

2011

Sous la direction scientifique de

LUC GODBOUT – MARCELIN JOANIS –
NATHALIE DE MARCELLIS-WARIN

Le Québec économique

Un **bilan de santé** du Québec



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

<http://lequebececonomique.cirano.qc.ca>



Presses de
l'Université Laval

Chapitre 9

RÉMUNÉRATION MIXTE ET COMPORTEMENT PROFESSIONNEL DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

Étienne Dumont

Économiste, ex-professionnel de recherche au CIRPÉE

Bernard Fortin

Professeur titulaire à l'Université Laval, fellow au CIRANO, membre du CIRPÉE et *research fellow* à IZA

Nicolas Jacquemet

Professeur associé à l'École d'économie de Paris et maître de conférences à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Bruce Shearer

Professeur titulaire à l'Université Laval, fellow au CIRANO, membre du CIRPÉE et *research fellow* à IZA

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

Introduction¹

Jusqu'en 1999, le mode de rémunération largement dominant chez les médecins spécialistes du Québec était la **rémunération à l'acte**. Ce mode permet le paiement de tout acte médical posé par un médecin selon les tarifs en vigueur établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les fédérations médicales. Cependant, en septembre 1999, le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) se sont entendus sur la mise en œuvre d'un nouveau mode de rémunération des activités en établissement des spécialistes : la **rémunération mixte**. Cette rémunération **optionnelle** combine salariat et rémunération partielle à l'acte. L'objectif de cette réforme consistait en particulier à augmenter le temps consacré aux patients ainsi qu'à certaines tâches non rémunérées sous la rémunération à l'acte, tels l'enseignement et les tâches administratives. L'impact de la réforme est potentiellement très important puisqu'en 2010, près de 50 % des médecins spécialistes avaient adhéré à ce nouveau mode de rémunération. Par notre travail, nous tentons d'apporter un éclairage sur les effets de l'introduction de la rémunération mixte. Plus précisément, nous cherchons à analyser son impact sur les comportements professionnels des spécialistes qui ont adhéré à ce nouveau mode de rétribution.

Ce chapitre résume l'étude en cinq sections : une première dans laquelle nous présentons succinctement le contexte de la réforme ; la deuxième présente la problématique de notre analyse ; une troisième pour discuter brièvement des données et des méthodes d'évaluation retenues ; une quatrième pour examiner les résultats principaux et une cinquième section pour conclure.

Contexte

Avant 1999, la très grande majorité des honoraires perçus par les médecins spécialistes québécois provenait de la rémunération à l'acte (RA). Sous ce mode de rémunération, le médecin est rétribué selon le nombre et le type de services qu'il a fournis aux patients. Ainsi, les médecins peuvent être incités à effectuer un grand nombre de services auprès de leurs patients. Par contre, il se peut que le fait d'insister sur le volume de services cliniques

incite certains médecins à consacrer moins de temps à chacun de leurs patients, ce qui peut affecter négativement la qualité des services offerts à la population. En outre, le fait que certaines activités non cliniques, telles que l'enseignement et les tâches médico-administratives, ne soient pas rémunérées en RA peut inciter les médecins à les négliger. En septembre 1999, le MSSS introduisait un nouveau mode de rémunération : la rémunération mixte (RM). Celle-ci offre une rétribution combinant un montant forfaitaire quotidien (*per diem* ou demi *per diem*) et une rémunération réduite à l'acte se traduisant par un pourcentage du tarif habituellement applicable pour un service clinique donné². La réforme de 1999 ne rend pas le système de RM obligatoire. Chaque département ou service au sein d'un hôpital (regroupant des spécialistes de la même spécialité) peut en effet voter pour l'adoption du système de rémunération mixte. Pour passer à la RM, le vote unanime de tous les médecins du département est requis.

Problématique

La réforme a changé d'une façon importante les incitations monétaires des médecins à fournir leurs services à la population. Notre étude cherche à mesurer ces effets à partir des données longitudinales sur les services effectués par les médecins ainsi que sur leur offre de travail. On anticipe que les médecins qui sont passés à la RM réduisent leur volume d'actes médicaux, puisque ceux-ci sont à la marge moins bien rémunérés. Par ailleurs, ils seront incités à consacrer plus de temps par acte clinique, puisque les heures de travail sont rémunérées en RM alors qu'elles ne le sont pas lorsque le médecin travaille à l'acte. Ceci aura pour effet d'accroître la qualité des actes dans la mesure où le médecin consacre ce temps additionnel à faire un meilleur diagnostic ou à mieux traiter son patient. En outre, on s'attend à ce que le médecin en RM consacre plus de temps aux activités non cliniques telles que l'enseignement et les tâches administratives, puisque celles-ci font partie du *per diem*³. Enfin, on prévoit que les médecins qui adhèrent à la RM voient leur revenu s'accroître, indiquant qu'il est financièrement rentable pour ceux-ci de choisir ce mode de rémunération. Nous exploitons l'aspect longitudinal des données afin de contrôler les déterminants du choix du mode de rémunération de la part des médecins. Par exemple, les médecins qui préfèrent consacrer plus de temps à leurs patients seront en général plus attirés par la RM.

L'observation du comportement des médecins avant et après la réforme nous permet d'éliminer des effets non observables et invariants dans le temps qui affectent le choix du système de rémunération.

Méthodes

Données

Dans le cadre de notre étude, les données utilisées pour l'estimation proviennent de deux sources distinctes : le Collège des médecins du Québec (CMQ) et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les données couvrent la période de 1996 à 2000. Cette période se termine en 2000 en raison de la hausse importante des tarifs à l'acte en 2001, qui pourrait jouer le rôle d'une variable confondante et ainsi biaiser nos résultats. Les informations de la première base de données ont été compilées à l'aide de questionnaires que le CMQ distribue à ses membres chaque année. Ces sondages contiennent de l'information sur le nombre d'heures de travail affectées à chaque type d'activité des médecins. Par ailleurs, les éléments de la seconde base de données proviennent des fichiers administratifs de la RAMQ. Les variables que l'on y trouve sont le revenu trimestriel du médecin ainsi que leur volume de services cliniques. Un numéro anonyme pour chaque médecin a permis à la RAMQ d'effectuer le pairage de ces deux bases de données. Dans notre étude, nous avons mis l'accent sur les effets de la réforme de la rémunération sur plusieurs dimensions du comportement professionnel des médecins : heures consacrées aux patients, à l'enseignement, aux activités médicales administratives et à la recherche, volume de services médicaux et durée moyenne des services médicaux⁴.

Définition du groupe traitement et du groupe témoin

Pour les fins de notre analyse empirique, nous nous concentrons sur la comparaison de deux mécanismes de rémunération : RA et RM⁵. Pour ce faire, nous avons construit un groupe traitement et un groupe témoin à partir de notre échantillon. Le groupe traitement correspond aux médecins qui ont choisi la RM à chacun des trimestres durant lesquels ils ont pratiqué en 2000. Le groupe témoin est constitué des médecins qui ont perçu uniquement leurs honoraires selon la RA. Notre échantillon comprend seulement

des médecins qui sont actifs au cours des périodes avant et après la réforme, ce qui nous permet d'utiliser les approches statistiques que nous avons retenues pour l'estimation de notre modèle. Notre échantillon final est composé de 2120 médecins, soit 423 dans le groupe traitement (médecins qui sont passés de la RA à la RM) et 1697 dans le groupe témoin (médecins qui sont demeurés à la RA).

Statistiques descriptives

Le tableau 9-1 présente les statistiques descriptives portant sur les variables clés du groupe traitement et du groupe témoin, avant et après la réforme. Avant la réforme, les médecins du groupe témoin ont fourni un volume de services plus élevé que les médecins du groupe traitement (en moyenne 132 430 \$ contre 112 540 \$). Ils avaient également un revenu annuel plus élevé (en moyenne 212 740 \$ contre 178 840 \$) et travaillaient relativement moins d'heures par semaine (54 contre 55,28) que ces derniers. Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins qui sont restés à la RA (groupe témoin) ont une productivité plus élevée que ceux qui sont passés à la RM (groupe traitement). En outre, les préférences pour les activités non cliniques et la recherche semblent plus importantes dans le cas des médecins du groupe traitement. En effet, avant l'introduction de la RM, ces derniers réalisaient moins d'heures de travail clinique et consacraient plus de temps à l'enseignement et aux activités administratives.

Méthodes d'évaluation de l'impact de la réforme

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

médecins du groupe témoin et du groupe traitement ne sont pas aléatoires. Il en est ainsi car le passage à la RM est un choix personnel du médecin (ou de son département). Ainsi, les médecins qui effectuent un très grand nombre d'actes médicaux auront tendance à rester sous le mode de la rémunération à l'acte de façon à maintenir un niveau plus élevé de revenu que celui qu'ils auraient sous le mode de rémunération mixte. Ignorer ce problème aurait pu engendrer dans l'analyse un biais important. Pour faire l'analyse statistique, deux approches ont été utilisées : la régression panel sans censure et avec censure. Cette dernière tient compte d'une forte concentration à zéro de certaines variables à expliquer (par exemple, heures non cliniques du médecin)⁶.

	Statistiques descriptives							
	Groupe témoin (RA)				Groupe traitement (RM)			
	Avant la réforme		Après la réforme		Avant la réforme		Après la réforme	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Volume annuel (\$)	132 430	6 908	136 270	7 482	112 540	5 250	109 860	5 449
Revenu annuel (\$)	212 740	7 883	214 500	8 493	178 840	6 812	200 760	6 364
Heures de travail par semaine	54,00	14,04	52,29	14,04	55,28	12,65	52,38	12,82
Heures cliniques	44,70	15,41	44,43	15,44	42,23	14,54	41,45	13,85
Heures à l'hôpital	31,02	18,79	30,59	19,48	32,53	17,87	32,83	17,37
Heures en clinique privée	13,68	15,05	13,83	15,29	9,70	14,24	8,62	13,36
Heures non cliniques	6,20	7,92	4,88	7,65	8,30	8,83	7,34	8,50
Administration	3,60	6,51	2,06	6,16	4,19	6,66	2,57	5,99
Enseignement	2,59	4,04	2,82	4,26	4,11	5,20	4,78	5,72
Heures de recherche	3,10	8,60	2,98	8,06	4,74	9,26	3,58	7,55

Tableau t/2011-c9-1

Résultats

Cette section présente les résultats obtenus. L'impact estimé de la réforme sur les variables clés pour l'ensemble des spécialistes qui sont passés à la RM en 2000 est présenté dans le tableau 9-2. L'analyse porte sur les changements du volume de services médicaux, du revenu annuel, des heures de travail hebdomadaires et des heures consacrées aux activités

cliniques, aux activités non cliniques (enseignement et administration) et à la recherche. Les résultats montrent d'abord que, toutes choses étant égales par ailleurs, la mise en œuvre de la RM a incité les médecins qui y ont adhéré à réduire leur volume de services médicaux facturables de 8 300 \$, soit une baisse de 6,15 %. Ce premier résultat est tout à fait conforme à nos attentes, puisque nous avons supposé que la réduction des tarifs à l'acte avait incité les médecins en RM à fournir moins d'actes médicaux.

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

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

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

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

Les deux spécialités qui réagissent le plus au mode de rémunération mixte sont la pédiatrie et la chirurgie générale. Ainsi, les pédiatres (dont la moitié étaient des femmes en 2000) qui ont choisi la RM ont réduit leur volume de services médicaux de 12,8 % et leurs heures de travail auprès de leurs patients de 6,55 %, augmentant ainsi leur temps moyen par service de 6,25 %. Quant aux chirurgiens généraux, ceux qui sont passés à la RM ont diminué leur volume de services médicaux de 10,7 % et n'ont pas changé de façon significative leurs heures de travail auprès des patients. Au sujet des autres spécialités retenues dans l'étude, l'impact de la réforme s'avère beaucoup plus faible. Ainsi, le volume de services médicaux a baissé de 3,32 % dans le cas des médecins qui ont choisi la RM.

	Effets de la rémunération mixte ⁸									
	Volume annuel	Revenu annuel	Heures par semaines	Heures cliniques par semaine			Heures non cliniques par semaine			Heures de recherche par semaine
				Total	Hôpital	Clinique privée	Total	Administration	Enseignement	
Effet de la réforme	-8 300 \$	17 290 \$	-1,09	-1,14	0,15	-0,81	0,53	-0,16	0,47	-0,77
Écart-type	1 550 \$	248 \$	0,58	0,57	0,57	0,37	0,32	0,28	0,22	0,25
Effet de la réforme (%)	-6,15	8,05	-2,05	-2,57	0,45	-9,07	7,92	-7,89	10,74	-14,72

Tableau t/2011-c9-2

Par ailleurs, en 1999, le MSSS a aboli les plafonds sur les gains bruts semestriels des spécialistes (tout en conservant les plafonds sur les gains nets⁹). Si cette politique a influencé de façon différente le groupe traitement et le groupe témoin, elle pourrait jouer un rôle de variable confondante

Rémunération mixte et comportement professionnel des médecins spécialistes

dans notre analyse et biaiser nos résultats. Le faible nombre de médecins contraints par les plafonds sur les gains bruts en 1998 (5,5 % de notre échantillon) et le fait que les résultats résistent à l'élimination des médecins dont le revenu semestriel est proche du plafond nous conduisent à être confiants en le fait que les résultats sont peu affectés par ce problème.

Le tableau 9-3 permet une comparaison des effets de la réforme sur les spécialistes hommes et femmes. Les femmes bénéficient davantage de la rémunération mixte que les hommes. Les femmes médecins qui sont passées au nouveau mode de rémunération ont augmenté leurs revenus de 10,68 %, alors que la hausse de revenu a été de 7,04 % chez les hommes. Par ailleurs, la baisse du volume des services médicaux est plus importante chez les femmes, soit une réduction de 8,22 % contre une réduction de 5,54 % chez les hommes. Les femmes semblent en fait être pénalisées par la RA. Elles facturent moins d'actes que les hommes, non seulement parce qu'elles travaillent moins d'heures en moyenne (51 heures contre 52,6 heures), mais aussi parce qu'elles passent en moyenne plus de temps avec chaque patient¹⁰. On constate aussi que l'effet positif de la réforme sur le temps moyen que le médecin consacre par acte clinique est plus élevé dans le cas des femmes (6,96 %) que dans celui des hommes (3 %). Ceci suggère que la substitution de la quantité par la qualité, dans la mesure où elle se vérifie, semble plus présente chez les femmes. Ces résultats mettent ainsi en évidence une réaction plus importante chez les femmes que chez les hommes.

Effets de la rémunération mixte ¹¹			
	Volume annuel	Revenu annuel	Heures par semaine
Hommes			
Effet de la réforme	-7 620 \$	15 480 \$	-1,19
Écart-type	1 840 \$	2 930 \$	0,74
Effet de la réforme (%)	-5,54	7,04	-2,22
Femmes			
Effet de la réforme	-10 800 \$	20 290 \$	-0,79
Écart-type	2 796 \$	4 620 \$	0,96
Effet de la réforme (%)	-8,22	10,68	-1,54

Tableau t/2011-c9-3

Conclusion

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

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

de cette analyse sur le bien-fondé de la RM sont claires. Il serait prématuré de rendre la RM obligatoire avant de mieux comprendre l'impact de la réforme sur la santé des patients traités. Enfin, si un objectif important du mode de rémunération des médecins est de réduire les files ou le temps d'attente dans le système, la RM ne paraît pas une approche adéquate à cet égard.

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

Notre analyse montre aussi que les femmes réagissent plus que les hommes à la RM en termes de volume d'actes réalisés et de temps moyen passé par acte. Ce résultat est important dans un contexte de féminisation croissante de la profession au Québec, d'autant plus que les femmes médecins travaillent moins d'heures que les hommes¹². Nos résultats suggèrent que la présence grandissante des femmes sur le marché du travail peut accroître l'intérêt des politiques de rémunération de façon à assurer une offre et une qualité adéquates des services de santé.

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



Notes

1. Nous remercions Gérard Bélanger pour ses commentaires sur la première version du texte.
2. En 2000, juste après la mise en œuvre de la réforme, le *per diem* était de 600 \$ pour sept heures de travail à l'hôpital. Par ailleurs, les actes facturables en rémunération mixte étaient rétribués en moyenne à 40 % du tarif de base moyen à l'acte. Notons que certains actes réalisés en RM sont non facturables, étant ainsi rémunérés par le *per diem*.
3. Le *per diem* ne s'applique pas aux activités de recherche (rémunérées par les hôpitaux ou les subventions de recherche).
4. Le volume de services est mesuré en dollars (de l'année 2000), étant la sommation de la quantité de chaque type de service offert pondérée par les prix de ces services en 2000.
5. Un nombre limité de médecins, exclus de notre étude, sont rémunérés à salaire, à honoraire fixe et forfaitaire ou à vacation. Ces médecins sont rémunérés selon le nombre d'heures travaillées et non en fonction du nombre et du type d'actes accomplis.
6. Il s'agit du modèle Tobit avec effet aléatoire.
7. Cette hausse est approximativement égale à la différence entre la réduction du volume de services facturables (6,15 %) et la réduction des heures de travail cliniques (2,57 %), soit 3,58 %.
8. Dans le cas des heures cliniques par semaine, les heures totales sont estimées par une régression panel sans censure, mais les régressions sur les heures à l'hôpital et en clinique privée sont estimées par des régressions panel avec censure (en raison de la concentration à zéro de ces variables). Le groupe témoin est composé des médecins qui ont perçu uniquement leurs honoraires selon la rémunération à l'acte après la réforme.
9. Aux fins de l'application des plafonds sur les gains nets, ceux-ci ne tiennent compte que de 65 % des gains de pratique en cabinet privé, sauf à l'égard des médecins classés en radiologie diagnostique, pour lesquels on ne tient compte que de 30 % de ces gains. Les gains bruts incluent la totalité des gains en établissement et en cabinet privé.
10. Dans notre échantillon, le volume d'actes facturables par heure clinique en 2000 était de 2,76 chez les femmes et de 3,14 chez les hommes.
11. Les variables sont estimées par des régressions panel sans censure. Pour chacun des sexes, le groupe témoin est composé des médecins du même sexe qui ont perçu uniquement leurs honoraires selon la rémunération à l'acte après la réforme.
12. Au Québec, le pourcentage des femmes médecins s'est accru de 1 % par année depuis 1976, passant de 8 % à 38 %. De plus, deux tiers des étudiants en médecine sont des femmes. Par ailleurs, l'écart des heures travaillées entre les hommes et les femmes est de 10 % (voir Contandriopoulos et Fournier, 2007).

Références

- Contandriopoulos, A.-P. et Fournier, M.-A. (2007). *Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Dumont, E., Fortin, B., Jacquemet, N. et Shearer, B. (2008). Physicians' multitasking and Incentives : Empirical Evidence from a Natural Experiment. *Journal of Health Economics*, 27(5), 1436-1450, et Série scientifique CIRANO (2008-s20).
- Fortin, B. et Échevin, D. (2011). *Physician Payment Mechanisms, Hospital Length of Stay and Risk of Readmission: A Natural Experiment*. Série scientifique CIRANO (2011s-44).