

Rapport

Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec

Mai 2025

David Benatia

HEC Montréal

Nicholas-James Clavet

HEC Montréal

Bernard Fortin

Université Laval et CIRANO

Josette Rosine Aniwuvi Gbeto

Université Laval

Sous la direction de

Pierre-Carl Michaud

HEC Montréal et CIRANO

Ce projet de recherche a été réalisé avec le soutien logistique et financier du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Le MSSS a fourni à l'équipe de recherche l'accès aux données nécessaires pour remplir ce mandat de recherche. L'équipe souhaite remercier Marc-Nicolas Kobrynsky, Pier Tremblay ainsi que les professionnels de recherche du MSSS pour leur soutien. Elle remercie également François Laliberté-Auger et Xavier Dufour-Simard, attachés de recherche à la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques, pour leur travail sur les données de recensement et la manipulation des fichiers de la RAMQ, ainsi que David Boisclair pour son soutien administratif dans la réalisation de ce projet. Les auteurs demeurent seuls responsables des analyses et des conclusions contenues dans ce rapport. Des informations biographiques additionnelles sur les auteurs sont disponibles à la fin du présent rapport de recherche.

Les partenaires de la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques

Banque CIBC
Banque Nationale
Beneva
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
CGI
Cogeco
Desjardins
Énergir
Fonds de solidarité FTQ
Groupe Banque TD
Héroux-Devtek
Ministère des Finances du Québec
Québecor
RBC Fondation

© 2025 David Benatia, Nicholas-James Clavet, Bernard Fortin, Josette Rosine Aniwuvi Gbeto, Pierre-Carl Michaud. Tous droits réservés. All rights reserved. Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada, 2025.
ISBN 978-2-9821971-3-8

Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec¹

Sous la direction de

Pierre-Carl Michaud
HEC Montréal et CIRANO

Équipe de recherche

David Benatia, HEC Montréal
Nicholas-James Clavet, HEC Montréal
Bernard Fortin, Université Laval et CIRANO
Josette Rosine Aniwuvi Gbetto, Université Laval

Mai 2025

¹ Ce projet de recherche a été réalisé avec le soutien logistique et financier du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Le MSSS a fourni à l'équipe de recherche l'accès aux données nécessaires pour remplir ce mandat de recherche. En particulier, l'équipe souhaite remercier Marc-Nicolas Kobrynsky, Pier Tremblay et les professionnels de recherche du MSSS pour leur soutien. L'équipe aimerait remercier François Laliberté-Auger et Xavier Dufour-Simard, attachés de recherche à la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques, pour leur travail sur les données de recensement et sur la manipulation des fichiers de la RAMQ; et David Boisclair pour le soutien administratif dans la réalisation de ce projet. Les auteurs demeurent seuls responsables des analyses et des conclusions contenues dans ce rapport. Des informations biographiques additionnelles sur les auteurs sont disponibles à la toute fin du présent rapport de recherche.

Table des matières

Sommaire.....	3
Objectifs du rapport.....	5
Contexte.....	6
L'importance de la rémunération des médecins dans les dépenses de santé des provinces.....	6
Évolution de la rémunération dans les provinces canadiennes 2010-2022.....	8
Les sources de variation : Effectifs et heures et semaines travaillées.....	11
Effectif médical.....	12
Les heures et semaines travaillées.....	14
Rémunération par médecin équivalent temps plein.....	16
D'où vient la hausse de la rémunération depuis 2014?.....	18
Évolution de l'offre de travail et de la rémunération au Québec.....	19
Les données administratives.....	19
Fichiers de facturation à l'acte (MOD).....	19
Fichier de tarification (TAR).....	20
Restrictions imposées sur l'univers des médecins considérés.....	20
Évolution de l'offre.....	22
Effectifs.....	22
Jours et semaines avec facturation.....	24
Patients et visites.....	29
Volume d'actes.....	32
Décomposition de l'offre.....	34
Évolution des prix.....	35
Indice de prix.....	35
Décomposition de la rémunération.....	38
Effets de la rémunération sur l'offre de travail et la productivité.....	40
Offre de travail et rémunération : quel est le lien?.....	40
Estimation économétrique.....	42
Conclusion.....	46
Références.....	47
Annexes.....	48
Comparaisons interprovinciales.....	48
Indices de prix.....	49
Notes biographiques.....	51

Sommaire

La rémunération des médecins constitue une composante importante des dépenses de santé dans les provinces canadiennes. Celle-ci représente 16 % des dépenses de santé du gouvernement du Québec. La croissance cumulée de la rémunération clinique totale des médecins québécois de 2010 à 2022 a été de 63 % chez les omnipraticiens et de 65 % chez les spécialistes, parmi les plus élevées au Canada (2^e pour les omnipraticiens parmi les provinces, 4^e pour les spécialistes). La croissance élevée de la rémunération au Québec se démarque à l'échelle canadienne, en particulier au niveau de la rémunération à l'acte qui a crû à un rythme annuel moyen de 4,8 % chez les spécialistes et de 4,5 % chez les omnipraticiens.

La rémunération annuelle moyenne par équivalent temps plein (ETP) pour les omnipraticiens au Québec était de 414 000 \$ en 2023, la plus élevée au Canada une fois ajustée pour les différences de coût de la vie entre les provinces (2^e sans cet ajustement). La rémunération des spécialistes par ETP au Québec, à 548 000 \$, était dans la moyenne canadienne et supérieure à la rémunération des spécialistes en Ontario une fois ajustée pour le coût de la vie.

Le nombre de médecins par habitant au Québec est dans la moyenne canadienne, mais la province se situe en queue de peloton en termes d'ETP. Au Québec, il y a eu de 2010 à 2022 une croissance de 15 % du nombre de spécialistes et de 19 % du nombre d'omnipraticiens, mais une quasi-stagnation du nombre d'ETP (de 2014 à 2022). Chez les spécialistes, tant la hausse des effectifs que celle des ETP sont les plus faibles au Canada. L'augmentation des effectifs chez les omnipraticiens est dans la moyenne canadienne, mais en queue de peloton en termes d'ETP. La diminution de l'intensité de pratique semble donc avoir annulé les gains liés à la formation de nouveaux médecins.

Selon les données des recensements de 2011 à 2021, les heures et semaines moyennes travaillées annuellement par les médecins étaient en légère baisse pratiquement partout au Canada, y compris au Québec. En 2021, les médecins – omnipraticiens comme spécialistes – rapportaient avoir travaillé en moyenne 46 semaines. Toutefois, selon les données complètes de facturation de la RAMQ (2011-2023), en 2021 les omnipraticiens n'atteignaient un seuil minimal de facturation qu'au cours de 37 semaines en moyenne, contre 32 pour les spécialistes. Ainsi, environ une semaine travaillée sur quatre ne serait pas dédiée à des services médicaux rémunérés à l'acte. Les médecins supportent donc vraisemblablement des charges d'activités non cliniques importantes, puisque les semaines travaillées rapportées dans les recensements sont beaucoup plus nombreuses que les semaines avec activité clinique (rémunérée à l'acte) constatées dans les données de la RAMQ.

Enfin, en moyenne, en 2023 les omnipraticiens atteignaient un certain seuil minimal de facturation 135 jours dans l'année, contre 146 pour les spécialistes sur 260 jours ouvrables. Environ un tiers des médecins facturait en moyenne 3 jours ou moins par semaine. Ces données suggèrent une capacité non utilisée importante chez les médecins dans la prestation de services médicaux, plus élevée chez les omnipraticiens que chez les spécialistes. Cette situation met une pression accrue sur la formation de nouveaux médecins, pression qui pourrait être atténuée par une utilisation plus complète de la capacité existante.

Certaines spécialités ont connu des hausses de tarifs (indices de prix) plus importantes que d'autres. La hausse de la rémunération moyenne par médecin est en grande partie expliquée par une hausse des tarifs, alors que le volume d'actes n'a eu pratiquement aucun effet chez les spécialistes et a eu un effet baissier sur la rémunération pour les omnipraticiens. Deux facteurs expliquent cette stagnation, voire cette diminution de l'offre de services médicaux.

D'une part, un certain effet de composition est à l'œuvre : un nombre croissant de médecins, notamment des femmes, ont un attachement moins marqué à la pratique clinique, ce qui se traduit par une offre de travail réduite. L'analyse montre cependant que l'évolution dans le temps de l'âge et du genre des médecins a peu de liens avec la réduction de leur offre de travail moyenne, que ce soit le nombre de jours travaillés, le nombre de patients (uniques) vus ou le nombre de visites. Les effets résiduels, capturant des variations qui ne sont pas expliquées par l'âge et le genre, prédominent, en particulier chez les omnipraticiens. On ne peut donc pas attribuer la stagnation ou la réduction de l'offre de services médicaux à la proportion croissante de médecins plus âgés ou de sexe féminin.

D'autre part, nous mettons en évidence un lien négatif robuste au Québec entre la rémunération et l'offre de travail des médecins. Autrement dit, lorsque les tarifs des actes médicaux augmentent de façon générale, l'offre de services tend à diminuer. Ce phénomène peut survenir si, par exemple, les médecins visent de manière générale un niveau de rémunération cible et donc réagissent en ajustant le volume à la baisse quand les tarifs augmentent. Nos résultats suggèrent qu'une hausse de 10 % des tarifs est associée à une baisse de 3,9 % du volume d'actes et de 2,3 % du nombre de visites. Dans ce contexte, une hausse de la rémunération, aux niveaux actuels, ne saurait être justifiée par le besoin de répondre à une demande non satisfaite dans la population.

Ce rapport offre des pistes de réflexion importantes pour éclairer les choix de politiques publiques concernant la rémunération des médecins dans les années à venir. Il documente une évolution de l'offre de services médicaux qui est probablement insuffisante pour répondre à la croissance des besoins de la population. Il identifie certaines causes et met en évidence des zones d'ombre entourant les activités non cliniques des médecins. En bout de piste, il appert que de nombreux médecins consacrent une part relativement faible de leur temps à la prestation directe de services médicaux.

Objectifs du rapport

Ce rapport vise à documenter l'évolution de l'offre de services médicaux et la rémunération des médecins au cours des 15 dernières années environ. Par le passé, certaines études ont documenté cette évolution, par exemple Contandriopoulos et al. (2018) jusqu'à 2015, alors que d'autres ont plutôt mis l'accent sur les comparaisons avec d'autres provinces canadiennes (par exemple Dubuc (2019)). Pour les médecins spécialistes, une étude a été réalisée par l'Institut canadien d'information sur la santé pour le compte du Secrétariat du Conseil du trésor et de la fédération représentant les médecins spécialistes (FMSQ) (ICIS, 2020). Cette étude portait sur une comparaison pour l'année 2016-2017. Depuis, nous n'avons pas connaissance de rapports sur le sujet.

En plus d'actualiser ces comparaisons, ce rapport de recherche innove en croisant plusieurs sources de données et en construisant de nouvelles mesures de l'offre de services médicaux. En particulier, l'équipe de recherche cherche à répondre aux questions suivantes :

1. Quelle est la variation de l'offre de travail des médecins entre 2011 et 2023, et comment cette variation se décline-t-elle? Comment l'expliquer? En particulier, nous regarderons : a) comment l'offre évolue selon différentes mesures alternatives; et b) la variabilité selon les caractéristiques des médecins.
2. Quel a été l'impact des changements dans la rémunération des médecins sur leur offre de travail? En particulier, nous regarderons comment les différents éléments de la rémunération à l'acte ont affecté les services offerts et les coûts de cette rémunération pour le gouvernement. Cette analyse permet d'identifier la part des changements observés qui est due aux changements de rémunération.

Pour répondre à la première question, l'équipe s'appuiera sur différentes sources de données. D'abord, les données de l'Institut canadien d'information sur la santé qui permettent de comparer les données entre les provinces et dans le temps. Les limites de ces données sont cependant connues; elles ont été construites pour favoriser les comparaisons et sont basées sur des données de facturation, mais elles omettent par le fait même des spécificités propres au système en place au Québec. Nous utiliserons aussi des données des recensements de 2011 à 2021 afin de documenter l'évolution des heures et des semaines travaillées par les médecins. Ces données reposent sur les réponses des médecins aux recensements et, bien qu'elles soient autorapportées, elles offrent un portrait d'ensemble potentiellement plus complet des activités professionnelles des médecins que les mesures d'offre de services médicaux provenant des données de facturation. Toutefois, ce rapport s'intéresse à la prestation de services médicaux; il faudra donc en général interpréter le terme « offre de travail » dans ce sens restreint.

Afin d'approfondir l'analyse, nous avons par ailleurs eu accès, pour l'une des premières fois de manière exhaustive, aux fichiers de paiements des services médicaux à l'acte au Québec sur une longue période (2011 à 2023). Cette base de données, qui permet d'effectuer un suivi longitudinal des médecins et des actes qu'ils dispensent, offre une description détaillée des variations tant dans l'offre de services que dans la rémunération. Afin d'évaluer l'évolution des actes et des tarifs, nous construirons un indice de prix (tarifs) d'actes médicaux en combinant le panier d'actes moyen, par type de médecin et en tenant compte de l'évolution des tarifs dans le temps. Nous utiliserons une démarche semblable pour les actes afin d'obtenir un indice de volume d'actes.

Pour répondre à la deuxième question, une analyse économétrique des données administratives permettra d'estimer l'élasticité (sensibilité) de l'offre de services médicaux des médecins aux tarifs médicaux de façon parcimonieuse, en intégrant différentes sources de variabilité. Nous regarderons aussi cette question du point de vue canadien en contrastant l'expérience des provinces canadiennes.

L'objectif ultime de ce rapport est de contribuer des données factuelles permettant de faciliter la discussion entre les différents acteurs impliqués dans la détermination de la rémunération des médecins. Étant donné les délais impartis pour atteindre les objectifs de ce rapport, nous n'avons pu creuser plusieurs questions qui auraient permis d'affiner davantage les conclusions et recommandations en termes de politiques. Nous demeurons donc prudents dans nos recommandations et avons préféré, à plusieurs endroits dans le rapport, mettre en garde le lecteur concernant certaines limites de l'analyse présentée.

Contexte

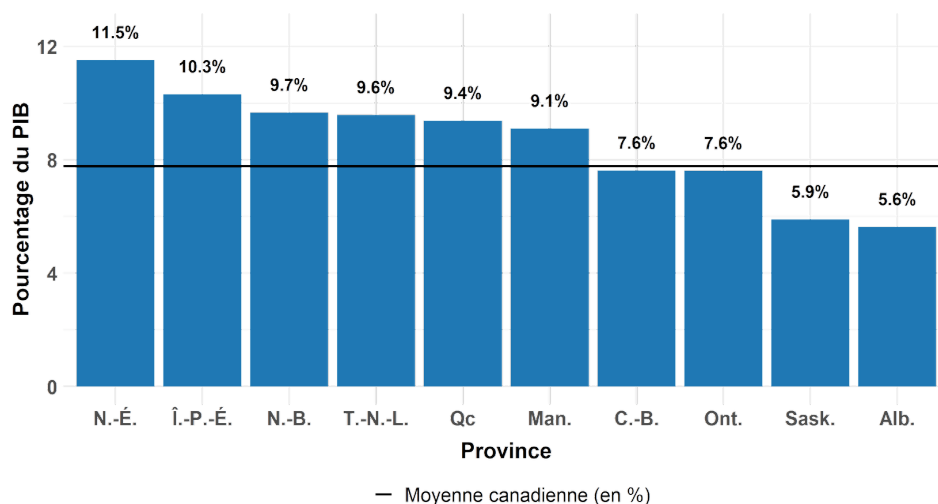
L'importance de la rémunération des médecins dans les dépenses de santé des provinces

La santé constitue la composante la plus importante des budgets provinciaux au Canada. Responsables de la prestation de ces services, les provinces doivent composer avec une population vieillissante et des besoins croissants en santé. Le Québec n'échappe pas à cette réalité. Pour mieux comprendre cette dynamique des dépenses ainsi que le rôle joué par la rémunération des médecins, on peut s'appuyer sur les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Ces données sont harmonisées afin de faciliter les comparaisons interprovinciales. Puisque les données exhaustives les plus récentes de l'ICIS sont pour 2022, nous utiliserons cette année comme référence dans nos analyses.² En pourcentage du PIB, la Figure 1 présente la part des dépenses publiques des provinces en santé selon la Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS). On observe que les dépenses de santé du gouvernement du Québec représentent 9,4 % du PIB, un niveau qui correspond à peu près à la moyenne canadienne. L'Ontario dépense 1,8 point de pourcentage de moins (7,6 %) alors que les provinces maritimes, où la population est encore plus âgée qu'au Québec, affichent des dépenses plus élevées (11,5 % en Nouvelle-Écosse). L'Alberta, pour sa part, est la province dont le gouvernement consacre la plus faible part de son PIB à la santé, soit 5,6 %.³

² Des données provisoires ont été publiées pour 2023 et 2024 dans les comptes nationaux de la santé mais pas pour les données de rémunération des médecins par spécialité. Depuis 2022, la situation a peu évolué. Notre analyse ultérieure des données de la RAMQ pour le Québec présentera des résultats jusqu'à 2023.

³ Ces chiffres ne représentent pas le poids des dépenses de santé dans le PIB, car celui-ci doit notamment inclure les dépenses de santé privées des ménages. Par ailleurs, l'ICIS fait la distinction entre les dépenses publiques et les dépenses publiques à charge des provinces – donc excluant celles des autres niveaux de gouvernement. Nous utilisons la seconde définition dans ce qui suit.

Figure 1. Dépenses en santé des gouvernements provinciaux en pourcentage du PIB (2022)



Source : Dépenses de santé des provinces (BDDNS), ICIS 2022.

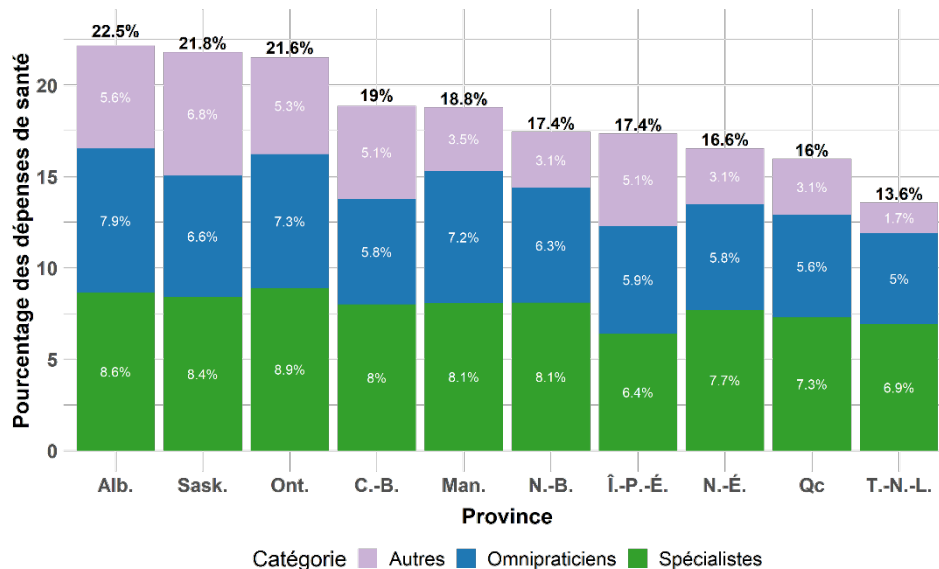
Quelle part des dépenses en santé des gouvernements provinciaux est consacrée à la rémunération des médecins? La BDDNS fournit le total des dépenses liées aux médecins. Selon celle-ci, le Québec consacrait 8,2 milliards de dollars à la rémunération des médecins en 2022, soit 16 % des dépenses de santé du gouvernement provincial. Pour diviser cette rémunération en postes de dépenses, il convient de se concentrer sur la rémunération clinique des médecins, en excluant les formes de rémunération associées à des activités non cliniques, telles que l'enseignement ou la recherche, qui ne sont pas couvertes par le présent rapport. L'ICIS collecte les informations sur la rémunération clinique des médecins dans la base de données nationale sur les médecins (BDNM).⁴ Nous utilisons ici la rémunération totale provenant des activités cliniques, incluant toutes les formes de rémunération.⁵ Nous distinguons les médecins spécialistes des omnipraticiens. Nous exprimons la rémunération en pourcentage des dépenses de santé des gouvernements provinciaux. De plus, nous ajoutons la composante « Autres » dans la figure afin d'obtenir le total fourni dans les comptes publics de la santé concernant la rémunération des médecins. La Figure 2 montre cette comparaison pour 2022.

Fait qui peut sembler surprenant, le Québec arrive en queue de peloton en termes de rémunération des médecins à l'intérieur de l'enveloppe de la santé avec 12,9 % des dépenses de santé allant à la rémunération clinique des médecins et un autre 3,1 % en rémunération autres (soit 16,0 % au total). La moyenne canadienne se situe davantage près de 17,5 %.

⁴ On peut trouver cette base de données et les informations pertinentes pour en comprendre les différentes sources et la méthodologie à l'adresse : <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-nationale-sur-les-medecins>.

⁵ Il est important de noter que la rémunération clinique que nous utilisons n'est pas le revenu net des médecins. En particulier, les médecins ont des dépenses, liées par exemple à l'exécution de leurs activités cliniques en cabinet, qui doivent être déduites de leur revenu. Historiquement, une estimation de 30 % est utilisée, correspondant à la majoration des tarifs pour les actes faits en cabinet plutôt que dans les établissements du réseau (Dubuc, 2019). Nous n'avons pas connaissance d'analyses qui rapportent des résultats à cet effet, mais notons qu'en principe il serait possible d'effectuer une telle analyse en utilisant des données de Revenu Québec appariées aux données de facturation des médecins.

Figure 2. Rémunération des médecins en pourcentage des dépenses de santé des gouvernements provinciaux (2022)



Source : Base de données nationale sur les médecins (BDNM) et BDDNS, ICIS 2022.

Évolution de la rémunération dans les provinces canadiennes 2010-2022

Comment a évolué la rémunération des médecins? La Figure 3 permet de voir l'évolution depuis 2010 dans les différentes provinces. Nous avons exprimé l'évolution de la rémunération en base 100 (en posant donc la valeur de 2010 = 100). En 2022, le relevé de l'indice permet de lire la croissance cumulative de la rémunération sur la période. Par exemple, un indice de 120 indique que la rémunération était 20 % plus élevée qu'en 2010. Les chiffres sont exprimés en dollars courants. La Figure 3 présente les résultats séparément pour les omnipraticiens⁶ et les médecins spécialistes.

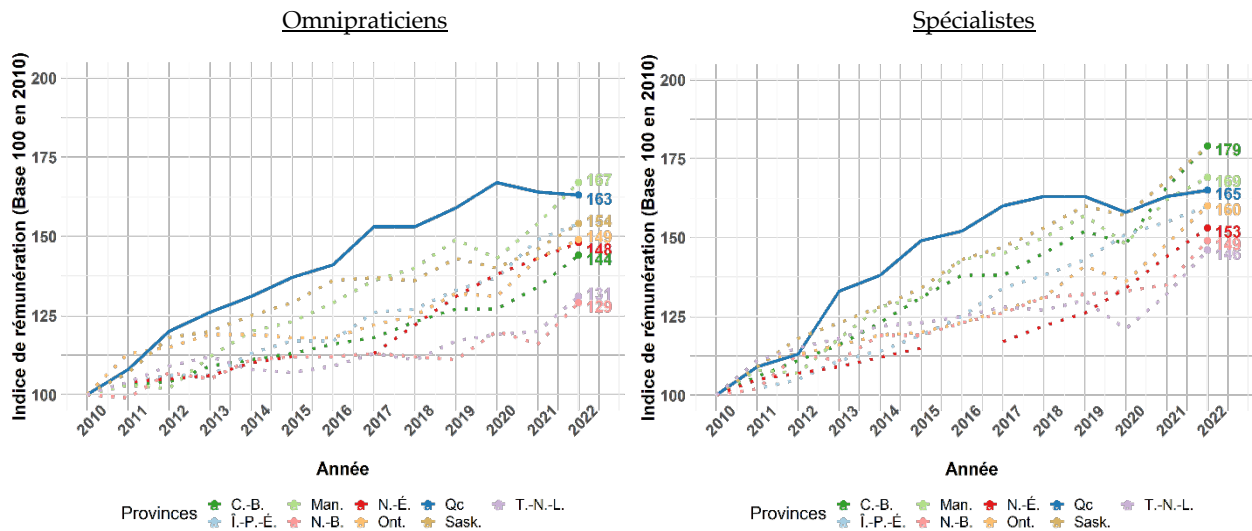
La hausse de la rémunération a été plus forte au Québec durant la première partie de la période 2010-2022. Dans le cas des omnipraticiens, avec une hausse cumulée de 63 % (23 % en dollars ajustés pour l'inflation, aussi appelés dollars constants⁷) le Québec se fait seulement dépasser par le Manitoba en 2022, où la hausse a été de 67 % (de 27 % en dollars constants). Les autres provinces ont connu une croissance plus faible. Par exemple, l'Ontario a connu une hausse de 49 % pour les omnipraticiens (13 % en dollars constants). Chez les spécialistes, le Québec a connu la hausse la plus importante jusqu'à 2018. Par la suite, la rémunération a stagné en dollars courants. Elle a donc diminué en dollars constants. Sur l'ensemble de la période, la croissance totale de la rémunération clinique au Québec a été de 65 % (de 22 % en dollars constants), ce qui place le Québec au milieu du classement des provinces en termes de croissance de la

⁶ Dans cette section, le terme « omnipraticiens » réfère à ce que l'ICIS désigne sous le vocable « médecine familiale », sous lequel il regroupe en plus des omnipraticiens à proprement parler les spécialités suivantes : santé publique, médecine préventive ou du travail; hygiène et santé publique; et médecine d'urgence. Ces dernières représentaient 460 médecins au Québec en 2023.

⁷ L'indice des prix à la consommation (IPC) du Canada a été utilisé pour obtenir les dollars constants.

rémunération. L'Ontario a connu une hausse cumulative similaire; la Saskatchewan et la Colombie-Britannique ont connu les plus fortes hausses (79 % en dollars courants et 36 % en dollars constants).⁸

Figure 3. Évolution de la rémunération clinique totale des médecins 2010-2022



Source : Données BDNM, ICIS 2022.

Constat 1

La croissance cumulée de la rémunération clinique des médecins québécois de 2010 à 2022 a été de 63 % chez les omnipraticiens et 65 % chez les spécialistes, croissance parmi les plus élevées dans les provinces canadiennes (2^e pour les omnipraticiens et 4^e pour les spécialistes).

Afin de comprendre ces différences entre provinces, nous allons débiter par tenter de comprendre la source de celles-ci. Les médecins sont majoritairement payés à l'acte au Canada, mais cet aspect varie d'une province à l'autre. Par ailleurs, d'autres modes de rémunération et de primes existent et contribuent à la rémunération des médecins. Par exemple, certains médecins au Québec ont une rémunération mixte, recevant une portion de leur rémunération à salaire et une autre à l'acte. Les omnipraticiens reçoivent des primes de prise en charge de patients. La Figure A.1 en annexe montre la répartition de la rémunération en 2022 pour chaque province. Le Québec se démarque chez les spécialistes avec une rémunération à l'acte plus importante. Au total, 86 % de leur rémunération provient des actes facturés en 2022. Alors que l'Alberta est dans la même situation, la proportion est moindre (80,8 %) en Ontario et beaucoup plus faible dans les provinces maritimes. Chez les omnipraticiens, certaines provinces rémunèrent davantage à l'acte que le Québec, soit l'Alberta, Terre-Neuve-et-Labrador et la Colombie-Britannique. Au Québec, la rémunération à l'acte compte pour 72,6 % de la rémunération clinique totale des omnipraticiens.

Le Tableau 1 montre la croissance de la rémunération clinique totale, en taux de croissance annuelle moyen, selon le type de rémunération et le type de médecin. Regardons d'abord la

⁸ Contandriopoulos et al. (2018) documentent les effets de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec de 2006 à 2015. Durant la période 2006 à 2011, la plus grande part de l'augmentation de la rémunération des médecins a été captée par les spécialistes. Parmi les spécialités ayant connu les plus grandes augmentations de rémunération totale, on retrouve la psychiatrie et l'ophtalmologie.

rémunération de l'ensemble des médecins. Dans le peloton de tête, le Québec a connu une croissance totale de la rémunération sur la période de 4,2 % en moyenne par année (1,8 % en dollars constants). Seuls le Manitoba et la Saskatchewan ont connu une croissance supérieure. L'Ontario a connu une augmentation de 3,5 % en moyenne par année (1,1 % en dollars constants). Au Québec, c'est la croissance de la rémunération à l'acte qui a dans l'ensemble contribué davantage à la hausse de la rémunération clinique. En rythme annuel moyen, cette croissance a été de 4,7 % pour la rémunération à l'acte (2,3 % en dollars constants) alors qu'elle était de 2,5 % pour les autres formes de rémunération (0,2 % en dollars constants). Le Québec se démarque à ce chapitre. Seuls le Manitoba et l'Alberta ont des augmentations de rémunération à l'acte supérieures ou similaires. En Ontario, la répartition de l'augmentation est davantage égale entre les deux types de rémunération.

Tableau 1. Croissance annuelle moyenne de la rémunération clinique des médecins de 2010 à 2022, selon le type de rémunération (en %) et le type de médecin

Province	Spécialistes			Omnipraticiens			Ensemble médecins		
	Acte	Autres	Total	Acte	Autres	Total	Acte	Autres	Total
T.-N.-L.	2,4	4,4	3,2	2,5	1,3	2,3	2,5	3,4	2,8
Î.-P.-É.	4,6	3,2	4,0	3,4	4,0	3,7	4,0	3,6	3,8
N.-É.	1,0	5,8	3,6	-1,0	7,7	3,3	0,1	6,3	3,4
N.-B.	3,2	3,8	3,4	1,1	3,6	2,1	2,3	3,7	2,8
Québec	4,8	1,4	4,2	4,5	3,3	4,1	4,7	2,5	4,2
Ont.	3,7	5,4	4,0	2,6	4,2	3,4	3,3	3,7	3,5
Man.	4,5	4,4	4,5	5,0	3,2	4,4	4,7	3,7	4,4
Sask.	3,1	8,4	5,0	0,6	8,0	3,7	2,0	8,2	4,4
C.-B.	4,4	7,2	5,0	2,4	6,1	3,1	3,4	6,5	4,1
Alb.	5,6	-	-	4,7	-	-	5,1	-	-

Source : Données BDNM, ICIS 2022.

Note : Seules les données sur la rémunération à l'acte sont disponibles pour l'Alberta.

Regardons maintenant par type de médecin. Chez les spécialistes, l'augmentation annuelle moyenne totale a été de 4,2 % au Québec, principalement causée par une croissance forte de la rémunération à l'acte (4,8 % par année). Les autres formes de rémunération ont augmenté à un rythme beaucoup moins important (1,4 % par année). En fait, la croissance de ces autres formes de rémunération clinique au Québec est la plus faible de toutes les provinces. Plusieurs provinces ont observé des augmentations de ces formes de rémunération alternatives de plus de 5 % par année en rythme annualisé moyen. Chez les omnipraticiens québécois, la hausse annuelle moyenne a été répartie beaucoup plus également : 4,1 % sur la période au total, avec une augmentation de 4,5 % de la rémunération à l'acte et de 3,3 % pour les autres formes de rémunération. L'augmentation de la rémunération à l'acte est la troisième plus élevée, après l'Alberta et le Manitoba. Elle a été en moyenne de 2,6 % en Ontario sur la période. Au final, le Québec se démarque par une hausse de la rémunération qui l'amène dans le peloton de tête en termes de croissance chez les omnipraticiens, principalement en raison d'une hausse plus importante de la rémunération à l'acte. La croissance de la rémunération des spécialistes sur la période présente une différence nettement moins marquée avec celle dans les autres provinces.

Constat 2

La croissance élevée de la rémunération au Québec se démarque à l'échelle canadienne, en particulier au niveau de la rémunération à l'acte qui a cru à un rythme annuel moyen de 4,8 % chez les spécialistes et de 4,5 % chez les omnipraticiens.

Encadré 1 - Aperçu de la genèse et de l'évolution récente des mécanismes de rémunération des médecins

Jusqu'aux années 1950, la médecine au Québec était considérée comme une profession libérale, avec des médecins exerçant de manière entièrement autonome et privée. Lorsque le gouvernement libéral de Jean Lesage a proposé et mis en place une assurance publique, initialement pour les coûts d'hospitalisation en 1961 et plus tard une assurance-maladie universelle entrée en vigueur le 1^{er} novembre 1970, les médecins ont manifesté une vive opposition, en particulier les médecins spécialistes. Plusieurs considéraient que cela représentait une tentative du gouvernement d'exercer un contrôle sur leur profession. Le gouvernement a pris la décision de ne pas imposer un régime de salariat. Au lieu de cela, la rémunération à l'acte a été maintenue comme principal mode de rémunération.

La grille tarifaire qui avait été adoptée lors de l'introduction de la *Loi sur l'assistance médicale* en 1966, qui couvrait les soins médicaux des assistés sociaux et était basée sur une grille californienne (*relative value scale*), a été généralisée à l'ensemble des médecins dans le cadre de l'assurance-maladie. Ainsi, dès la mise en place de l'assurance-maladie, les médecins étaient considérés comme des « médecins participants » qui réclamaient directement à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) les frais associés aux services offerts à leurs patients. L'entente générale avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) actuellement en vigueur date de 1976. L'accord-cadre avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) remonte à 1995.

Au début des années 2000, la rémunération des médecins québécois était inférieure à celle des autres provinces canadiennes. En 2003, François Legault, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, a signé une lettre d'entente (n° 146) avec la FMSQ reconnaissant cet écart et la nécessité d'un redressement pour assurer la rétention et le recrutement des médecins spécialistes. Cette entente stipulait que le gouvernement s'engageait à corriger les écarts reconnus. Un Comité d'étude sur la rémunération des médecins spécialistes, présidé par Diane Marleau, a été créé et a déposé son rapport en 2004, confirmant un écart salarial significatif. Cependant, le rattrapage salarial initial s'est avéré plus lent que souhaité par la FMSQ, qui a accusé le gouvernement en 2006 de ne pas respecter l'entente (Dubuc, 2019).

En 2015, un accord-cadre a été signé entre le gouvernement du Québec et la FMOQ prévoyant également une étude comparative des rémunérations avec l'Ontario, réalisée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). En 2018, le renouvellement de l'entente générale avec la FMOQ et celui de l'accord-cadre avec la FMSQ ont fixé les enveloppes budgétaires pour la période 2015-2023. En décembre 2019, un protocole d'accord a été signé avec la FMSQ prévoyant une diminution progressive de l'enveloppe budgétaire de la rémunération des médecins spécialistes de 560 millions de dollars par an d'ici 2022-2023, visant à ramener leur rémunération au niveau de la moyenne des autres provinces canadiennes d'ici la fin de l'entente en 2023.

Les sources de variation : Effectifs et heures et semaines travaillées

D'où proviennent ces augmentations de la rémunération clinique? Au moins trois sources peuvent être identifiées, soit le nombre de médecins; l'intensité de la pratique; et la rémunération à niveau d'intensité constant (soit les taux « par acte »). Les données de l'ICIS contiennent des informations, quoique parfois imparfaites, sur ces trois sources d'augmentation. D'abord, regardons le nombre de médecins, soit la marge extensive de l'offre de services médicaux. Nous allons exprimer le nombre de médecins par 100 000 habitants afin de neutraliser les effets de taille de population. Pour ce qui est de l'intensité de pratique, les mesures sont presque toujours imparfaites dans les données sur les médecins. Les données administratives ne contiennent pas de mesures de temps passé avec un patient; il est donc impossible de construire la mesure d'offre de travail la plus souvent utilisée en économie, soit le nombre d'heures travaillées, à partir des données administratives. Avec les données de l'ICIS, les mesures d'offre doivent passer par la facturation des médecins, quand ceux-ci sont rémunérés à l'acte, et par d'autres formes d'imputation pour les formes alternatives de rémunération.

Pour fins de comparaison entre provinces, l'ICIS (2024) a développé une méthodologie afin de calculer le nombre de médecins équivalent temps plein (ETP).⁹ Cette mesure permet de prendre en compte l'intensité de la pratique et les changements observés dans le temps, soit la marge intensive. La mesure d'ETP est en fait une mesure relative de rémunération. La cohorte de comparaison de médecins pour établir l'étalon ETP est fixée en 2015-2016 et ciblée entre le 40^e et le 60^e centile de la rémunération. La rémunération de chaque médecin est comparée à cette cohorte, en ajustant pour les différences de prix entre provinces. La mesure d'ETP n'étant disponible que depuis 2014, nous allons concentrer l'analyse sur cette période.¹⁰ Nous omettons la Saskatchewan de ces comparaisons car le nombre d'ETP de la Saskatchewan inclut uniquement les médecins à rémunération à l'acte, alors que les autres provinces incluent aussi les médecins à rémunération mixte. Un nombre d'ETP qui diminue dans une province (par rapport au nombre de médecins) suggère que l'intensité de pratique de ces médecins diminue par rapport à la cohorte de référence. Finalement, une fois qu'une mesure d'ETP est disponible, l'ICIS ayant l'information sur la rémunération totale, on peut calculer une mesure de la rémunération par ETP.

Effectif médical

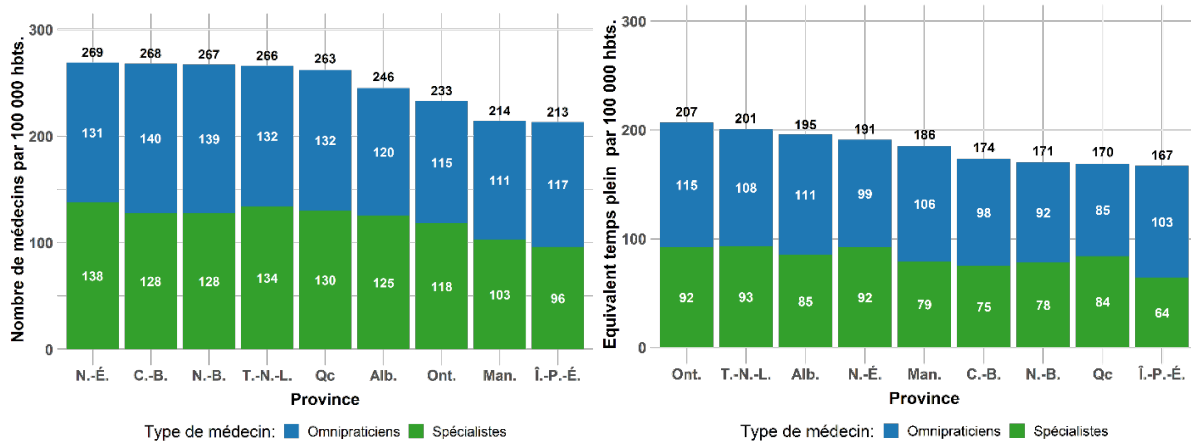
Combien de médecins sont au travail et comment ce nombre a-t-il évolué dans le temps? On regarde d'abord ce qui est observé en 2022 à la Figure 4. En termes d'effectifs totaux par 100 000 habitants, le Québec se retrouve légèrement au-dessus de la moyenne canadienne avec 263 médecins par 100 000 habitants. La différence est faible entre le Québec et les provinces qui le dépassent. Par rapport à l'Ontario, le Québec a davantage de spécialistes et d'omnipraticiens. Mais les différences d'intensité de pratique semblent importantes. C'est quand on regarde les chiffres en ETP que d'importantes différences apparaissent. Le Québec se retrouve en queue de peloton, avec seulement 170 médecins en ETP par 100 000 habitants comparativement à 207 en Ontario. La différence est forte chez les omnipraticiens alors qu'elle est plus faible chez les spécialistes. C'est en Ontario que l'offre en ETP est la plus forte de toutes les provinces.

Regardons la croissance de ces composantes dans le temps. La Figure 5 présente la croissance cumulative du nombre de médecins et du nombre de médecins en ETP pour les omnipraticiens. Le Québec a connu une croissance du nombre d'omnipraticiens sur la période de 19 %, ce qui le place dans la moyenne des provinces. L'Ontario a connu une croissance légèrement plus forte (24 %). Toutes les provinces ont connu une augmentation du nombre d'omnipraticiens par 100 000 habitants, mais la croissance en ETP a été très différente d'une province à l'autre. Le deuxième graphique de la Figure 5 montre bien que le Québec a connu une légère baisse du nombre d'omnipraticiens en ETP sur la période (-3 %). C'est donc dire que malgré l'augmentation de 19 % du nombre de médecins, il y a eu dans les faits une baisse du nombre de médecins ETP par 100 000 habitants chez les omnipraticiens.

⁹ L'ICIS a défini l'Équivalent Temps Plein (ETP) comme mesure normalisée du temps de travail des médecins permettant d'évaluer leur contribution à la prestation de soins de santé en tenant compte des différentes formes de rémunération et de la régularité de leur activité. Il constitue un indicateur de la charge de travail des médecins. La méthodologie de calcul de l'ETP repose sur la création d'une cohorte de référence et l'analyse des paiements cliniques à l'échelle individuelle, incluant à la fois la rémunération à l'acte et les autres modes de rémunération. Afin d'éliminer les disparités interprovinciales, le revenu des médecins est ajusté à l'aide de l'indice du système sur les tarifs d'honoraires des médecins (STHM). Les médecins dont le revenu total est inférieur à 10 % du paiement moyen de leur spécialité sont exclus de l'analyse. Par ailleurs, certains médecins reçoivent des paiements collectifs, dont la répartition exacte entre les membres du groupe est inconnue. Ainsi, les médecins dont plus de 10 % de leur rémunération totale provient de paiements de groupe sont également exclus.

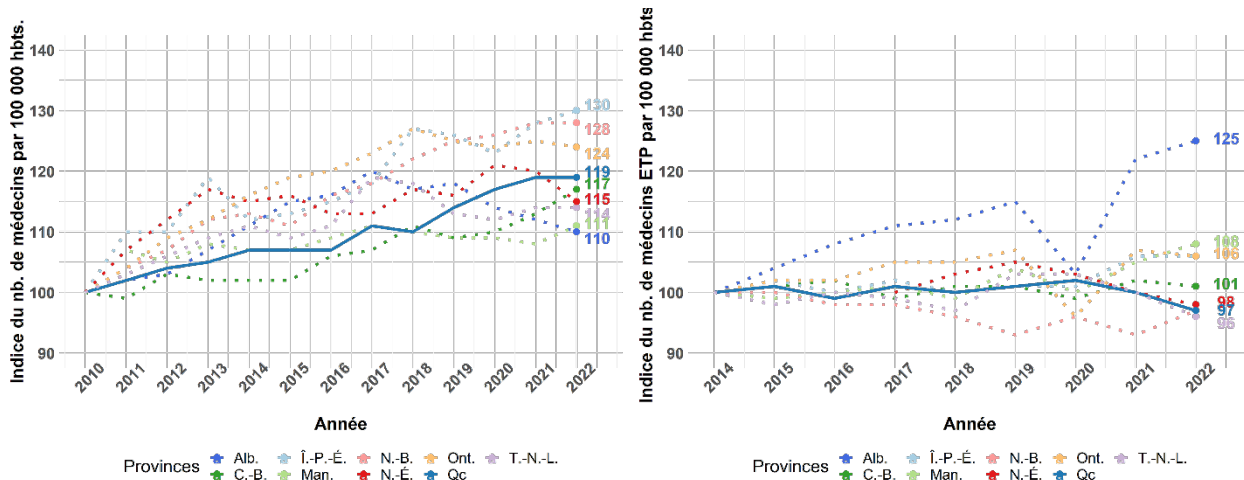
¹⁰ Il est important de noter que malgré des améliorations importantes dans la méthodologie de l'ICIS pour le calcul des ETP, il demeure des zones grises, notamment sur la prise en charge des modes de rémunération alternatifs dans chacune des provinces.

Figure 4. Nombre de médecins et des équivalents temps plein (ETP) par 100 000 habitants



Source : Données BDNM, ICIS 2022.

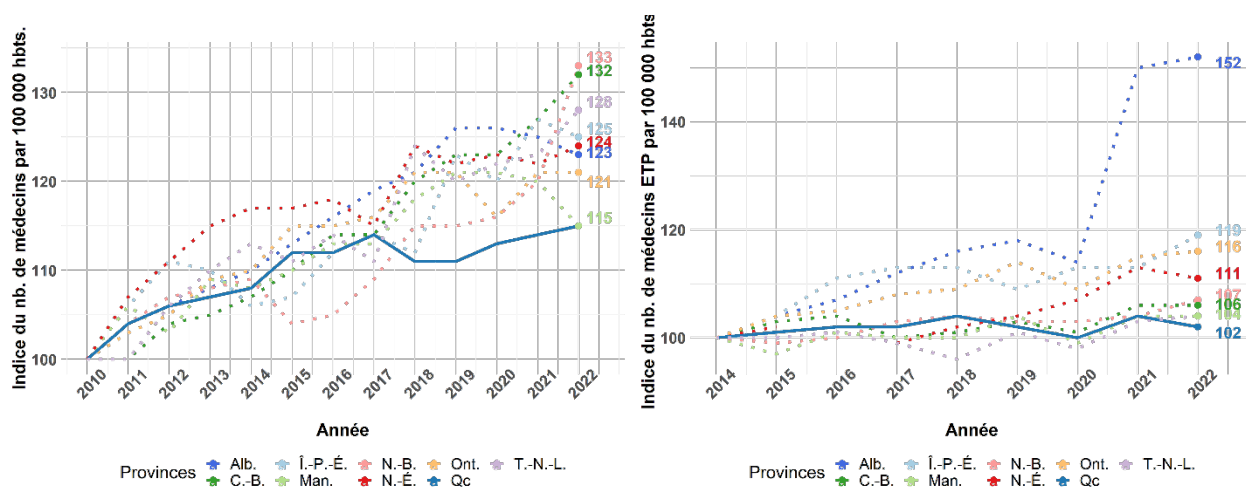
Figure 5. Évolution du nombre de médecins et des équivalents temps plein (ETP) par 100 000 habitants - Omnipraticiens



Source : Données BDNM, ICIS 2022.
 Note : nb. : nombre; hbts. : habitants.

Chez les médecins spécialistes, une situation similaire s'observe. La Figure 6 montre cette croissance. On observe au Québec une croissance de 15 % des effectifs qui s'avère parmi les plus basses au Canada (à égalité avec le Manitoba), mais une stagnation du nombre de médecins en ETP (+2 %). En fait, on observe que c'est la croissance la plus faible de toutes les provinces.

Figure 6. Évolution du nombre de médecins et des équivalents temps plein (ETP) par 100 000 habitants - Spécialistes



Source : Données BDNM, ICIS 2022.
 Note : nb. : nombre; hbts. : habitants.

Constat 3

Le nombre de médecins au Québec est dans la moyenne canadienne en proportion de la population, mais en queue de peloton au niveau canadien en termes d'équivalents temps plein (ETP). Au Québec, il y a eu depuis 2014 une croissance du nombre de médecins de 15 % (spécialistes) et 19 % (omnipraticiens), mais une quasi-stagnation du nombre de médecins en ETP. Chez les spécialistes, autant la hausse des effectifs que celle des ETP est la plus faible au Canada. L'augmentation des effectifs chez les omnipraticiens est dans la moyenne canadienne, mais en queue de peloton en termes d'ETP depuis 2014.

Les heures et semaines travaillées

La mesure d'intensité des services (ETP) a été construite à l'aide des données de facturation. La mesure d'ETP ne capture pas le temps passé à accomplir des tâches administratives ou tâches non cliniques. Afin de voir si ces considérations amèneraient un autre diagnostic, nous avons choisi de regarder les données du Recensement canadien de 2011, 2016 et 2021. Ces données permettent d'abord d'identifier un nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes par province dans le temps.¹¹ Le Recensement pose des questions sur les heures normalement travaillées par semaine, ainsi que le nombre de semaines travaillées dans l'année. Nous avons donc calculé la moyenne de ces heures et semaines travaillées par province, groupe d'âge et genre. Nous avons aussi examiné le produit des deux variables, ce qui donne une estimation du nombre d'heures travaillées dans une année. Il est à noter que ces valeurs sont autorapportées par les médecins eux-mêmes lors des recensements et qu'elles incluent tous les types d'activité reliés à leur travail. Le Tableau 2 montre, par province, le nombre d'heures travaillées en moyenne par année pour 2011, 2016 et 2021. On peut observer presque partout une légère baisse du nombre d'heures travaillées tant pour les

¹¹ Il faut noter qu'il est impossible de distinguer ici les médecins pratiquant au privé et dans le secteur public. Mais le nombre de médecins pratiquant au privé est somme toute faible sur la période. Ce nombre était de 733 en 2023. Une deuxième difficulté est que l'année 2021 coïncide avec la pandémie et il se pourrait que les résultats provenant du Recensement de 2021 soient affectés.

spécialistes que pour les omnipraticiens. Cependant, c'est loin d'être au Québec qu'on retrouve les baisses les plus fortes.

Quel est le rôle joué par le genre? Il y a eu féminisation de la profession médicale. Au Tableau 3, nous observons qu'il y a une augmentation de la représentation des femmes dans la profession, en particulier chez les omnipraticiens, presque partout au Canada. Au Québec, c'est une hausse de 6 points de pourcentage chez les spécialistes (soit +14,6 %) et 10 points de pourcentage chez les omnipraticiens (soit +21,7 %). La féminisation – le taux de croissance de la proportion de femmes – est légèrement plus forte chez les omnipraticiens au Québec qu'en Ontario, mais similaire pour les spécialistes.

Tableau 2. Évolution du nombre moyen d'heures travaillées par année de 2011 à 2021 selon la province et le type de médecins

Prov	Spécialistes				Omnipraticiens			
	2011	2016	2021	Var. (en %) 2011-2021	2011	2016	2021	Var. (en %) 2011-2021
T.-N.-L.	2 733	2 509	2 360	-13,7	2 266	2 235	2 238	-1,3
Î.-P.-É.	2 006	2 558	2 113	5,3	2 220	2 434	2 073	-6,6
N.-É.	2 480	2 362	2 312	-6,8	2 205	2 200	2 179	-1,2
N.-B.	2 168	2 148	2 272	4,8	2 423	2 274	2 192	-9,5
Qc	2 214	2 138	2 171	-2,0	2 054	1 987	2 042	-0,6
Ont.	2 324	2 284	2 267	-2,4	2 195	2 130	2 130	-3,0
Man.	2 429	2 298	2 235	-8,0	2 253	2 170	2 198	-2,5
Sask.	2 394	2 258	2 292	-4,2	2 285	2 283	2 248	-1,6
Alb.	2 439	2 273	2 271	-6,9	2 247	2 181	2 135	-5,0
C.-B.	2 258	2 179	2 167	-4,0	2 138	1 992	2 004	-6,3

Source : Calculs faits à partir des recensements de 2011, 2016 et 2021.

Tableau 3. Évolution de la proportion de femmes chez les médecins de 2011 à 2021 selon la province et le type de médecin

Prov	Spécialistes				Omnipraticiens			
	2011 (%)	2016 (%)	2021 (%)	Var. (en %) 2011-2021	2011 (%)	2016 (%)	2021 (%)	Var. (en %) 2011-2021
T.-N.-L.	44	48	39	-11,4	41	36	47	14,6
Î.-P.-É.	33	40	33	0,0	33	33	56	69,7
N.-É.	32	35	41	28,1	38	48	48	26,3
N.-B.	32	34	33	3,1	41	46	52	26,8
Qc	41	43	47	14,7	46	54	56	21,7
Ont.	35	37	40	14,3	41	44	48	17,1
Man.	36	37	32	-11,1	34	42	41	20,6
Sask.	31	34	38	22,6	35	45	44	25,7
Alb.	31	37	37	19,4	41	44	49	19,5
C.-B.	33	37	39	18,2	39	43	45	15,4

Source : Calculs faits à partir des recensements de 2011, 2016 et 2021.

On peut décomposer les sources de variation de cette mesure d'offre de services médicaux. Au Tableau 4, on montre que la féminisation et l'âge ont très peu d'effet sur la variation des heures. Là où il y a des variations plus importantes, il y a généralement une baisse de l'intensité (des heures travaillées par âge et sexe). La féminisation a donc eu peu d'effet dans l'ensemble.

Tableau 4. Décomposition de la variation du nombre d'heures travaillées moyen par année (en % par rapport à 2011) de 2011 à 2021 selon la province et le type de médecin

Prov.	Spécialistes				Omnipraticiens			
	Âge	Sexe	Intensité	Total	Âge	Sexe	Intensité	Total
Maritimes	-1,3	-0,9	-3,1	-5,3	-1,2	-0,7	-2,1	-3,9
Qc	-0,8	-0,3	-0,4	-1,5	0,4	-0,3	-0,1	-0,1
Ont.	0,0	-0,4	-1,7	-2,2	-0,3	-0,9	-1,8	-2,9
Man.	0,2	0,0	-7,1	-6,8	1,2	-1,7	-2,8	-3,3
Sask.	-2,8	-0,3	-0,6	-3,7	-1,5	-0,8	0,0	-2,3
Alb.	-1,4	-1,0	-3,5	-5,9	-0,2	-1,1	-3,3	-4,6
C.-B.	-0,1	-0,6	-3,9	-4,5	0,2	-0,9	-4,8	-5,5

Source : Calculs faits à partir des recensements de 2011, 2016 et 2021.

Constat 4

Selon les données des recensements, les heures moyennes travaillées par année par les médecins sont en légère baisse pratiquement partout au Canada, y compris Québec, de 2011 à 2021. La féminisation de la profession, observée partout au Canada, exerce peu de pression sur l'évolution moyenne des heures travaillées par les médecins.

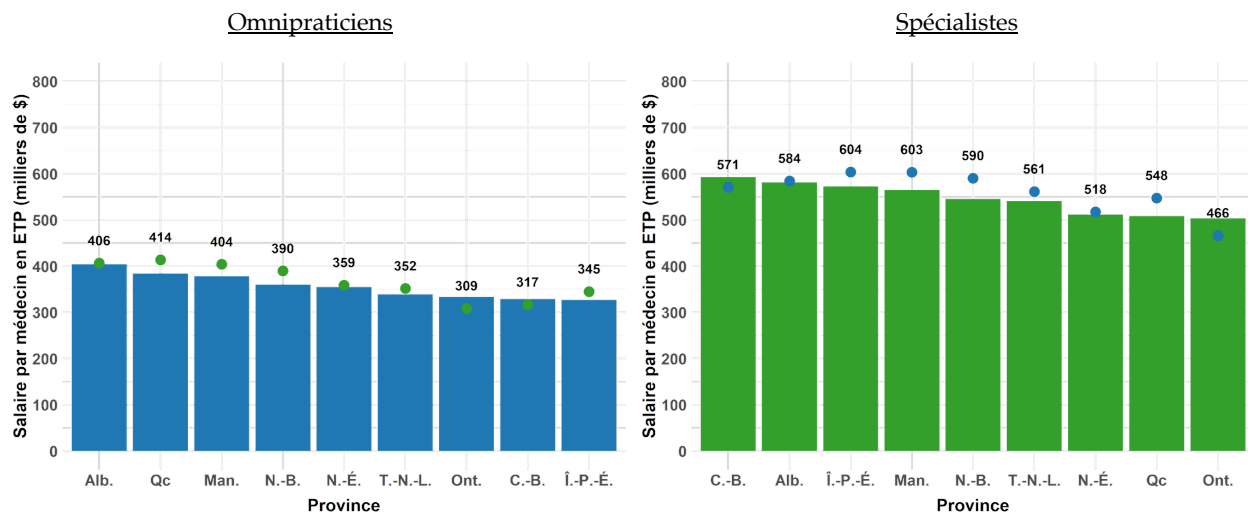
Rémunération par médecin équivalent temps plein

La Figure 7 présente la rémunération moyenne (par ETP) des médecins par province en 2022.¹² Les points sur le graphique représentent la rémunération clinique moyenne des médecins en ajustant pour les différences de prix à la consommation, donc de pouvoir d'achat entre les provinces.¹³ On observe d'abord que sans ajustement pour les différences de prix, le Québec est plutôt en dessous de la moyenne canadienne pour les spécialistes et dans le peloton de tête pour les omnipraticiens, à offre de services médicaux constante (par ETP). Quand on ajuste pour les différences de pouvoir d'achat entre provinces, le Québec est premier au Canada pour la rémunération des omnipraticiens et se rapproche de la moyenne canadienne pour les spécialistes.

¹² Pour des raisons de cohérence avec la suite du rapport, la rémunération moyenne par ETP correspond ici à la somme de la rémunération clinique divisée par le nombre d'ETP. Cette méthode entraîne des disparités avec les valeurs officielles de l'ICIS pour les médecins spécialistes, car la mesure de rémunération utilisée par l'ICIS pour calculer la rémunération moyenne par ETP pour ce type de médecin exclut certains éléments de la rémunération globale.

¹³ Cet indice provient du site de [Statistique Canada](#) (Tableau 18-10-0003-01). Étant donné que les données comparatives de l'IPC s'arrêtent en 2019, nous avons effectué une projection jusqu'en 2022 à l'aide d'une régression autorégressive d'ordre 1 (AR (1)) estimée sur la période échantillonnée (2010-2019). Nous avons ensuite extrapolé les valeurs pour les années suivantes en utilisant les coefficients a et b estimés. La valeur ajustée du salaire moyen est égale au salaire moyen courant multiplié par $[100/(\text{IPC comparatif})]$.

Figure 7. Rémunération clinique moyenne par médecin ETP en 2022



Source : Données BDNM, ICIS 2022.

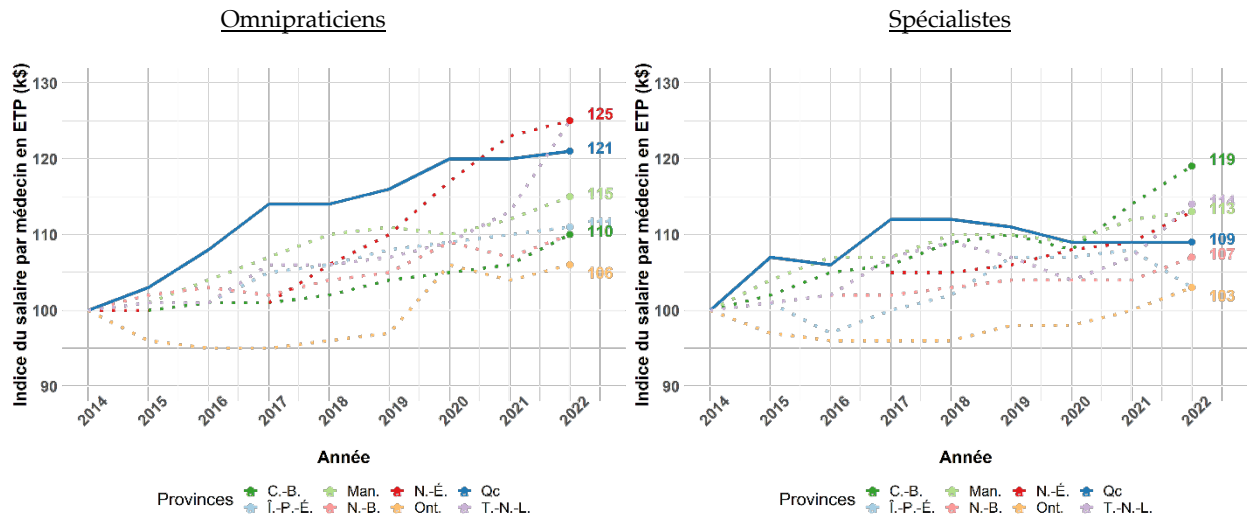
Note : Les points et les chiffres affichés dans la figure correspondent à la rémunération moyenne par médecin ETP en ajustant pour les différences de prix à la consommation entre les provinces.

Constat 5

La rémunération par ETP des omnipraticiens au Québec est la plus élevée au Canada en tenant compte des différences de coût de la vie entre les provinces (deuxième sans cet ajustement). Une fois ajustée pour le coût de la vie, la rémunération des spécialistes par ETP au Québec est dans la moyenne canadienne et supérieure à la rémunération des spécialistes en Ontario.

À la Figure 8 on montre la croissance de la rémunération clinique par ETP. Il faut se souvenir que la disponibilité des données sur les ETP ne remonte qu'à 2014. Ainsi, on ne peut regarder que la croissance avant cette année-là. Or, comme nous l'avons vu précédemment, la croissance de la rémunération a été plus forte dans la première partie de la décennie 2010. Comme on peut le voir, la rémunération moyenne n'a augmenté que de 21 % pour les omnipraticiens (1,4 % en dollars constants) et de 9 % pour les spécialistes (-8,0 % en dollars constants) au Québec depuis 2014.

Figure 8. Évolution de la rémunération clinique moyenne par médecin ETP 2014-2022



Source : Données BDNM, ICIS 2022.

D'où vient la hausse de la rémunération depuis 2014?

La croissance totale est égale à la somme des taux de croissance de trois composantes : l'effectif, l'intensité et finalement le salaire par niveau d'intensité.¹⁴ Elle peut donc masquer des tendances divergentes pour ces trois composantes. La décomposition selon ces composantes est présentée au Tableau 2 sous forme de taux de croissance annuel moyen. Dans presque toutes les provinces, l'effet d'augmentation des effectifs est compensé par une réduction de l'intensité de pratique (ETP par médecin). Ainsi, il y a annulation en bout de piste de cette composante dans un grand nombre de provinces. L'augmentation nette de la croissance de la rémunération vient donc entièrement du premier terme, soit la hausse de la rémunération par ETP. Au Québec, la hausse totale de la rémunération demeure donc modérée puisque la réduction à la marge intensive atténue la hausse de la rémunération. L'augmentation de la rémunération totale des médecins aurait été de 3,5 % par année en moyenne s'il n'y avait pas eu de réduction de l'intensité de travail. Donc, la réduction de l'offre de services médicaux a freiné la croissance de la rémunération de 1,1 % (ou de 31 % de la hausse qui aurait été observée sans ajustement de l'intensité).

¹⁴ Pour mettre ensemble ces sources de croissance et voir quelle est la part de la croissance de la rémunération totale expliquée par les différents facteurs, on peut écrire la rémunération totale comme étant donnée par

$$W_t = \frac{W_t}{ETP_t} \frac{ETP_t}{N_t} N_t$$

où W_t dénote la rémunération clinique totale, ETP_t le nombre de médecins en équivalent temps plein et N_t le nombre de médecins. Le premier terme capture la rémunération par ETP. Le deuxième capte le nombre de médecins ETP par médecin, donc une mesure d'intensité de travail (la marge intensive); et finalement le dernier terme mesure le nombre de médecins (la marge extensive). Exprimé en taux de croissance, la même équation peut s'écrire

$$g_{W,t} = g_{W/ETP,t} + g_{ETP/N,t} + g_{N,t}$$

Tableau 5. Décomposition de la croissance annuelle moyenne de la rémunération clinique totale des médecins 2014-2022

Prov	Spécialistes			Omnipraticiens			Ensemble Médecins		
	Salaire	Intensité	Effectif	Salaire	Intensité	Effectif	Salaire	Intensité	Effectif
T.-N.-L.	1,6	-1,0	1,7	2,8	-0,8	0,4	2,3	-0,9	1,0
Î.-P.-É.	0,4	-0,1	4,1	1,3	-1,2	3,8	1,0	-0,8	3,9
N.-É.	1,5	0,6	1,8	2,8	-0,1	1,1	2,1	0,2	1,5
N.-B.	0,9	-1,4	3,4	1,2	-1,7	2,4	1,2	-1,6	2,9
Qc	1,1	-0,5	1,6	2,4	-1,7	2,1	1,7	-1,1	1,8
Ont.	0,4	0,8	2,5	0,7	0,0	2,2	0,7	0,3	2,3
Man.	1,6	-0,3	2,1	1,8	0,5	1,8	1,6	0,2	2,0
Sask.	3,2	-1,9	3,0	4,1	-3,4	2,0	3,9	-2,8	2,5
Alb.	-	3,9	2,6	-	2,8	1,2	-0,8	3,1	1,9
C.-B.	2,2	-1,6	4,3	1,3	-1,2	3,3	1,9	-1,4	3,8

Source : Données BDNM, ICIS 2022.

Note : Pour l'Alberta, les données sur la rémunération clinique totale sont seulement disponibles pour l'ensemble des médecins, alors que pour les autres provinces, elles le sont pour les différents types de médecins.

Constat 6

La hausse de la rémunération au Québec depuis 2014 est principalement due à une augmentation de la rémunération par ETP, car la hausse des effectifs a été presque entièrement annulée par une baisse de l'intensité de pratique (ETP par médecin) chez les omnipraticiens et partiellement annulée chez les spécialistes. La rémunération des médecins depuis 2014 aurait crû en moyenne de 0,5 % par année de plus chez les spécialistes et de 1,7 % de plus chez les omnipraticiens si l'intensité de pratique était demeurée constante sur la période.

Évolution de l'offre de travail et de la rémunération au Québec

Les données de l'ICIS ne permettent pas de creuser la variabilité de l'offre de travail des médecins. De plus, les mesures d'offre de travail sont limitées, ce qui rend difficile de comprendre comment cette offre de travail se décline (semaines par année, journées, nombre de patients, actes). Finalement, il est impossible dans les données de l'ICIS d'obtenir des mesures de prix pour les services médicaux. Nous allons donc explorer les données administratives de la RAMQ pour aller plus loin.

Les données administratives

Fichiers de facturation à l'acte (MOD)

Les fichiers de facturation à l'acte, MOD, nous sont rendus disponibles pour les années financières 2010-2011 à 2023-2024. Ces fichiers contiennent les informations sur les actes et plusieurs autres

variables. Puisque l'année 2010 est incomplète (elle débute au 1^{er} avril), nous allons omettre cette année de nos analyses. Nous allons suivre les années de calendrier (1^{er} janvier au 31 décembre). Deux types de factures sont disponibles : avec ou sans bénéficiaire. Les factures sans bénéficiaire sont des factures généralement réservées pour la rémunération selon un forfait¹⁵, par exemple, la rémunération liée à des activités d'enseignement clinique. Nous en tiendrons compte dans nos analyses.

Les fichiers de facturation contiennent des informations sur le lieu (type, numéro d'établissement, code postal et secteur d'activité), la date d'entrée et de sortie du bénéficiaire ainsi que l'heure de début et de fin. Ils contiennent aussi le code d'entente de rémunération, le mode de rémunération et la spécialité du médecin ainsi que son rôle. Nous avons un identifiant unique pour chaque médecin, ainsi que de l'information sur leur sexe et leur âge.

Nous avons les informations sur l'âge et le sexe du patient. Les codes de diagnostic et de maladie sont aussi disponibles. Les codes d'acte et de facturation sont essentiels à nos calculs. Il y a au total 21 127 codes d'acte. Pour chaque acte, nous avons le taux de rémunération (selon le mode de rémunération) et le montant du paiement. Nous avons aussi le code de particularité et le code de période d'heure du service pouvant affecter la rémunération.

Fichier de tarification (TAR)

Les manuels de facturation des omnipraticiens et des médecins spécialistes totalisent 4 075 pages, dont 577 concernent uniquement les instructions de facturation. Plus de 90 % des médecins délèguent la tâche de facturation à des agences spécialisées, ce qui témoigne de la complexité du processus (Vérificateur général du Québec, 2021). Heureusement, un fichier important, le TAR, nous a été fourni afin de capter les prix pour chaque acte réalisé. Le TAR contient la tarification de base s'appliquant à chaque acte. Ces fichiers permettent de suivre l'évolution des prix pour un acte dans le temps. Parfois, les codes d'acte changent dans le temps.¹⁶ Nous discutons plus loin dans le rapport, en même temps que la construction des indices de prix, comment nous avons surmonté ces difficultés.

Restrictions imposées sur l'univers des médecins considérés

Il importe d'abord de réaliser que ces données ne contiennent pas toutes les formes de rémunération des médecins. Ces bases de données concernent essentiellement la rémunération à l'acte. Ainsi, nous n'avons pas la rémunération complémentaire, à salaire, des médecins rémunérés en mode mixte. **Nous allons donc, pour l'exercice utilisant des données de la RAMQ, nous concentrer sur les médecins rémunérés à l'acte seulement.**¹⁷ Nous ne considérons donc pas les médecins à salaire qui travaillent principalement dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC). Cette restriction n'obscurcit pas l'analyse. D'abord, la rémunération à l'acte demeure le mode privilégié de rémunération au Québec. Chez les omnipraticiens, malgré une hausse de cette forme de rémunération après 2015, la part de la rémunération mixte demeure faible. Chez les spécialistes, la part ce mode de rémunération varie selon la spécialité, mais sa couverture est assez stable durant la période que nous analysons. Finalement, la comparaison

¹⁵ Les forfaits pour la prise en charge de patients ne sont toutefois pas inclus dans ces données. Ceux-ci ne sont donc pas inclus dans les mesures de rémunération et de prix présentées construites à l'aide de ces données.

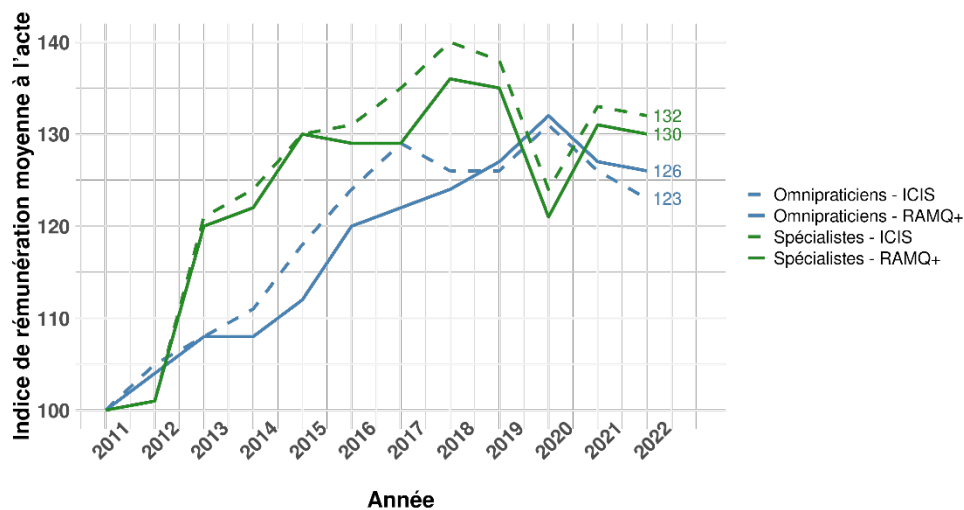
¹⁶ De plus, ces fichiers de tarification ne sont pas mis à jour de façon exhaustive après décembre 2016. Malgré une date de dernière mise à jour indiquant le 11 novembre 2024, le fichier tau_mod_act.csv ne contient que 34 lignes sur des taux de rémunération d'acte entrés en vigueur durant la période après décembre 2016, soit <0,03 % des données de tarification. Il est possible que peu de tarifs aient changé depuis 2016, mais nous n'avons pu investiguer ces questions pour la préparation de ce rapport.

¹⁷ Nous excluons tous les médecins qui ont au moins un acte avec une valeur non-nulle de taux de rémunération mixte durant l'année.

avec l'ICIS a révélé que le Québec se démarque par la croissance de la rémunération à l'acte sur la période. Donc, c'est le mode de rémunération sur lequel nous nous concentrerons dans nos analyses et qui semble pertinent.

Afin de bien comparer avec les données de l'ICIS, il convient d'ajouter quelques restrictions supplémentaires. Premièrement, l'ICIS omet la radiologie diagnostique ainsi que quelques autres spécialités (par exemple la pathologie). **Nous excluons les radiologistes et les anesthésistes¹⁸ de nos analyses.** Quand nous imposons ces restrictions, voici à la Figure 9 la comparaison de l'évolution de la rémunération des médecins rémunérés à l'acte au Québec selon les données de l'ICIS et celles de la RAMQ. Les séries construites avec les données de la RAMQ et de l'ICIS concordent plutôt bien. Dans les données de la RAMQ, l'augmentation sur la période 2011-2022 (dernière année disponible à l'ICIS) est de 30 % pour les spécialistes et de 26 % pour les omnipraticiens. Notre objectif sera de décomposer ces hausses de rémunération en termes de changement à l'offre de services médicaux en utilisant plusieurs types de mesures, et en tenant compte des changements dans les prix.

Figure 9. Évolution de la rémunération moyenne par médecin au Québec selon l'ICIS et la RAMQ



Source : Données BDNM, ICIS 2022 et données de facturation à l'acte RAMQ.
 Note : Ici le terme « omnipraticiens » réfère à ce que l'ICIS désigne sous le vocable « médecine familiale », sous lequel il regroupe en plus des omnipraticiens à proprement parler les spécialités suivantes : santé publique, médecine préventive ou du travail; hygiène et santé publique; et médecine d'urgence (soit 460 médecins en 2023 ont été ajoutés aux omnipraticiens dans les données RAMQ afin de les rendre comparables). RAMQ+ : données de la RAMQ auxquelles ont été ajouté les médecins non-participant à la RAMQ et ceux avec un permis restrictif. Les médecins à rémunération mixte sont inclus ici à des fins de comparaison.

Mise en garde sur la portée de l'analyse

L'analyse des données de la RAMQ porte exclusivement sur les médecins rémunérés à l'acte puisque les données ne sont pas suffisamment exhaustives pour pouvoir traiter des médecins rémunérés en mode mixte ou à salaire. De plus, l'analyse exclut la radiologie diagnostique ainsi que l'anesthésiologie chez les spécialistes. Il est donc important de prendre en compte ces restrictions dans l'interprétation des résultats.

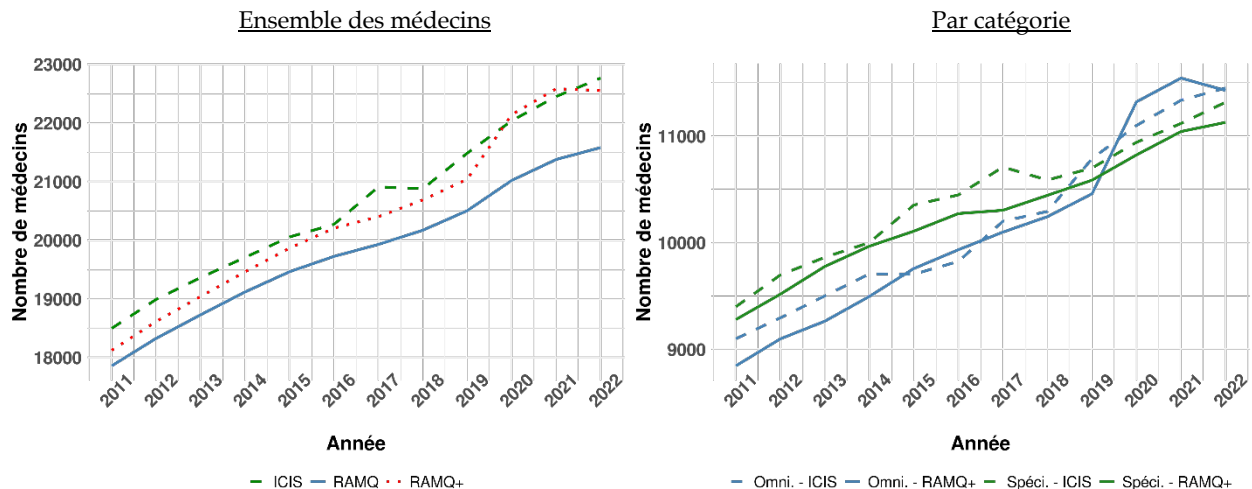
¹⁸ Les anesthésistes en rémunération à l'acte représentent moins de 30 médecins par année, alors que l'effectif total est en moyenne de 785 médecins par année de 2011 à 2023. L'inclusion de cette spécialité nous mènerait à dresser un portrait très biaisé de cette spécialité; nous l'excluons donc de nos analyses.

Évolution de l'offre

Effectifs

Nous débutons par identifier le nombre de médecins dans la base de données et comparons avec les données de l'ICIS. Les données RAMQ nous donnent les médecins ayant au moins une facture au courant d'une année. La Figure 10 présente le nombre de médecins calculé à partir des fichiers de facturation à l'acte de la RAMQ (MOD) et de ceux produits par l'ICIS. Le graphique de gauche montre que le nombre de médecins dans les données de facturation de la RAMQ est inférieur à celui des données de l'ICIS. Néanmoins, les chiffres deviennent comparables lorsqu'on ajoute le nombre de médecins non participants à la RAMQ (médecins au privé uniquement) et de médecins avec un permis restrictif au nombre de médecins dans les données de facturation (séries appelées « RAMQ+ » dans la figure). Une fois cet ajustement effectué, l'écart moyen est de l'ordre de 1,2 % pour l'ensemble des médecins de 2011 à 2023. Le graphique de droite illustre un constat semblable lorsqu'on désagrège entre les omnipraticiens et les médecins spécialistes. Les écarts moyens sont respectivement de 0,8 % et de 1,5 %.

Figure 10. Comparaison du nombre de médecins selon la source des données (RAMQ, RAMQ+, ICIS) et le type de médecin

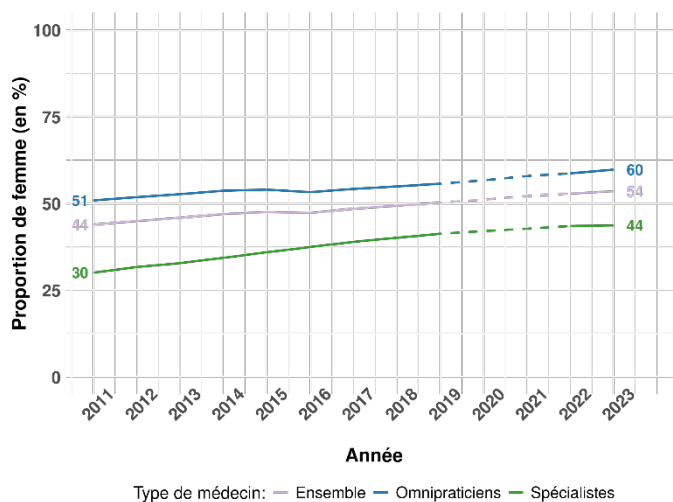


Source : Données BDNM, ICIS 2022 et données de facturation à l'acte RAMQ.

Note: Ici le terme « Omni. » réfère à ce que l'ICIS désigne sous le vocable « médecine familiale », sous lequel il regroupe en plus des omnipraticiens à proprement parler les spécialités suivantes : santé publique, médecine préventive ou du travail; hygiène et santé publique; et médecine d'urgence (soit 460 médecins en 2023 ont été ajoutés aux omnipraticiens dans les données RAMQ afin de les rendre comparables); Spéci. : Spécialistes; RAMQ+ : données de la RAMQ auxquelles ont été ajouté les médecins non-participant à la RAMQ et ceux avec un permis restrictif. Les médecins à rémunération mixte sont inclus ici à des fins de comparaison.

Il est intéressant de constater l'évolution des caractéristiques des effectifs en termes d'âge et de genre (Figure 11). Dans l'ensemble des médecins, la proportion de femmes est passée au-dessus de 40 % dans les dernières années, alors que cette proportion était seulement de 30 % en 2011. La proportion de femmes est plus élevée chez les omnipraticiens, mais la tendance à la hausse est très similaire tant chez les spécialistes que chez les omnipraticiens.

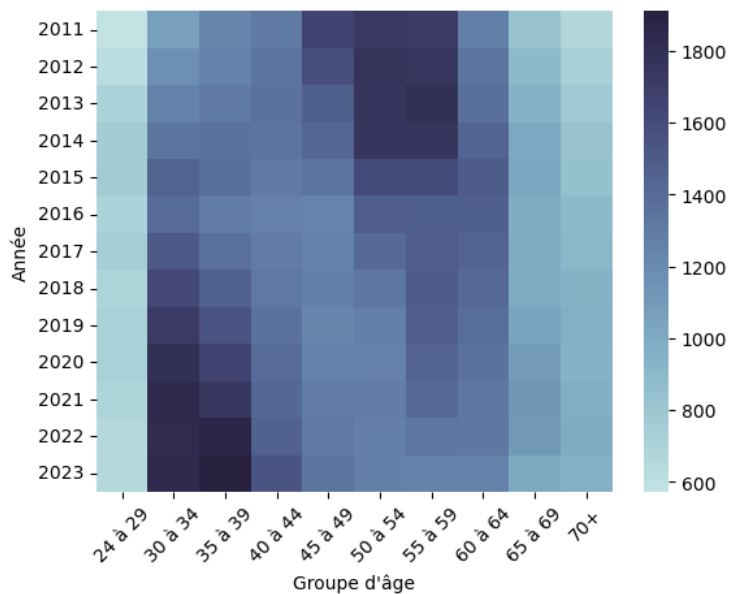
Figure 11. Proportion de femmes dans les effectifs



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.
 Note : Les années en pointillés (2020, 2021 et 2022) couvrent la période de la pandémie de COVID-19 et devraient être interprétées avec précaution.

Par ailleurs, malgré le vieillissement des effectifs dans la période 2011-2015, il y a eu un renouvellement important dans les cinq dernières années, comme le montre la Figure 12 présentant les effectifs par année et par âge.

Figure 12. Effectifs selon l'âge et l'année



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Constat 7

Au Québec, il y a eu une hausse importante des effectifs médicaux depuis 2011. Cette hausse s'est intensifiée dans les dernières années et elle a permis de rajeunir la profession médicale. La hausse est plus élevée chez les femmes avec une représentation qui augmente de 10 points de pourcentage (44 % à 54 %) de 2011 à 2023.

Jours et semaines avec facturation

Nous pouvons construire une mesure du nombre de journées travaillées dans une année en calculant le nombre de journées pour lesquelles au moins une facture a été émise. Malgré notre utilisation du terme « jour travaillé », il faut préciser que ce sont des jours où il y a facturation à l'acte. Donc, c'est une mesure du nombre de journées (et de semaines) où un travail rémunéré à l'acte est effectué. Une fois cette mise en garde faite, nous utilisons cette définition du travail pour les fins de l'analyse.

Nous utilisons deux définitions de jour travaillé. D'abord, nous avons une définition inclusive qui inclut chaque journée où il y a facturation, peu importe le volume. Ensuite, nous avons une version restrictive. Pour calculer le nombre de jours travaillés selon cette définition restrictive, nous avons exclu les journées où les sommes facturées sont inférieures à un certain seuil. Le seuil varie selon le groupe de médecins (omnipraticiens et spécialistes) et l'année : il correspond au 25^e centile des sommes facturées en moyenne selon la catégorie de médecins et l'année. Le seuil est passé de 316 \$ en 2011 à 503 \$ en 2023 pour les omnipraticiens, et de 489 \$ en 2011 à 904 \$ en 2023 pour les spécialistes.

Nous construisons aussi une mesure du nombre de semaines travaillées dans l'année en comptant le nombre de semaines où au moins une journée est travaillée. De manière analogue au nombre de jours « restreint », nous calculons un nombre de semaines « restreint » en ne comptant que les semaines où au moins une journée est travaillée selon la définition restrictive; nous utilisons aussi la mesure dite « inclusive » (« toute facturation »). Pour les semaines travaillées, nous comparons notre estimation provenant des données RAMQ avec les données du Recensement. Cette comparaison est présentée au Tableau 6. Le Recensement indique un nombre de semaines travaillées plus élevé que la mesure inclusive de la RAMQ, ce qui pourrait indiquer que les médecins font d'autres tâches que seulement des services médicaux. Ceci représenterait près de 10 % des semaines travaillées. En regardant la définition restrictive, on note que plusieurs des semaines travaillées le sont avec très peu de facturation. En moyenne, cet écart est très important et montre le potentiel d'augmentation d'offre de travail si ce temps hors services médicaux était plutôt consacré aux services médicaux. En bout de piste, un médecin facturait seulement 35 semaines, en moyenne, en 2021¹⁹ selon la définition restrictive.

Tableau 6. Nombre moyen de semaines travaillées

ANNÉE	ENSEMBLE			OMNIPRATICIENS			SPÉCIALISTES		
	Recen.	RAMQ-inclusif	RAMQ-restrictif	Recen.	RAMQ-inclusif	RAMQ-restrictif	Recen.	RAMQ-inclusif	RAMQ-restrictif
2011	46,46	41,4	33,9	46,3	41,6	34,8	46,6	41,3	33,2
2016	45,19	42,0	34,7	45,2	41,2	35,8	45,2	41,8	33,8
2021	46,14	42,4	34,8	46,2	42,8	37,1	46,0	42,1	32,3

Source : Données RAMQ, facturation à l'acte, et calculs des auteurs à partir des Recensements 2011, 2016 et 2021.

Note : Recen. : Recensement. Nous excluons les médecins avec un nombre de semaines travaillées égal à zéro. Pour des raisons de comparabilité avec le Recensement, les médecins à rémunération mixte, les radiologues et les anesthésistes sont exceptionnellement inclus dans les moyennes de ce tableau avec les données RAMQ.

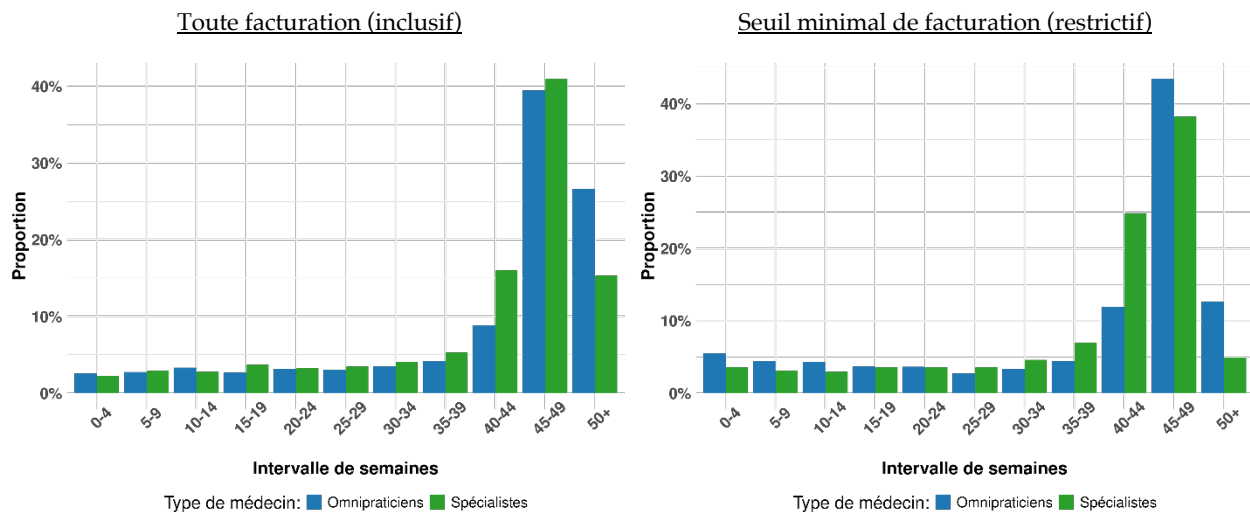
¹⁹ Les statistiques de l'année 2021 doivent être considérées avec précaution, car celles-ci sont affectées par les circonstances exceptionnelles de la pandémie de COVID-19.

Constat 8

En 2021, le nombre de semaines avec au moins une journée dépassant le seuil de facturation minimal était de 37 pour les omnipraticiens, alors qu'il était de 32 pour les spécialistes. Ce résultat contraste avec le nombre de semaines rapportées comme travaillées au recensement, soit 46 pour les deux types de médecins. Ainsi, plus d'une semaine sur quatre travaillée par un médecin rémunéré à l'acte ne serait pas dédiée aux services médicaux.

La distribution des semaines travaillées est montrée à la Figure 13 pour l'année 2023. Une grande majorité de médecins travaillent plus de 45 semaines par année, tant chez les spécialistes que chez les omnipraticiens. Une fraction non négligeable (26,1 %) cependant travaille moins de 40 semaines par année. Cette proportion est de 25,1 % pour les omnipraticiens et de 27,7 % pour les spécialistes. En utilisant la définition restrictive de jour travaillé, ces proportions sont encore plus élevées, soit 31,9 % chez les omnipraticiens et 32,0 % chez les spécialistes.

Figure 13. Distribution des semaines travaillées en 2023

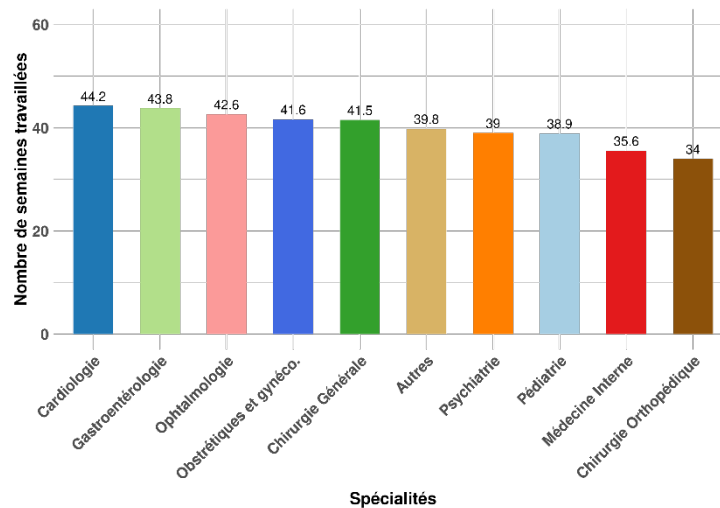


Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Note : Nous excluons les médecins avec un nombre de semaines travaillées égal à zéro.

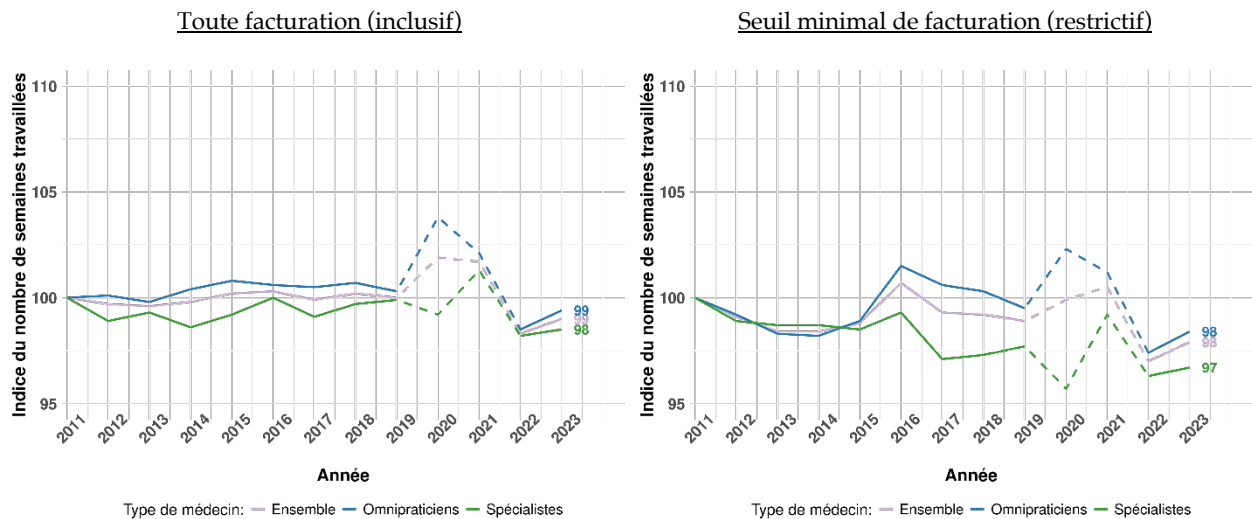
Nous pouvons regarder le nombre de semaines travaillées (avec une facturation quelconque; Figure 14) selon la spécialité. Les cardiologues ont le plus grand nombre de semaines avec facturation, suivis par les gastroentérologues. La médecine interne et la chirurgie orthopédique sont les spécialités avec le moins de semaines travaillées.

Figure 14. Nombre de semaines travaillées selon la spécialité en 2023



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.
 Note : Définition inclusive des semaines travaillées; gynéco. : gynécologie.

Figure 15. Évolution nombre de semaines travaillées

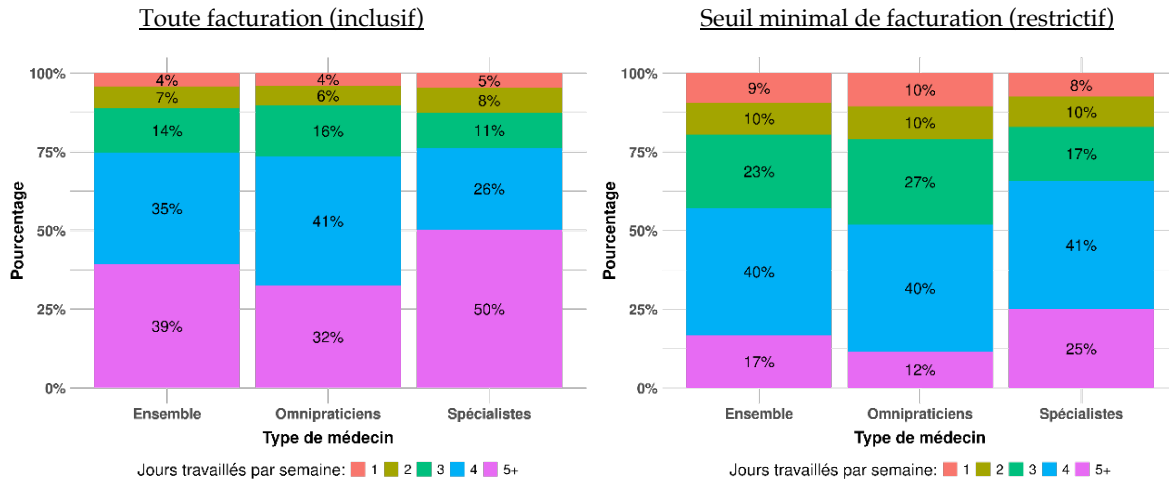


Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.
 Note : Les années en pointillés (2020, 2021 et 2022) couvrent la période de la pandémie de COVID-19 et devraient être interprétées avec précaution.

En termes d'évolution, le nombre de semaines avec facturation a pratiquement fait du surplace sur la période comme le montre la Figure 15. La variabilité entre les spécialités est limitée. Pour les spécialités analysées, la cardiologie est première avec une hausse de 6 %, alors que la chirurgie orthopédique est dernière avec une baisse de 4 %.

On peut regarder le nombre de journées de facturation par semaine, pour les semaines où il y a facturation. La Figure 16 donne la répartition du nombre de jours travaillés par semaine en 2023. Il est intéressant de noter que moins de la moitié des médecins dans l'ensemble facturent un quelconque montant 5 jours par semaine. Cette fraction est plus faible chez les omnipraticiens (32 %) et plus élevée chez les spécialistes (50 %). Avec la définition restrictive, seulement 12 % des omnipraticiens facturent un montant minimum 5 jours par semaine en moyenne (25 % chez les spécialistes). Les différences entre spécialités sont similaires à celles dans semaines travaillées.

Figure 16. Nombre de jours travaillés par semaine en 2023



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

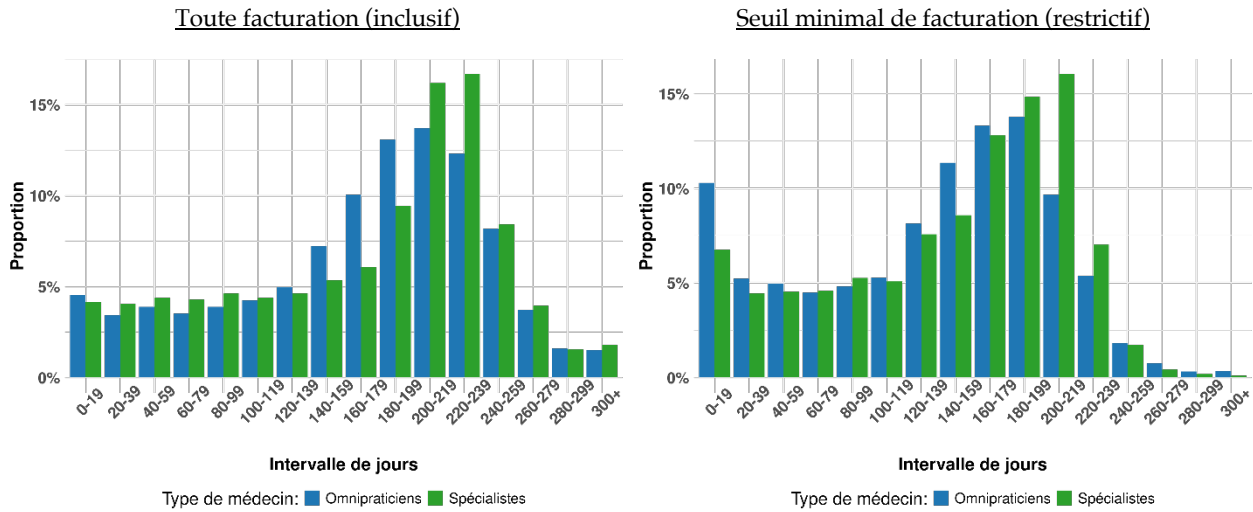
Note : Nous excluons les médecins avec un nombre de semaines travaillées égal à zéro.

Constat 9

La pratique médicale dans une semaine travaillée est très hétérogène au Québec. Moins d'un médecin sur cinq facture en moyenne un montant minimum de services médicaux pour 5 jours ou plus par semaine. Moins des deux tiers facturent 4 jours ou plus par semaine. Donc; donc environ un tiers des médecins facture en moyenne 3 jours ou moins par semaine.

On peut finalement regarder la situation au niveau des jours travaillés dans l'année. La Figure 17 montre la distribution des jours travaillés, toujours en utilisant nos deux définitions. En moyenne, les médecins ont facturé 170 jours en 2023. Ce chiffre est légèrement plus faible chez les omnipraticiens (166 jours, contre 177 jours chez les spécialistes). Si on suppose 7 semaines de vacances (35 « jours ouvrables », définis de manière conventionnelle comme étant du lundi au vendredi excluant tout férié), on obtient une mesure de 76 % des jours ouvrables hors-vacances où les médecins facturent (soit $170 / [260 - 35]$). Avec la définition restrictive, ce pourcentage tombe à 62 %. Bien que non visible directement sur la figure en raison des intervalles utilisés, la distribution indique que plus du quart des médecins (25,7 %) ont un nombre de jours de facturation quelconque inférieur à 125 par année (soit moins de la moitié des « jours ouvrables »). Avec la définition restrictive, ce pourcentage monte à 35,0 %.

Figure 17. Distribution du nombre de jours travaillés 2023

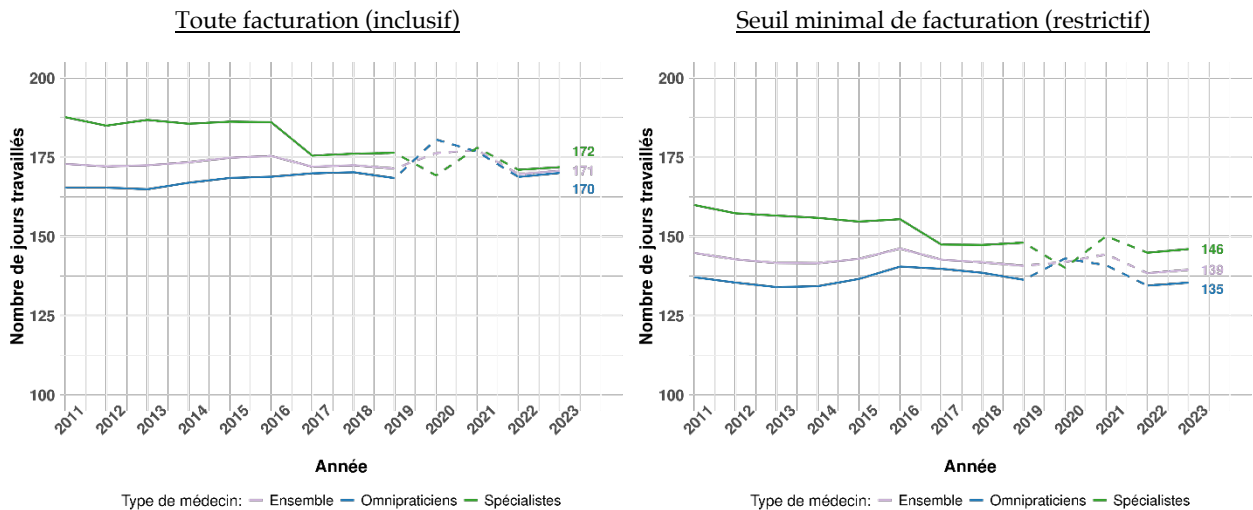


Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Note : Nous excluons les médecins avec un nombre de jours travaillés égal à zéro.

La Figure 18 montre l'évolution du nombre annuel moyen de journées travaillées. D'abord, il est clair que les niveaux sont faibles. En moyenne, un omnipraticien atteignait un seuil de facturation minimal seulement 135 jours par année. Ce nombre est légèrement supérieur chez les spécialistes, à 146, mais il est en diminution sur la période.

Figure 18. Évolution du nombre de jours travaillés



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Note : Les années en pointillés (2020, 2021 et 2022) couvrent la période de la pandémie de COVID-19 et devraient être interprétées avec précaution. Nous excluons les médecins avec un nombre de jours travaillés égal à zéro.

En termes d'évolution, il n'y a pas eu non plus de mouvement important du nombre de jours travaillés sur la période. Il y a même une légère hausse du nombre de journées travaillées chez les omnipraticiens (3 %) lorsque l'on utilise la définition inclusive. La dynamique selon la spécialité est similaire à celle pour les semaines travaillées. Il n'y a pas de variation importante au-delà d'une dizaine de points de pourcentage sur la période de 13 ans.

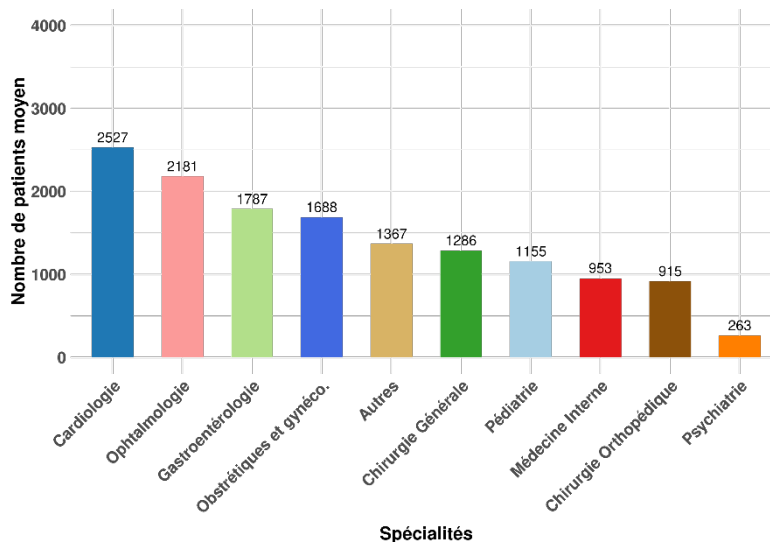
Constat 10

Il semble y avoir une capacité non utilisée importante chez les médecins en termes d'activités cliniques. Cette capacité non utilisée, en semaines et en journées avec un montant minimal de facturation, est plus élevée chez les omnipraticiens que chez les spécialistes. Il y a une grande variabilité dans cette capacité non utilisée. Cette variabilité peut cependant refléter des charges d'activités non cliniques importantes chez les médecins puisque les semaines travaillées rapportées au Recensement sont beaucoup plus nombreuses que les semaines avec activité clinique constatées dans les données de la RAMQ.

Patients et visites

On peut compter le nombre de patients vus par un médecin dans une année, ce que nous nommerons des visites. On peut aussi construire une mesure du nombre de patients vus (ou visites) en moyenne par jour. Il est important de mentionner que la mesure ne compte pas le nombre de patients uniques, mais plutôt le nombre de patients-jours. Ainsi, un même patient vu plusieurs fois sur plusieurs jours comptera pour plusieurs patients, ou visites. Nous regardons aussi une mesure de patients uniques vus dans une année. D'ailleurs, nous pouvons débiter avec cette mesure.

Figure 19. Nombre de patients par spécialité (2023)

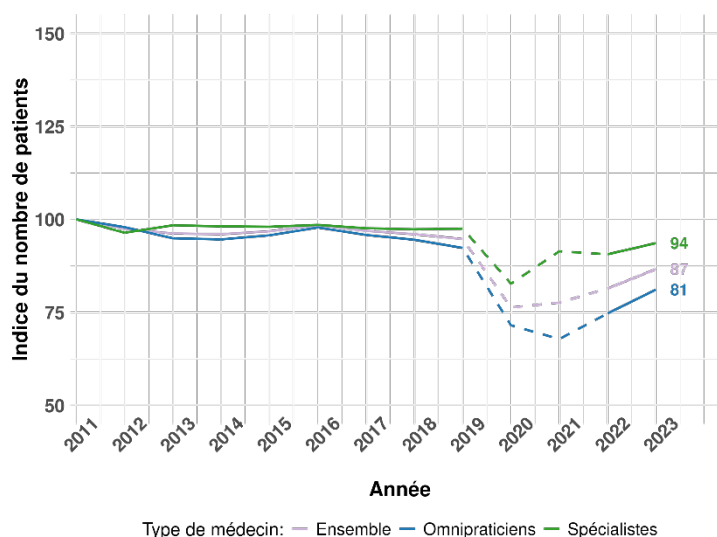


Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Note : gynéco. : gynécologie.

En termes généraux, en 2023 un médecin au Québec a vu 1 229 patients uniques pour qui une facture a été émise. Ce nombre est plus élevé chez les spécialistes (1 403) et moins élevé chez les omnipraticiens (1 120). Derrière les chiffres des spécialistes, il y a une importante diversité, comme le montre la Figure 19. Les cardiologues et les ophtalmologues ont vu respectivement 2 527 et 2 181 patients uniques en moyenne, alors que ce nombre était sous la barre des 2 000 patients pour les autres spécialités. La spécialité ayant le nombre le plus faible est la psychiatrie avec 263 patients uniques.

Figure 20. Évolution du nombre de patients



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

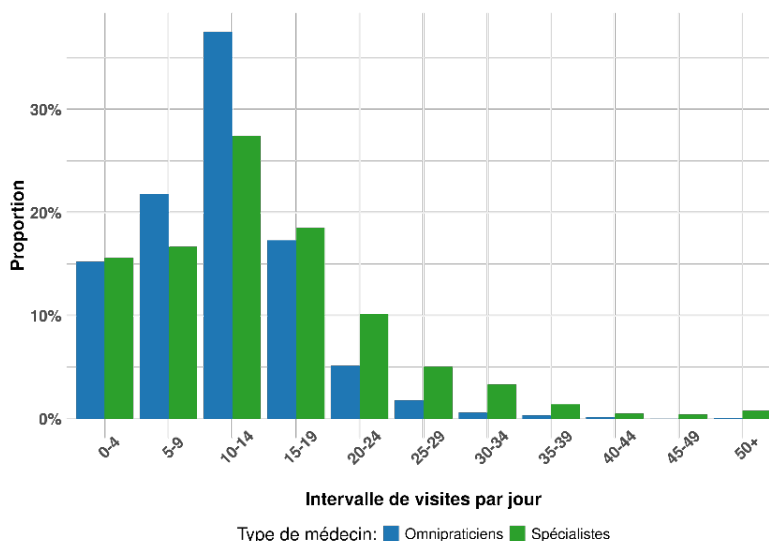
Note : Les années en pointillés (2020, 2021 et 2022) couvrent la période de la pandémie de COVID-19 et devraient être interprétées avec précaution.

On peut regarder l'évolution du nombre annuel de patients uniques dans le temps. À la Figure 20, nous traçons cette évolution. Chez les spécialistes, on constate une légère baisse de 6 % des patients uniques vus sur la période contre une baisse de 19 % chez les omnipraticiens.²⁰ Notons que la pandémie a fait décrocher la tendance tant chez les spécialistes que chez les omnipraticiens, mais qu'en 2023 on semble être revenus sur une tendance de long terme. Au final, le nombre de patients vus par médecin a donc suivi une tendance d'ampleur très différente selon le type de médecins.

En termes de visites (donc en ne distinguant pas les patients qui sont vus plusieurs fois), on obtient plutôt que dans l'ensemble les médecins au Québec ont reçu en moyenne 2 402 visites en 2023, soit 2 743 chez les spécialistes et 2 186 chez les omnipraticiens. De manière intéressante, on peut regarder le nombre de visites par jour travaillé (selon la définition « inclusive » utilisée plus haut : tous les jours avec au moins un acte facturé), ce qui donne la Figure 21 pour 2023. En moyenne, les médecins ont reçu 13 visites par jour, soit 12 chez les omnipraticiens et 14 chez les spécialistes. La distribution montre que plusieurs médecins reçoivent un nombre inférieur à 10 visites par jour alors que certains traitent un volume bien plus important.

²⁰ Il est à noter que nous ne tenons pas compte de la lourdeur des cas dans cette analyse. Il se pourrait que le nombre de patients uniques vus ait diminué en raison d'une augmentation de la lourdeur des cas. Cette limite s'applique également pour le nombre de visites et le volume d'actes. Nous comptons analyser cet aspect dans des travaux futurs.

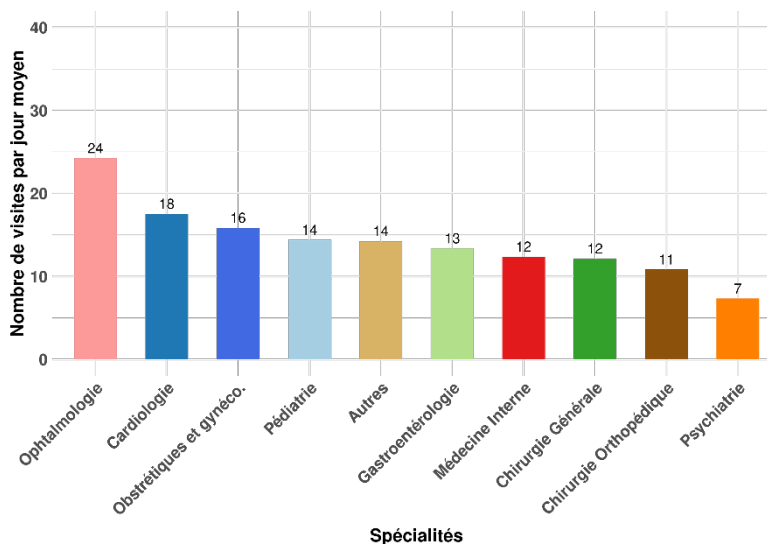
Figure 21. Nombre de visite par jour (2023)



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Bien sûr, ces chiffres varient considérablement selon la spécialité. La Figure 22 montre que les ophtalmologues reçoivent 24 visites par jour en moyenne, comparativement à un niveau inférieur à 20 pour les autres spécialités.

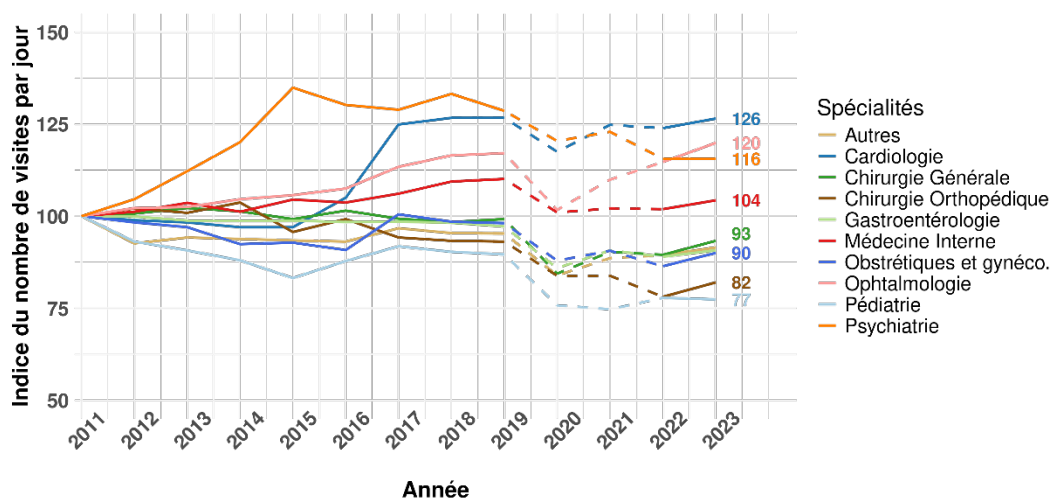
Figure 22. Nombre de visites par jour selon la spécialité (2023)



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.
Note : gynéco. : gynécologie.

On observe une tendance similaire pour les visites par jour travaillé à celle observée pour les patients uniques. Il y a une baisse autant chez les omnipraticiens (-17 %) que chez les spécialistes (-8 %). La Figure 23 montre l'évolution par spécialité. Plusieurs spécialités, en particulier la cardiologie, l'ophtalmologie et la psychiatrie, ont vu une hausse du nombre de visites par jour alors que la pédiatrie et la chirurgie orthopédique ont connu une baisse plus marquée (environ -20 %).

Figure 23. Évolution du nombre de visites par jour selon la spécialité



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Note : Les années en pointillés (2020, 2021 et 2022) couvrent la période de la pandémie de COVID-19 et devraient être interprétées avec précaution.

Constat 11

Il y a une variabilité importante entre les médecins dans le nombre moyen de patients vus par jour. De plus, l'évolution sur la période diffère selon la spécialité avec une baisse marquée chez les omnipraticiens (-17 %) et dans certaines spécialités comme pédiatrie et chirurgie orthopédique (18 % à 23 %). Seules la psychiatrie et la cardiologie ont connu une hausse sur la période.

Volume d'actes

À défaut d'avoir les heures travaillées dans les données administratives, il est plus difficile de construire une mesure d'intensité en termes d'heures travaillées. Nous pouvons mesurer l'intensité de la pratique à l'aide du volume d'actes, mais mesurer le nombre d'actes réalisés par un médecin est une tâche compliquée. D'abord, chaque spécialité peut effectuer un nombre d'actes différents. Par ailleurs, chaque acte ne prend pas le même temps à réaliser. Comme il est commun de le faire en économie, nous allons donc créer des indices de quantité en pondérant les actes par les prix (Berndt et al., 2000). Ces prix seront fixés à une année de référence et permettront de suivre l'évolution pondérée des volumes d'actes.

Encadré 2 Indices de volume d'actes

Pour une spécialité m donnée (par exemple, la spécialité 06 pour les cardiologues), nous recensons l'ensemble des actes effectués. Dénotons cet ensemble d'actes Λ_m et $a \in \Lambda_m$ un acte parmi cet ensemble. Dans l'année t , le nombre d'actes réalisés pour la spécialité est $A_{a,t}$. Pour une spécialité donnée (m) et une année donnée (t), on pourrait créer un indice de quantité (indice de Laspeyres) en utilisant les prix d'une année de référence (par exemple 2011) :

$$Q_{m,t}^L = 100 \times \frac{\sum_{a \in \Lambda_m} p_{a,2011} A_{a,t}}{\sum_{a \in \Lambda_m} p_{a,2011} A_{a,2011}}$$

La théorie sur les indices de prix nous indique qu'on peut aussi utiliser le même indice, mais en permettant la variation des prix dans le temps. Cela donne un indice de quantités qui prend par exemple en compte les variations technologiques, qui ont peut-être fait diminuer le temps requis (et donc le prix) pour faire un acte. Ceci donne l'indice de Paasche,

$$Q_{m,t}^P = 100 \times \frac{\sum_{a \in \Lambda_m} p_{a,t} A_{a,t}}{\sum_{a \in \Lambda_m} p_{a,t} A_{a,2011}}$$

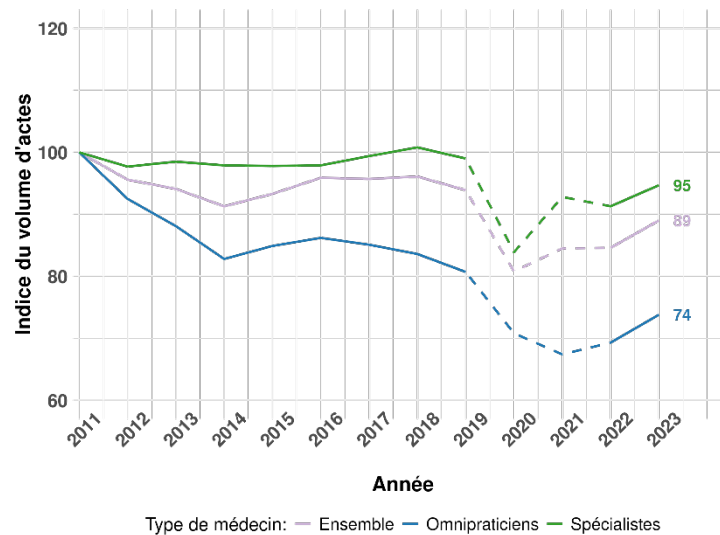
Et finalement, l'indice de Fisher en quantité est celui qui pondère ces deux indices :

$$Q_{m,t}^F = \sqrt{Q_{m,t}^P \times Q_{m,t}^L}$$

L'indice de Fisher sera particulièrement utile plus loin parce qu'on peut montrer que la croissance de la rémunération peut se décomposer en termes de croissance des indices de Fisher en quantité et en prix.

La Figure 24 montre l'évolution de l'indice de volume d'actes. Cet indicateur correspond à la somme pondérée des actes selon les tarifs observés en 2011. On observe que le volume d'actes des spécialistes est celui qui a le moins diminué sur la période, avec une baisse de 5 %. Pour les omnipraticiens la baisse des quantités est plus forte, totalisant 26 % entre 2011 et 2023. Il est à noter que ces indices démontrent une diminution de la quantité de services offerts sur la période comme les autres mesures d'offre de travail. Cette diminution est même plus forte pour le volume d'actes que pour le nombre de visites chez les omnipraticiens.

Figure 24. Évolution des volumes d'actes

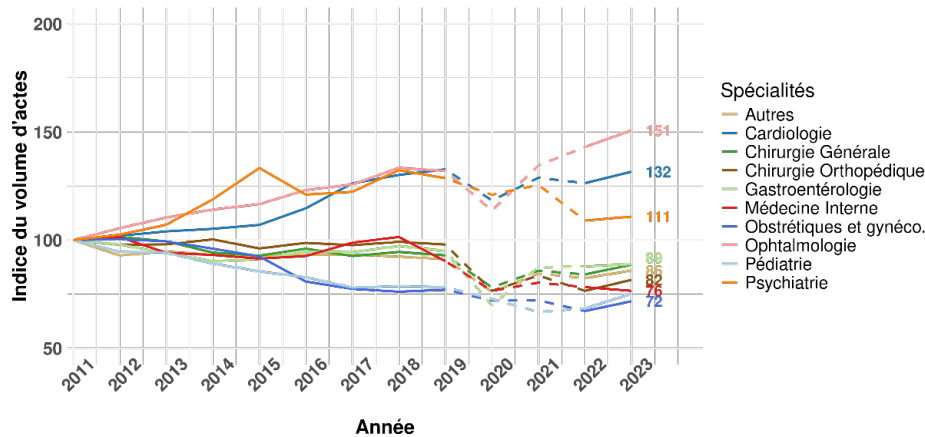


Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Note : Les années en pointillés (2020, 2021 et 2022) couvrent la période de la pandémie de COVID-19 et devraient être interprétées avec précaution.

On peut regarder les mêmes indices par spécialité. L'évolution agrégée de la figure précédente masque des dynamiques très diversifiées selon la spécialité comme le montre la Figure 25. Selon ces indices, on remarque que trois spécialités se démarquent par la croissance de leur volume d'actes : l'ophtalmologie (50,7 %), la cardiologie (31,6 %) et la psychiatrie (10,8 %). L'ensemble des autres spécialités ont connu une diminution de leur volume d'actes; l'obstétrique et gynécologie (-28,3 %) représente la spécialité avec la baisse la plus marquée.

Figure 25. Évolution du volume d'actes par spécialité



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Note : Les années en pointillés (2020, 2021 et 2022) couvrent la période de la pandémie de COVID-19 et devraient être interprétées avec précaution.

Constat 12

L'indice de volume d'actes médicaux par médecin est en déclin sur la période à la fois pour les spécialistes et pour les omnipraticiens. La baisse relative pour les omnipraticiens atteint 26 % en 2023 par rapport à 2011. Chez les spécialistes, il y a davantage de variabilité avec certaines spécialités en hausse (ophtalmologie, psychiatrie et cardiologie) alors que les autres sont généralement en baisse.

Décomposition de l'offre

Pour terminer, les variations observées de 2011 à 2023 pour les différentes variables d'offre sont décomposées selon trois types d'effets : l'âge, le sexe et un résidu (qui capture toutes les autres sources possibles). L'effet d'âge est obtenu en calculant la moyenne d'une variable en appliquant la distribution d'âge de 2023, mais avec les moyennes observées par sexe et groupe d'âge en 2011. On fait de même en rajoutant les différences par sexe. Le résidu donne la variation de l'offre par âge et sexe, donc la réduction de l'offre qui n'est pas due à un effet de composition. Chez les spécialistes, l'effet d'âge est assez faible. L'effet de la féminisation explique un peu moins de la moitié de la variation du nombre de patients (uniques), mais très peu de la variation du nombre de visites par jour. Le résidu domine pour les spécialistes. Ainsi, la réduction globale n'est pas due à l'effet de composition. Il en est de même pour les omnipraticiens : l'effet de composition dû à l'âge et au genre est beaucoup moins important que l'effet résiduel.

Tableau 7. Décomposition de la variation (en % par rapport à 2011) de 2011 à 2023 selon la variable d'offre et le type de médecin

		<i>Spécialistes</i>				
		Âge	+ Sexe	+ Résidu	=	Total
<i>Jours travaillés</i>		-0,4	-1,0	-1,4		-2,8
<i>Patients (uniques)</i>		-1,1	-2,8	-2,7		-6,6
<i>Visites par jour</i>		-0,3	-0,9	-6,7		-7,9
		<i>Omnipraticiens</i>				
		Âge	+ Sexe	+ Résidu	=	Total
<i>Jours travaillés</i>		-3,1	-1,1	7,0		2,8
<i>Patients (uniques)</i>		-1,7	-3,2	-14,3		-19,2
<i>Visites par jour</i>		-1,0	-2,5	-13,7		-17,2

Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Constat 13

Les effets de composition, soit l'évolution dans le temps de l'âge et du genre, ont peu de liens avec la réduction de l'offre de services médicaux des médecins en moyenne, soit le nombre de jours travaillés, le nombre de patients (uniques) et le nombre de visites par jour. Les effets résiduels, capturant des variations qui ne sont pas expliquées par l'âge et le genre, dominent, en particulier pour les omnipraticiens.

Évolution des prix

Indice de prix

Nous mesurons l'évolution du prix moyen par acte pour un type de médecin de la façon suivante. Pour une spécialité donnée (par exemple, la spécialité 06 pour les cardiologues), nous recensons l'ensemble des actes effectués. Les prix associés à chaque acte résultent du tarif de base (tel qu'indiqué dans les manuels de tarification) auquel s'ajoutent des modificateurs indépendants de la rémunération différenciée et de la rémunération mixte, prenant en compte notamment la date de l'acte, le type d'établissement, les caractéristiques du patient et la spécialité du médecin.

Pour chaque ligne de facturation (ou acte facturable), trois prix sont distingués : le tarif de base ; le tarif de base ajusté à l'acte spécifique ; le tarif intégrant les incitatifs géographiques. Ces prix, pouvant varier selon la date, le patient et le médecin, sont moyennés au niveau du code d'acte pour chaque année. Nous utilisons dans nos indices le prix qui inclut la spécificité de l'acte tout en excluant la rémunération différenciée. Nous construisons un indice de prix (dit de Fisher, voir Encadré 3), $P_{m,t}^F$ pour chaque spécialité et année. En annexe, nous montrons la correspondance entre les différents indices selon ce que nous avons inclus comme source de prix dans l'indice. Tous suivent une tendance parallèle.

Encadré 3 Indices de prix

Dénotons un ensemble d'actes Λ_m et $a \in \Lambda_m$ un acte parmi cet ensemble. Dans l'année t , le nombre d'actes réalisés pour la spécialité est $A_{a,t}$. La construction d'indice de prix se fait en fixant la répartition des actes à une année de référence. L'indice de Laspeyres fixe la répartition dans une année de référence au départ, par exemple 2011 :

$$P_{m,t}^L = 100 \times \frac{\sum_{a \in \Lambda_m} p_{a,t} A_{a,2011}}{\sum_{a \in \Lambda_m} p_{a,2011} A_{a,2011}}$$

L'indice de Paasche utilise plutôt la répartition des actes de l'année t ,

$$P_{m,t}^P = 100 \times \frac{\sum_{a \in \Lambda_m} p_{a,t} A_{a,t}}{\sum_{a \in \Lambda_m} p_{a,2011} A_{a,t}}$$

L'indice de Fisher combine les deux indices :

$$P_{m,t}^F = \sqrt{P_{m,t}^P \times P_{m,t}^L}$$

Les trois indices pour les omnipraticiens et pour les spécialistes sont présentés en annexe.

Limites des indices de prix et de volume

Ces indicateurs se heurtent à deux difficultés. D'une part, les réformes relatives à la rémunération des médecins ont introduit d'importants changements dans la nomenclature des codes d'actes, touchant surtout les omnipraticiens, mais aussi certaines spécialités. D'autre part, ces réformes peuvent avoir entraîné des évolutions dans les pratiques de facturation, notamment la consolidation d'actes auparavant saisis séparément, ce qui pourrait compliquer l'interprétation des variations observées dans les données.

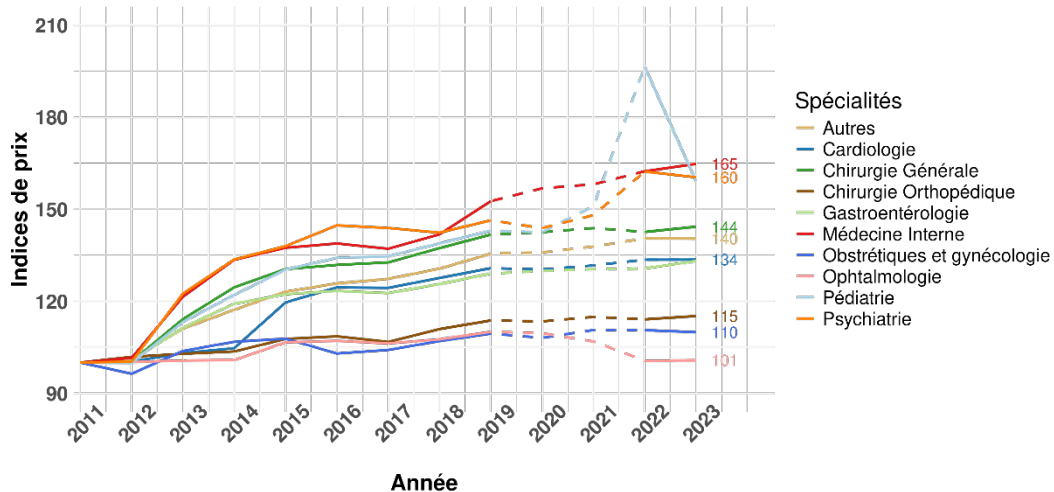
Pour analyser de manière systématique les changements de nomenclature, nous avons élaboré une méthodologie visant à établir une correspondance entre les groupes d'actes enregistrés avant et après une modification. Pour chaque spécialité, nous identifions mensuellement les codes d'actes qui disparaissent définitivement et ceux qui apparaissent pour la première fois. Lorsque la proportion des actes supprimés dépasse 1 % du total sur une période donnée, nous regroupons, pour le mois concerné et le mois suivant, l'ensemble des codes effacés et des nouveaux codes en un code d'acte unique. Cette approche permet ainsi d'harmoniser la classification des actes et d'en assurer le suivi longitudinal malgré les modifications de nomenclature.

À titre d'illustration, le principal impact de cette modification concerne les omnipraticiens. En mai 2016, un changement majeur a transformé la manière dont ces professionnels enregistrent leurs actes, affectant environ un tiers des actes facturés. Avant le changement, les visites étaient réparties en trois catégories (examen ordinaire, examen complet et examen complet majeur), totalisant environ 11,5 millions d'actes en 2015 (soit 32 % des actes effectués). La nouvelle classification distingue désormais les visites selon leur nature et le degré de vulnérabilité des patients (prises en charge, périodiques, de suivi, ponctuelles mineures et complexes), couvrant environ 12,6 millions d'actes en 2017. Notre méthodologie consiste à identifier la disparition de 12 anciens codes en mai 2016, suivie de l'apparition de 35 nouveaux codes en juin 2016, afin de créer un code d'acte unique pour l'ensemble de la période d'analyse (2011 à 2023). Ce dernier intègre donc ces 47 codes pour faciliter l'analyse des actes d'omnipraticiens.

La seconde difficulté relève des évolutions potentielles dans les pratiques de facturation suite à une réforme. Certaines spécialités pourraient avoir adapté leur mode de facturation, par exemple en consolidant en une seule ligne des éléments qui étaient auparavant détaillés sur plusieurs lignes. Bien qu'un ensemble de variables, comme le nombre d'unités, puisse être envisagé pour détecter ces modifications, ces indicateurs ne permettent pas, en pratique, de dégager de manière claire et fiable les changements dans les données de facturation.

La Figure 26 montre l'évolution des prix depuis 2011. On observe une hausse pour toutes les spécialités, incluant les omnipraticiens. Mais la hausse est différente selon la spécialité et certaines spécialités ont des hausses plus importantes que d'autres.

Figure 26. Indice de prix par spécialité (indice de Fisher)



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Note : Les années en pointillés (2020, 2021 et 2022) couvrent la période de la pandémie de COVID-19 et devraient être interprétées avec précaution.

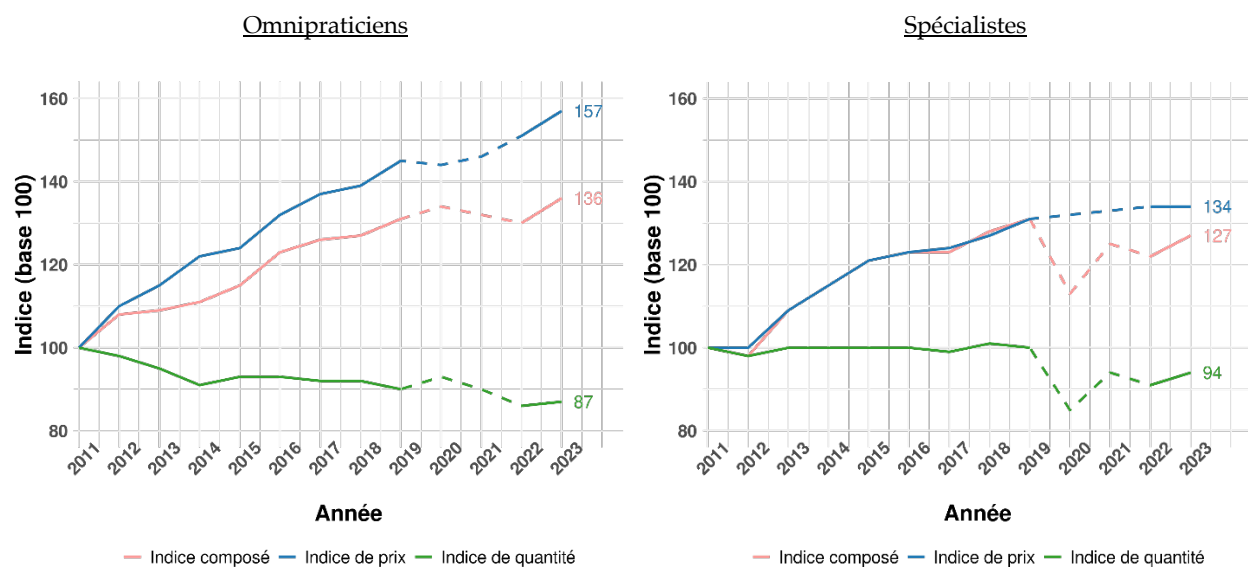
Constat 14

Les indices de prix des services médicaux suggèrent une hausse importante des prix, et ce pour la grande majorité des spécialités au Québec. Certaines spécialités ont vu des hausses plus importantes de l'indice des prix alors que d'autres ont connu une hausse plus faible.

Décomposition de la rémunération

On peut montrer que la croissance de la rémunération moyenne par médecin est le produit des indices de volumes d'actes et de prix (dans leur variante dite de *Fisher*). La croissance de la rémunération moyenne est donc expliquée par deux forces, la croissance du volume d'actes et la croissance du prix des différents actes. La Figure 27 montre cette décomposition. La ligne rose montre l'évolution de la rémunération à l'acte. La croissance est positive tant pour les omnipraticiens que les spécialistes. Elle représente, en taux annuel moyen, une croissance de 2,6 % pour les omnipraticiens et de 2,5 % pour les spécialistes. La décomposition en termes de hausse de prix et de quantités est illustrée respectivement par les lignes bleue (prix) et verte (quantité). La hausse des prix suit assez bien la hausse de la rémunération pour les spécialistes. C'est donc dire qu'en agrégé, il y a peu de variation des quantités. C'est un peu de ce que nous avons trouvé avec différentes mesures d'offre de services médicaux : celles-ci étaient généralement plutôt constantes pour les spécialistes. Ainsi, la hausse de la rémunération reflète un effet prix seulement. Pour les omnipraticiens, la hausse des prix a été plus importante que la hausse de la rémunération. C'est donc dire qu'il y a eu une baisse du volume d'actes tel que mesuré par notre indice. Au final, la rémunération aurait augmenté encore davantage sans cet effet négatif sur les quantités. La prochaine question que nous allons analyser est donc : y a-t-il un lien entre la hausse des prix et la baisse des quantités?

Figure 27. Décomposition de la rémunération en effets prix et volumes 2011-2023



Source : Données RAMQ, facturation à l'acte.

Note : Les années en pointillés (2020, 2021 et 2022) couvrent la période de la pandémie de COVID-19 et devraient être interprétées avec précaution.

Constat 15

La hausse de la rémunération moyenne par médecin est en grande partie expliquée par une hausse des prix alors que les quantités n'ont eu pratiquement aucun effet pour les spécialistes et un effet baissier sur la rémunération pour les omnipraticiens.

Effets de la rémunération sur l'offre de travail et la productivité

Offre de travail et rémunération : quel est le lien?

La relation entre rémunération et offre de travail des médecins a été étudiée abondamment (Andreassen et al., 2013; Baltagi et al., 2005; Feldstein, 1970; Rizzo & Blumenthal, 1994). Une hausse de la rémunération, par exemple le salaire horaire, crée deux effets sur l'offre de travail (Blundell & Macurdy, 1999). D'abord, elle crée un effet de substitution qui augmente le coût d'opportunité du loisir. Ainsi, le travailleur souhaite travailler davantage quand le salaire horaire augmente. Mais il y a un deuxième effet, soit un effet revenu. Quand le salaire horaire augmente, la rémunération totale, sans changement aux heures travaillées, augmente. Si le loisir est un bien normal (un bien qu'on veut consommer davantage quand la richesse augmente), le travailleur voudra réduire son offre de travail. L'effet net d'une hausse de la rémunération horaire est donc indéterminé *a priori*. Généralement, l'effet revenu gagne en importance au fur et à mesure que la rémunération augmente. L'élasticité des heures travaillées au salaire horaire, soit l'effet en pourcentage d'une hausse du salaire horaire sur les heures travaillées, est généralement positive pour le travailleur moyen.

Encadré 4 Dépenses de santé et élasticité de l'offre de travail

Si $Q(P)$ est la quantité de services offerts en fonction de la rémunération (l'offre de travail) et P est la rémunération par service, alors la dépense totale pour les services médicaux est

$$C(P) = P \times Q(P)$$

Après quelques manipulations, on obtient

$$\Delta C(P) = \Delta P \times Q(P) \times (1 + e_Q(P))$$

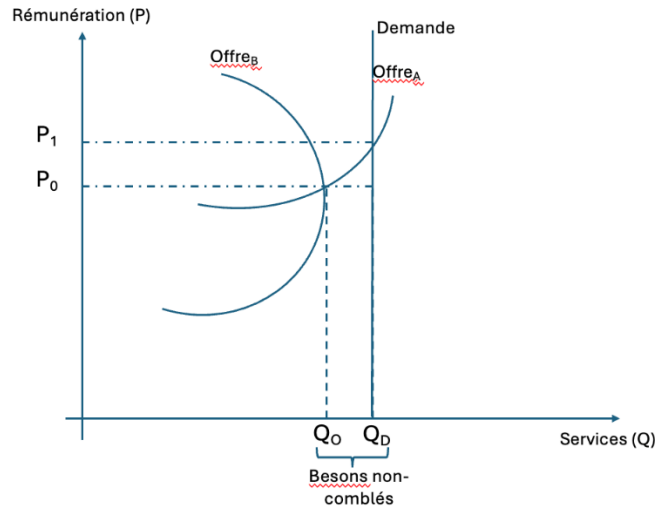
La variation de la dépense pour le gouvernement, quand l'offre de travail est inélastique ($e_Q(P) = 0$), est proportionnelle à la variation de la rémunération, ΔP . Mais quand l'offre de travail est à rebroussement, $e_Q(P) < 0$ et donc la variation de la dépense sera proportionnellement moindre que la hausse des prix. Quand l'élasticité est de $e_Q(P) = -1$, il n'y a pas d'impact sur la dépense.

Quand la courbe d'offre devient négative, on parle alors d'une courbe d'offre de travail à rebroussement (*backward bending supply curve*). Par exemple, Somé et al. (2024) estiment pour le Québec une élasticité de -0,1 pour les augmentations de rémunération autour de 2003. L'effet revenu dominerait donc l'effet de substitution. Dans un cas pareil, un gouvernement qui consent une hausse de rémunération permettra aux médecins d'améliorer leur sort, car ceux-ci consommeront davantage de loisirs, mais n'atteindra pas son objectif de satisfaire les besoins en termes de services de santé. Selon l'ampleur de l'élasticité, l'impact de la hausse de la rémunération sur les dépenses de santé pourra varier, allant d'un plein effet si l'élasticité est faible (près de zéro), à un effet nul si la réaction comportementale provenant de l'effet revenu amène les médecins à réduire leurs services du même pourcentage que la hausse de la rémunération (ce que d'aucuns appellent faire du *income targeting*, qui consiste à maintenir le revenu constant).

La Figure 28 montre bien cette relation. Supposons une situation de départ où la rémunération (prix à l'acte) est fixée à P_0 . Étant donné que les patients au Québec ne paient pas pour les services médicaux, la demande de services – indépendante des prix – est fixée à Q_D . Il y a deux possibilités de courbe d'offre de travail, A et B. À P_0 , les médecins offrent la quantité de services Q_0 . Il y a donc initialement des besoins non comblés ($Q_D - Q_0$). Une politique de

rémunération qui inciterait les médecins à combler ces besoins pourrait être de hausser la rémunération à P_1 . Dans ce cas, si l'offre de travail est celle décrite par la courbe A, la politique accomplit son objectif : l'offre de travail augmente. C'est un cas où l'effet de substitution domine l'effet revenu. Par contre, si l'offre de travail est plutôt donnée par la courbe B, une courbe à rebroussement, l'offre de travail n'augmente pas; elle diminue. Alors, le problème des besoins non comblés s'aggrave.

Figure 28. Offre de travail des médecins et rémunération



Dans le cas des médecins, il n'est pas nécessaire de faire intervenir l'arbitrage entre le loisir et le revenu pour expliquer une élasticité-prix négative. Nous avons vu que les médecins déclarent travailler davantage que les jours où ils facturent des services. Dans ce cas, il est possible que la hausse de la rémunération se traduise aussi par une substitution vers d'autres activités, possiblement non cliniques ou rémunérées différemment quand la rémunération à l'acte augmente, simplement par un effet revenu similaire. Dans tous les cas, nous sommes intéressés par l'effet de la rémunération sur les services médicaux. Il nous est impossible de dire vers quoi la substitution se fait une fois observée la baisse de l'offre de services.

Estimation économétrique

Nous avons un ensemble de variables d'intérêt mesurant l'offre de services médicaux annuelle, soit le nombre de semaines travaillées; le nombre de jours travaillés; le nombre de visites; et finalement le volume d'actes. Les jours et les semaines travaillés sont mesurés avec la définition « restrictive » donnée plus haut (soit toute journée avec une facturation égale ou supérieure au 25^e centile de la spécialité dans l'année donnée, et toute semaine avec au moins une journée travaillée définie ainsi).

Nous voulons mettre en relation ces mesures, calculées au niveau du médecin, avec l'évolution des prix réels pour les actes (c.-à-d. corrigés pour l'inflation) auxquels fait face ce médecin. La variable de prix utilisée tient compte du gain marginal net pour le médecin en soustrayant les impôts calculés dans la dernière tranche d'imposition au Québec (provincial + fédéral). Le taux maximal a changé deux fois au cours de la période, soit en 2013 (provincial) et en 2016 (fédéral). Nous estimons des modèles de régression, ce qui nous permet de contrôler pour un ensemble de variables dont l'âge et les caractéristiques fixes du médecin (par exemple le genre et la spécialité); ou d'inclure des effets fixes de médecin dans certaines spécifications. L'inclusion d'effets fixes de temps permet de capter l'évolution d'autres facteurs communs aux médecins durant cette période. L'encadré 5 donne les détails du modèle de régression utilisé.

Encadré 5 Modèle économétrique

Dénotons $Y_{i,t}$ une mesure d'offre de services médicaux dans l'année t de l'individu i . Nous avons la variable de prix, $P_{i,t}^L$, correspondant à l'indice de Laspeyres défini plus haut. Spécifiquement, cet indice est calculé en utilisant les prix et les quantités de tous les actes facturés. Nous ajustons les prix des actes pour l'inflation (avec l'indice général des prix à la consommation, ou IPC, pour le Québec) et les exprimons nets de l'impôt (provincial et fédéral) en utilisant pour chaque année le taux le plus élevé des deux barèmes d'imposition et en ajustant pour l'abattement du Québec. Les poids de l'indice correspondent aux quantités (actes) et sont fixés au niveau de la spécialité, parfois à un niveau de désagrégation plus élevé comme un panier représentatif, pour l'année de référence fixé à 2011. Cet indice mesure donc le gain net de travailler davantage. Ce gain net est exprimé en pourcentage (base 2011 = 100).

Nous estimons l'équation

$$\log Y_{i,t} = \alpha + \eta P_{i,t}^L + X_{i,t}\beta + \lambda_t + \gamma_i + \epsilon_{i,t}$$

où \log est le logarithme naturel, $X_{i,t}$ est une matrice de variables explicatives (âge, sexe, spécialité, région socio-sanitaire de pratique), λ_t est un effet fixe de temps (année), γ_i est un effet fixe par médecin et $\epsilon_{i,t}$ est un terme d'erreur suivant une distribution normale. α , η et β correspondent aux autres paramètres ne variant pas selon le temps ou le médecin. Puisque le prix est mesuré en indice, le paramètre η mesure l'effet en pourcentage d'augmenter le prix d'un point de pourcentage. En le divisant par 100, on obtient une élasticité-prix.

Nous présentons au Tableau 8 les résultats de cette analyse de régression. Nous montrons une représentation graphique de ces résultats dans la Figure 29. Ces régressions contrôlent pour les caractéristiques fixes des médecins ainsi que l'âge et le temps. La variation de l'indice de prix se retrouve essentiellement au niveau des spécialités (incluant les omnipraticiens). À l'intérieur d'une spécialité, nous avons préféré ne pas exploiter la variation afin de ne pas introduire des biais de simultanéité. Nous présentons au Tableau 8 le coefficient sur le prix. Celui-ci s'interprète comme une élasticité-prix, c'est-à-dire le changement dans la mesure d'offre de services médicaux, en pourcentage, associé à une variation d'un pourcent du prix. Par exemple, une élasticité-prix de 0,5 signifie qu'une augmentation de 10 % du prix augmente l'offre de 5 %.

Nous rapportons au Tableau 8 que l'élasticité-prix est près de zéro pour les jours travaillés et les semaines travaillées, bien que cette dernière soit statistiquement significative (au seuil de 5 %). Donc, la hausse de la rémunération par les mesures incitatives et le rehaussement des tarifs n'a pratiquement pas eu d'effet à la marge extensive, c'est-à-dire sur la présence des médecins pour fournir des services médicaux en termes de jours et de semaines.

Tableau 8. Élasticités prix estimées selon la variable d'offre (jours travaillés, semaines travaillées, visites, volume d'actes)

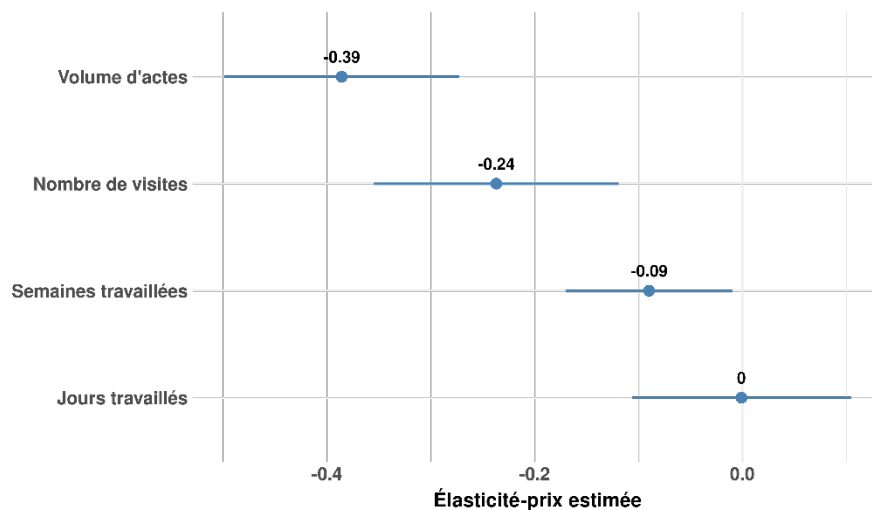
	JOURS TRAVAILLÉS	SEMAINES TRAVAILLÉES	VISITES	VOLUME D'ACTES
ÉLASTICITÉ-PRIX	0,001 (0,054)	-0,090 ** (0,041)	-0,234 *** (0,060)	-0,387 *** (0,058)
R ²	0,764	0,686	0,768	0,807
N	122 845			

Source : Estimation des auteurs à partir des données RAMQ de facturation à l'acte.

Note : * p < 0,1, ** p < 0,05, *** p < 0,01. Écart-type entre parenthèses.

Cependant, la 3^e colonne montre une élasticité négative (-0,234) et statistiquement différente de zéro pour le nombre de visites dans une année. Ceci signifie que la hausse de la rémunération a réduit le nombre de visites par jour travaillé, étant donné que le nombre de jours travaillés ne varie pas selon le prix. Nous trouvons un résultat similaire, encore plus fort (-0,387), pour le volume annuel d'actes. Par conséquent, ces résultats suggèrent que la hausse de la rémunération à l'acte a réduit le nombre de visites ainsi que le volume d'actes réalisés. Vraisemblablement, nous sommes donc dans la configuration d'offre de travail B de la Figure 28, soit une courbe d'offre de travail à rebroussement.

Figure 29. Représentation des élasticités-prix estimées selon la variable d'offre (jours travaillés, semaines travaillées, visites, volume d'actes)



Source : Estimation des auteurs à partir des données RAMQ de facturation à l'acte.

Note : Les lignes bleues représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Au Tableau 9, nous avons voulu examiner si ces élasticités étaient différentes selon certaines caractéristiques des médecins. Il y a peu de différence selon le genre avec une réponse légèrement moins forte pour les femmes que pour les hommes. Donc, on ne peut attribuer à la féminisation de la profession le fait que nous trouvons une courbe d'offre de travail à rebroussement. Il y a même une indication que les hommes réagissent plus fortement. En fait, chez les femmes, en particulier les femmes avec de jeunes enfants, on peut s'attendre à un effet de substitution plus élevé (positif) que chez les hommes, en raison d'une plus grande substitution entre le temps de travail sur le marché et le temps de travail domestique. Si tel est le cas, l'effet total d'une hausse du prix des actes, s'il est négatif en raison de l'effet revenu, sera plus faible (en valeur absolue) chez ces femmes. C'est ce qu'on retrouve ici. En termes de région, les effets les

plus importants sont trouvés pour les régions éloignées.²¹ Les effets en termes de visites et de volume d'actes sont généralisés sur le territoire.

Tableau 9. Disparités dans l'élasticité-prix estimée selon certaines caractéristiques du médecin (sexe et groupe de régions)

	JOURS TRAVAILLÉS	SEMAINES TRAVAILLÉES	VISITES	VOLUME D'ACTES
SEXE				
HOMME	0,034 (0,076)	-0,073 (0,059)	-0,342 *** (0,085)	-0,467 *** (0,081)
FEMME	-0,040 (0,076)	-0,107 * (0,057)	-0,129 (0,084)	-0,297 *** (0,082)
GROUPE DE RÉGIONS				
UNIVERSITAIRES	0,031 (0,082)	-0,123 ** (0,063)	-0,237 ** (0,102)	-0,475 *** (0,091)
PÉRIPHÉRIQUES	-0,007 (0,103)	-0,101 (0,077)	-0,296 ** (0,130)	-0,596 *** (0,121)
ÉLOIGNÉES	-0,550 *** (0,211)	-0,426 ** (0,172)	-0,900 *** (0,284)	-1,005 *** (0,245)

Source : Estimation des auteurs à partir des données RAMQ de facturation à l'acte.

Note : * p < 0,1, ** p < 0,05, *** p < 0,01. Écart-type entre parenthèses. Régions universitaires : Capitale-Nationale, Estrie, et Montréal. Régions périphériques : Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie. Régions éloignées : Bas St-Laurent, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

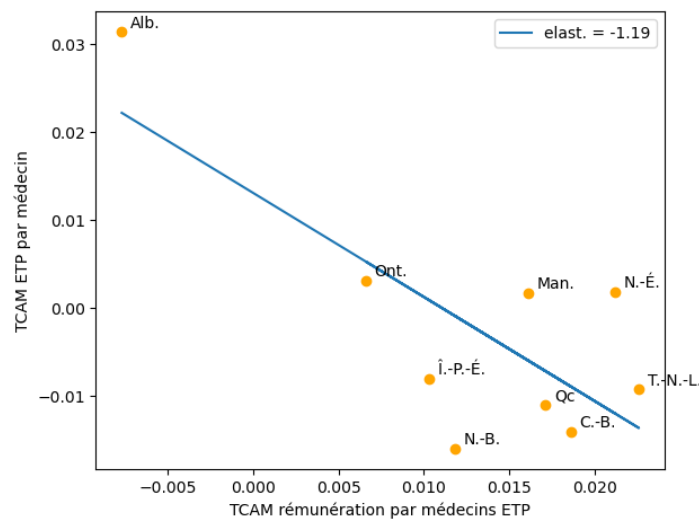
Constat 16

La hausse des prix pour les actes réalisés a eu un effet négatif dans l'ensemble sur le volume d'actes réalisés et sur le nombre de visites effectuées par les médecins au Québec. Par contre, la hausse des prix ne semble pas en cause dans la variation des jours ou semaines travaillés par les médecins au Québec.

²¹ Il est important de rappeler que l'indice de prix utilisé ne prend pas en considération la rémunération différenciée pour éviter d'introduire des biais de simultanéité liés aux choix du lieu de pratique du médecin. Par conséquent une augmentation des prix de 10 % correspond à une hausse réelle supérieure à 10 % pour les médecins des régions dites éloignées. Cela explique en partie que l'on trouve une élasticité plus forte pour ces médecins.

Finalement, nous pouvons aussi constater l'existence d'une réaction négative comparable dans une perspective canadienne. On se rappellera que l'expérience québécoise, quand elle est mise en contexte au niveau canadien, fait état d'une augmentation modérée de la rémunération (par ETP), mais d'une baisse, aussi limitée, du volume de services. En fait, il est intéressant d'examiner quelle est la relation au Canada entre d'une part la réduction de l'intensité de l'offre de services médicaux, mesurée par le ratio entre le nombre de médecins ETP et le nombre de médecins, et d'autre part l'augmentation de la rémunération par médecin ETP sur cette période. La Figure 30 montre la relation entre ces taux de croissance moyens. La relation est négative, indiquant que la hausse de la rémunération par médecin ETP semble être associée à une baisse de l'intensité d'offre de services médicaux. Ce résultat confirme ceux obtenus pour le Québec. Exprimée en élasticité, la relation est encore plus forte au niveau des provinces que celle qu'on a constatée pour le Québec (élasticité de -1,2).

Figure 30. Relation entre la croissance de la rémunération par ETP et la réduction de l'intensité de travail (ETP par médecin) 2014-2022



Source : Données BDNM- ICIS 2022. TCAM = taux de croissance annuel moyen.

Cette comparaison interprovinciale suggère que l'expérience d'offre de travail à rebroussement (*backward bending supply curve*), soit une relation inverse entre l'offre et le salaire, semble se généraliser au Canada pour les médecins; et que les provinces ayant eu la hausse de rémunération la plus forte ont aussi eu la baisse la plus forte de l'intensité mesurée en ETP par médecin. Ainsi, l'expérience canadienne semble suggérer que la politique salariale incitative ne permet pas d'augmenter l'offre de travail des médecins.

Conclusion

La rémunération des médecins constitue une composante importante des dépenses de santé dans les provinces canadiennes. Au Québec, celle-ci représente 16 % des dépenses de santé du gouvernement provincial. La province a connu, durant la période à l'étude, l'une des plus fortes hausses de la rémunération à l'acte. Toutefois, l'augmentation des dépenses a été partiellement freinée par une diminution de l'offre de services médicaux par médecin, en particulier chez les omnipraticiens. Du côté des spécialistes, l'offre de travail est demeurée relativement stable. Ainsi, les hausses de rémunération n'ont pas entraîné une augmentation du volume de soins dispensés par médecin.

De manière générale, on observe une certaine stagnation de l'offre de services médicaux chez les spécialistes et une diminution chez les omnipraticiens. Par ailleurs, la variabilité dans l'évolution de l'offre est importante et beaucoup de médecins offrent une prestation de services médicaux assez faible.

Deux facteurs expliquent cette stagflation, voire cette diminution de l'offre de services médicaux. D'une part, un certain effet de composition est à l'œuvre : un nombre croissant de médecins, notamment des femmes, ont un attachement moins marqué à la pratique clinique, ce qui se traduit par une offre de services médicaux réduite. Cependant, cet effet n'explique qu'une faible part de l'évolution observée. D'autre part, nous mettons en évidence un lien négatif robuste et important au Québec entre la rémunération et l'offre de services médicaux. Autrement dit, lorsque les tarifs des actes médicaux ont augmenté de façon générale, l'offre de services a tendu à diminuer sur la période analysée. **Dans ce contexte, une hausse de la rémunération, aux niveaux actuels, ne saurait être justifiée par le besoin de répondre à une demande non satisfaite dans la population.**

Ce lien négatif invite également à la prudence dans les comparaisons interprovinciales des dépenses au titre de la rémunération des médecins. En effet, lorsque la rémunération est à l'acte, la dépense résulte à la fois des tarifs et des volumes d'actes. Une dépense inférieure peut refléter des tarifs plus faibles, mais aussi une offre de services moindre.

En contribuant possiblement à une pratique médicale à temps partiel pour plusieurs médecins, le niveau actuel de la rémunération à l'acte pourrait accroître la pression sur les besoins en formation de nouveaux médecins afin de répondre adéquatement à la demande. Bien que les effectifs médicaux aient crû à un rythme comparable à celui des autres provinces canadiennes, la réduction de l'intensité de l'offre pourrait avoir partiellement annulé ces progrès.

Le gouvernement du Québec, de concert avec les fédérations médicales, doit œuvrer à simplifier et à rendre plus transparente la rémunération des services médicaux. Une tarification opaque complique l'évaluation des pratiques, freine les changements nécessaires et peut favoriser des usages détournés du système à des fins purement financières. L'émergence d'un secteur économique spécialisé dans l'optimisation de la rémunération médicale – comme l'a révélé le Vérificateur général du Québec (2021) – en est un symptôme préoccupant. Cette situation engendre également des coûts en temps et en argent à la Régie de l'assurance maladie du Québec, notamment en lien avec les activités de surveillance de la facturation médicale.

Au-delà de la surveillance d'indicateurs tels que ceux présentés dans ce rapport, le gouvernement du Québec doit aussi mettre en place des mécanismes pour colliger des informations sur le temps consacré par les médecins à différentes tâches, cliniques ou autres. L'objectif n'est pas uniquement de mesurer la performance, mais aussi de favoriser une compréhension commune de la pratique médicale et de son évolution. C'est en construisant cette compréhension commune que les différents acteurs pourront, ensemble, apporter des changements significatifs au bénéfice d'une population dont les besoins ne cesseront de croître dans les années à venir.

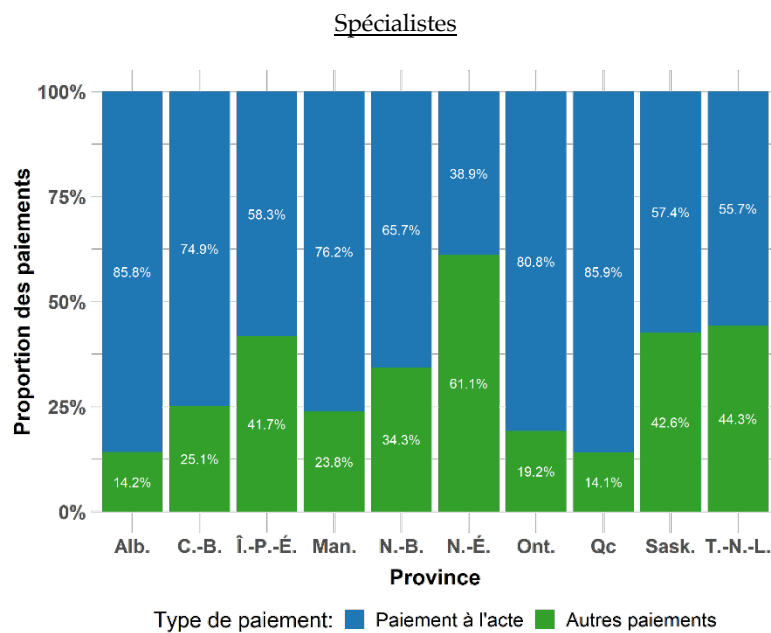
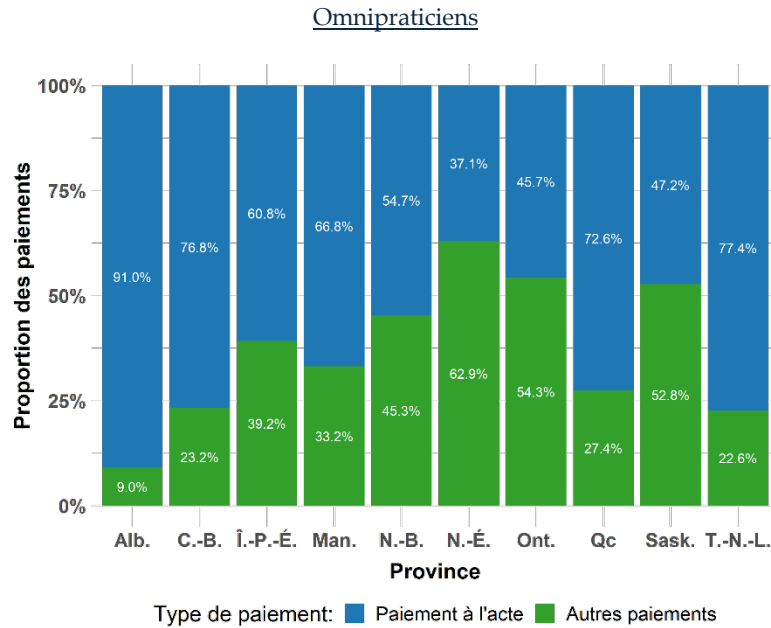
Références

- Andreassen, L., Di Tommaso, M. L., & Strøm, S. (2013). Do medical doctors respond to economic incentives? *Journal of Health Economics*, 32(2), 392–409. <https://doi.org/10.1016/J.JHEALECO.2012.12.002>
- Baltagi, B. H., Bratberg, E., & Holmås, T. H. (2005). A panel data study of physicians' labor supply: The case of Norway. *Health Economics*, 14(10), 1035–1045. <https://doi.org/10.1002/HEC.991>
- Berndt, E. R., Cutler, D. M., Frank, R. G., Griliches, Z., Newhouse, J. P., & Triplett, J. E. (2000). Medical Care Prices and Output. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics* (Vol. 1). North-Holland.
- Blundell, R., & Macurdy, T. (1999). Chapter 27 Labor supply: A review of alternative approaches. *Handbook of Labor Economics*, 3 PART(1), 1559–1695. [https://doi.org/10.1016/S1573-4463\(99\)03008-4](https://doi.org/10.1016/S1573-4463(99)03008-4)
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Duhoux, A., Hudon, C., & Vadeboncoeur, A. (2018). *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec*.
- Dubuc, A. (2019). *Rémunération des médecins: une approche économique*.
- Feldstein, M. S. (1970). The Rising Price of Physician's Services. *The Review of Economics and Statistics*, 52(2), 121. <https://doi.org/10.2307/1926113>
- ICIS (2024). *Base de données nationale sur les médecins : publication des données, 2022-2023 — notes méthodologiques*. Ottawa, ON.
- ICIS (2020). *Étude comparative des paiements versés aux médecins spécialistes du Québec et du reste du Canada en 2016-2017*. Ottawa, ON.
- Rizzo, J. A., & Blumenthal, D. (1994). Physician labor supply: Do income effects matter? *Journal of Health Economics*, 13(4), 433–453. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(94\)90012-4](https://doi.org/10.1016/0167-6296(94)90012-4)
- Somé, N. H., Fortin, B., & Shearer, B. (2024). Measuring physicians' response to incentives: Labour supply, multitasking and earnings. *Canadian Journal of Economics/Revue Canadienne d'économie*, 57(2), 622–661. <https://doi.org/10.1111/CAJE.12710>
- Vérificateur général du Québec (2021). *Rémunération des médecins : conception et gestion des nouvelles ententes. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022*.

Annexes

Comparaisons interprovinciales

Figure A.1 Proportion de paiement à l'acte et autres paiements (2022)



Source : Données BDNM, ICIS 2022.

Tableau A.1 Croissance annuelle moyenne de 2014 à 2022

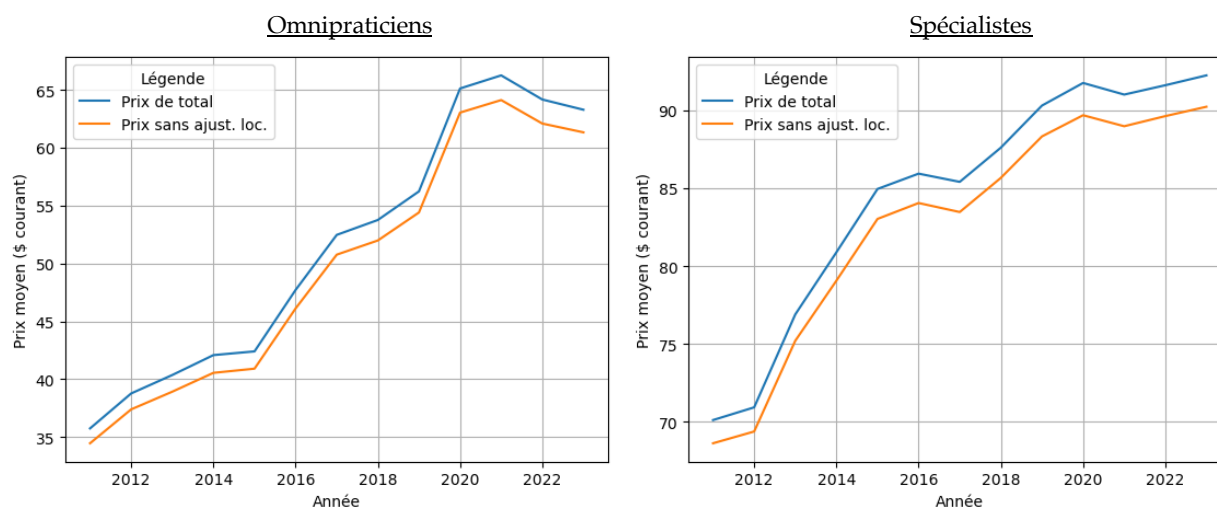
prov	Spécialistes			Omnipraticiens			Ensemble Médecins		
	Total	Actes	Autres	Total	Actes	Autres	Total	Actes	Autres
T.-N.-L.	2,3	2,5	2,1	2,4	2,5	2,2	2,4	2,5	2,1
Î.-P.-É.	4,3	3,9	5,0	3,9	2,9	5,6	4,1	3,4	5,3
N.-É.	4,0	0,3	7,1	3,8	-1,3	8,4	3,8	-0,4	7,4
N.-B.	2,9	2,9	2,7	1,9	1,2	2,7	2,4	2,2	2,7
Qc	2,2	2,4	0,8	2,7	3,5	0,9	2,4	2,8	0,9
Ont.	3,7	3,6	4,1	2,9	3,1	2,7	3,3	3,5	3,1
Man.	3,5	3,4	3,6	4,2	4,5	3,5	3,8	3,9	3,6
Sask.	4,3	2,2	7,8	2,6	-0,6	6,5	3,5	1,0	7,2
Alb.		4,7			3,9		4,3	4,3	4,3
C.-B.	4,8	4,0	7,62	3,3	2,3	7,8	4,2	3,2	7,7

Source : Données BDNM, ICIS 2022.

Note : Seules les données sur la rémunération à l'acte sont disponibles pour l'Alberta.

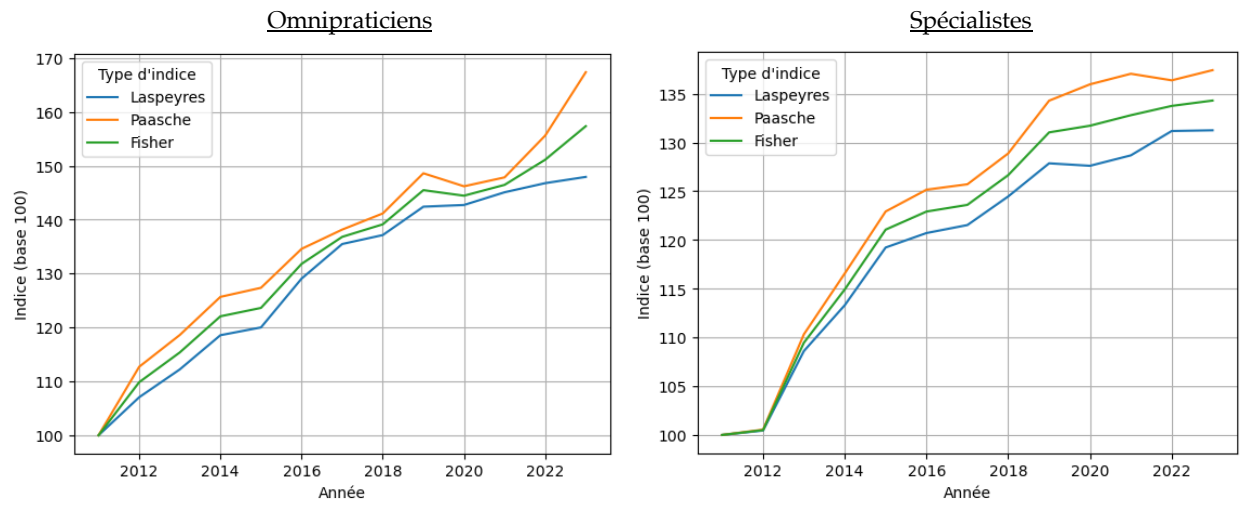
Indices de prix

Figure A.2 Indice de prix selon les composantes de prix incluses



Note : ajust : ajustement. loc : localisation.

Figure A.3 Différents indices de prix



Notes biographiques

Pierre-Carl Michaud est professeur titulaire au département d'économie appliquée de HEC Montréal et titulaire de la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques. En plus d'être fellow et vice-président du CIRANO, il est chercheur dans le programme sur le vieillissement du *National Bureau of Economic Research* aux États-Unis. Ses recherches portent sur les enjeux du vieillissement de la population; un axe important porte sur l'économie de la santé et en particulier l'évolution de la santé des populations, des dépenses de santé et des enjeux d'efficience et d'équité en santé. Ses recherches lui ont valu plusieurs prix importants dont le *Eugene Garfield Economic Impact of Medical Research Award (Research in America)*, le prix Esdras-Minville de HEC Montréal et le prix du meilleur chercheur de la Société canadienne de science économique (2017). Il est membre du Collège de la Société royale du Canada (2021) et a reçu en 2024 la médaille du couronnement du Roi Charles III.

David Benatia est professeur agrégé au département d'économie appliquée de HEC Montréal. Économètre appliqué, il possède un doctorat en économie de l'Université de Montréal et travaille sur des projets impliquant des jeux de données de grande taille et une modélisation de pointe, notamment en santé.

Nicholas-James Clavet est chercheur (professionnel de recherche) à la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques et à HEC Montréal. Détenteur d'un doctorat en économie de l'Université Laval, il est spécialiste des enjeux d'offre de travail et possède une expertise avec les grands jeux de données administratives de santé du Québec. Il a mené au cours des dernières années plusieurs projets de recherche sur l'utilisation des soins de santé, les dépenses et la main-d'œuvre en santé ainsi que le soutien à l'autonomie.

Bernard Fortin est professeur émérite en économie à l'Université Laval et fellow au CIRANO. Détenteur d'un doctorat de l'Université de Californie à Berkeley, ses recherches portent sur les questions d'économie du travail et de la santé, en particulier les enjeux de rémunération des médecins et de productivité en santé. Membre de la Société royale du Canada (2000), il a reçu pour la qualité de sa recherche le Prix Gérard-Parizeau ainsi que le prix du meilleur chercheur de la Société canadienne de science économique (1997).

Josette Rosine Aniwuvi Gbeto est doctorante en économie à l'Université Laval. Ses recherches portent sur l'économie de la santé, en particulier la rémunération des médecins et les effets de réseaux dans l'accès aux soins.