monte dans l'échelle des paiements. En fait, de la même manière qu'il s'avère de plus en plus difficile d'accroître le nombre des contacts-patients au fur et à mesure que celui-ci s'élève, de la même manière est-il difficile d'accroître le coût moyen par contact-patient au fur et à mesure qu'on y atteint un niveau élevé. Ainsi, le coût moyen des contacts-patients augmente de 15,0% chez les moins de \$20 000 comparativement à une augmentation de seulement 1,9% chez les \$100 000 et plus. On observe le même phénomène pour le coût moyen des examens ; celui-ci augmente de 12,9% chez les moins de \$20 000 contre un accroissement de seulement 2,8% chez les omnipraticiens gagnant \$100 000 et plus. Également, le nombre d'autres actes par contact-patient augmente de 25,0% chez les moins de \$20 000 contre seulement 3,8% chez ceux qui gagnent entre \$80 000 et \$100 000. On note même une diminution de l'ordre de 2,6% chez les médecins gagnant \$100 000 et plus. Le coût moyen des autres actes subissait le même phénomène mais plutôt négativement ; celui-ci a diminué de 5,3% chez les médecins gagnant entre \$20 000 et \$40 000 comparativement à une diminution de 2,9% chez ceux qui gagnent entre \$80 000 et \$100 000. On observe toutefois une augmentation de l'ordre de 3,9% chez ceux qui gagnent \$100 000 et plus. En fait, le coût moyen des autres actes a varié de façon inverse à la variation observée dans le nombre d'autres actes par contact-patient. On n'observe toutefois pas une telle courbe décroissante en ce qui concerne le nombre d'actes éliminés par contact-patient.

Ces augmentations des diverses composantes du coût du contact-patient modifiaient très peu la proportion entre le coût des examens et le coût des contacts-patients. A peine observait-on une légère baisse de cette proportion dans les basses classes de paiement et une faible augmentation dans les plus hautes classes de paiement.

L'effet de la nouvelle entente

La question que l'on se pose maintenant est de savoir quel a été l'effet de la nouvelle entente sur le recours aux autres actes.

On note tout d'abord la disparition presque complète d'environ le tiers des autres actes à la suite de l'inclusion dans le tarif de l'examen du paiement de 26 actes diagnostiques et thérapeutiques lorsque ceux-ci sont effectués à l'occasion d'un examen¹⁰. Comme le montre le tableau 9, le nombre d'actes éliminés par contact-patient a chuté de 97,2%.

10. Soulignons ici que cela ne veut pas dire qu'ils ne sont plus dispensés. Cependant, il est possible que la dispensation de ces actes ait diminué du fait qu'ils ne font plus l'objet d'une rémunération distincte.

Outre les actes éliminés, le nombre d'autres actes par contact-patient diminuait lui aussi de 11,7% entre 1976 et 1977. Sauf chez les moins de \$20 000, on observe des réductions dans toutes les classes de paiement. Mais ces réductions sont d'autant plus fortes qu'on monte dans l'échelle des paiements. Ainsi, on observe une réduction de 0,9% chez les médecins gagnant entre \$20 000 et \$40 000, comparativement à une chute de 32,1% chez ceux qui gagnent \$100 000 et plus¹¹.

Simultanément à la dispensation moins importante d'autres actes au fur et à mesure qu'on monte dans les classes de paiement, la nouvelle entente a eu pour effet d'augmenter moins le coût moyen des autres actes que celui des examens, soit 8,0% comparativement à 22,0%. Dans les deux cas cependant, l'effet a été décroissant. Ainsi, entre 1976 et 1977, le coût moyen des autres actes augmentait chez les médecins gagnant moins de \$60 000 et diminuait chez les médecins gagnant au-dessus de ce seuil. Quant au coût moyen des examens, il augmentait dans toutes les classes de paiement mais de façon décroissante. Il a ainsi augmenté de 25,7% chez les moins de \$20 000 comparativement à 12,6% chez les 100 000 et plus¹².

La combinaison de ces divers éléments a eu pour résultat d'amoin-drir les différences entre les classes de paiement quant au coût moyen par contact-patient et à la proportion du coût des contacts-patients provenant des examens. Ainsi, le coût moyen des contacts-patients, par suite de la nouvelle entente, a augmenté d'autant moins que les médecins gagnaient un revenu élevé. Celui-ci a augmenté de 23,4% chez les moins de \$20 000 comparativement à une diminution de 7,1% chez ceux qui gagnent \$100 000 et plus. En outre, quelles que soient les classes de paiement, le coût des examens en proportion du coût des contacts-patients augmentait. Alors que cette proportion (de 74,7%) demeurait relativement stable entre 1975 et 1976 (augmentation de 0,4%), on assiste cette fois à une augmentation de 7,9%. Et cette augmentation était d'autant plus forte qu'on montait dans l'échelle de paiement. Ainsi, on observe une augmentation de 1,9% chez les moins de \$20 000 comparativement à une augmentation de 21,1% chez les médecins omnipraticiens gagnant \$100 000 et plus. En fait, autant était faible la proportion entre le coût des examens et le coût des contacts-patients observée en 1975 (soit 64,2% chez les \$100 000 et plus comparativement à 79,3% chez les moins de \$20 000), autant a été forte l'augmentation de cette proportion.

11. Environ 2,0% de cette réduction est attribuable à une modification intervenue en octobre 1977 à la comptabilisation de certains codes d'actes.

12. Notons qu'une partie des variations plus faibles observées dans le coût moyen des actes chez les classes de paiement élevées est probablement due au fait que certains de ces actes n'ont été payés qu'au quart du tarif, par suite du plafond.

C — *Conclusion*

La présente analyse nous a montré que plus un augmentait dans les classes de paiement, plus le nombre d'autres actes par contact-patient était élevé. Ce fait explique un coût moyen plus élevé par contact-patient ainsi qu'une proportion moindre du coût du contact-patient provenant des examens dans les classes de paiement élevées.

La seconde partie de l'analyse nous a montré qu'en l'absence d'une nouvelle entente, les diverses composantes du coût du contact-patient augmentaient. Cependant, ces augmentations étaient beaucoup moins importantes dans les classes de paiement supérieures en raison du niveau déjà relativement élevé de ces diverses composantes.

Enfin, l'analyse des effets de la nouvelle entente nous a permis de constater une réduction importante des écarts entre les classes de paiement, et ceci, en grande partie parce que la nouvelle entente produisait un abaissement notable de la dispensation d'actes complémentaires à l'examen chez les médecins des classes de paiement les plus élevées, soit ceux qui justement en dispensaient le plus.

Jean-Guy BOUTIN,
*Régie de l'assurance-maladie du Québec,
Service de la Recherche et des Statistiques.*