

Rapport

Évolution récente de l'offre de services médicaux des médecins au Québec : Des nouveaux constats

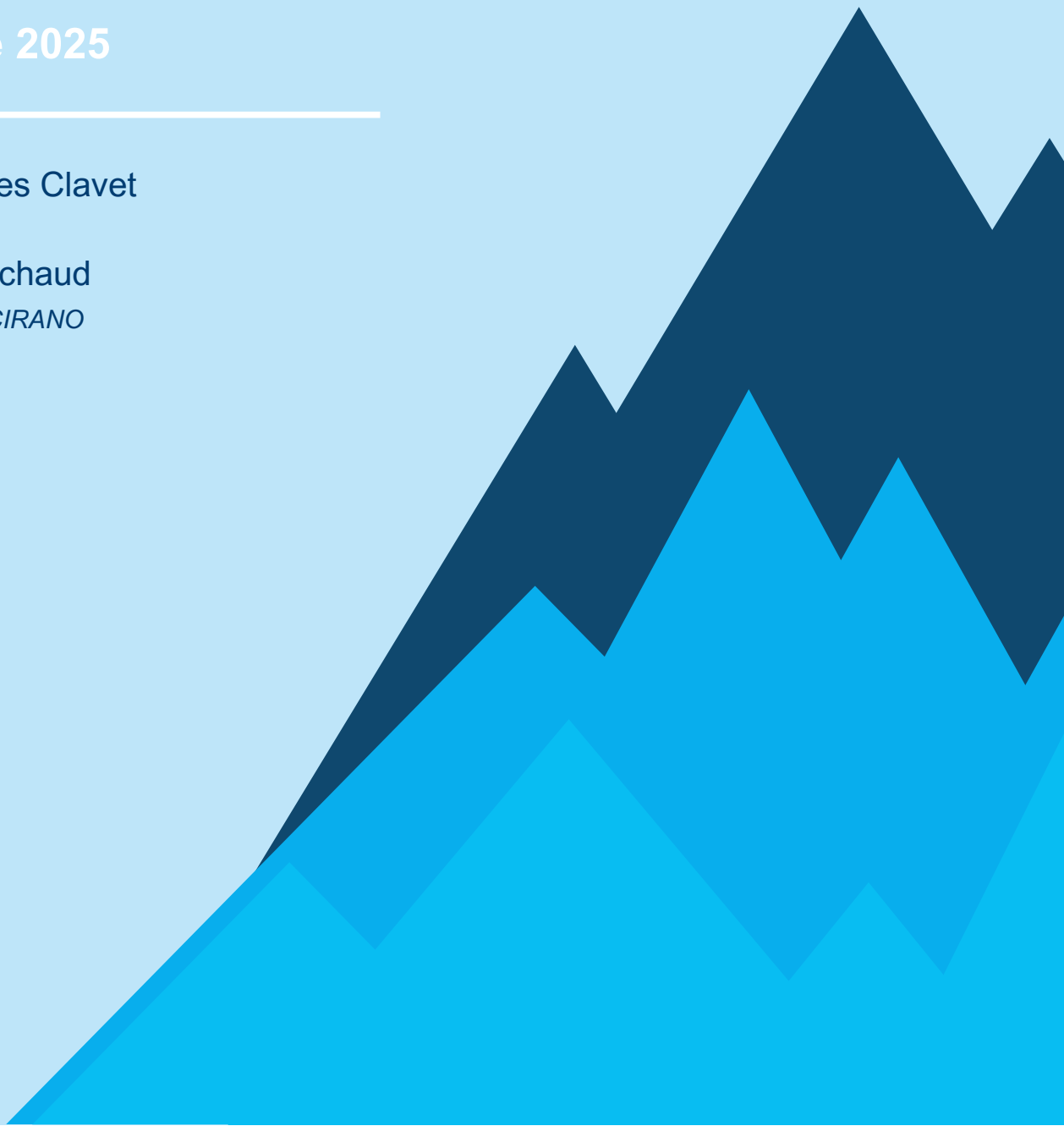
Septembre 2025

Nicholas-James Clavet

HEC Montréal

Pierre-Carl Michaud

HEC Montréal et CIRANO





Ce projet de recherche a été réalisé avec le soutien 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, attaché de recherche à la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques, pour son travail 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.

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 Nicholas-James Clavet, 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 978-2-9821971-4-5

Évolution récente de l'offre de services médicaux des médecins au Québec : Des nouveaux constats¹

Nicholas-James Clavet, HEC Montréal
Pierre-Carl Michaud, HEC Montréal et CIRANO

Septembre 2025

¹ Ce projet de recherche a été réalisé avec le soutien 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, attaché de recherche à la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques, pour son travail sur la manipulation des fichiers de la RAMQ; et David Boisclair pour le soutien administratif dans la réalisation de ce projet. Les auteurs remercient Bernard Fortin et Josette Rosine Aniwuvi Gbeto pour leurs précieux commentaires sur ce rapport. Les auteurs demeurent seuls responsables des analyses et des conclusions contenues dans ce rapport.

Table des matières

Sommaire.....	3
Objectifs du rapport.....	5
Données	7
Données de paiements.....	7
Complexité des cas et groupes d'actes	8
Période d'analyse	8
Analyse	9
Inclusion de l'ensemble des médecins et des modes de rémunération.....	9
Prise en compte des absences du travail.....	12
Comparaison avec les données de la FMOQ	16
Prise en compte de la complexité des cas	17
Groupes de vulnérabilité	20
Milieu de pratique.....	23
Omnipraticiens	23
Spécialistes	28
Nombre de jours travaillés en équivalent temps plein	30
Nombre de semaines complètes travaillées	32
Nombre de semaines complètes d'absence	34
Analyse par groupe d'actes.....	36
Omnipraticiens	37
Spécialistes	39
Profil des médecins à faible intensité	42
Références.....	48
Annexes	49
Tableaux additionnels.....	49

Sommaire

Dans ce rapport, nous revenons sur les conclusions d'un premier rapport de mai 2025 intitulé *Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec*. Le cœur de l'analyse de ce rapport portait exclusivement sur la rémunération à l'acte, puisque nous n'avions pas eu accès à temps à toutes les données de rémunération. Cette limitation dans les données nous a empêchés de tracer un portrait global de l'offre de services médicaux. Par ailleurs, nous avons identifié plusieurs limitations dans les analyses de ce premier rapport et plusieurs participants au débat public en ont mentionné d'autres. Dans les derniers mois, nous avons demandé au MSSS plusieurs ensembles de données complémentaires, et ce dernier a répondu favorablement à nos demandes. Nous avons donc réussi à peaufiner nos mesures d'offre de services médicaux. La question des médecins à plus faible intensité de pratique a également été approfondie afin de tracer le portrait de ce groupe et de mesurer le potentiel d'augmentation d'offre de services médicaux pour les patients au Québec. Ce rapport contient plusieurs analyses portant sur des points particuliers, mais trois constats majeurs ressortent.

Notre premier constat est que la prise en compte des autres modes de rémunération et des absences de longue durée a augmenté les mesures de semaines et de jours travaillés de 10 % à 25 % par rapport aux chiffres du premier rapport. Un grand nombre de médecins offre beaucoup de services médicaux à la population. Cependant, un groupe qui comprend plusieurs médecins en offre beaucoup moins. Malgré les ajouts au niveau des apports d'informations, les conclusions du premier rapport demeurent valides : en moyenne, l'offre de service globale ne peut être qualifiée d'élevée en semaines et jours travaillés à offrir des services. Les nouvelles mesures de jours en équivalent temps plein, de semaines complètes en équivalent temps plein et de semaines complètes d'absence pointent toutes dans la même direction, que ce soit chez les omnipraticiens ou les spécialistes. Néanmoins, ces nouveaux résultats mettent en lumière une réalité complexe qui ne peut être captée par une seule statistique. Une grande hétérogénéité est au rendez-vous et le rapport s'y penche en profondeur. Nous tenons à rappeler, tout comme dans le cas du premier rapport, que ces mesures ne captent pas l'offre de travail globale des médecins mais que la prestation de services médicaux à la population à l'aide des données de la RAMQ.

Notre deuxième constat majeur peut paraître surprenant. La complexité moyenne des cas vus par les médecins au Québec semble avoir diminué dans le temps malgré le vieillissement démographique. Sur la base d'indicateurs détaillés de besoins en services dans la population, nous montrons une diminution de la complexité des cas dans le temps pour un âge donné, et ce même aux grands âges. L'augmentation de l'espérance de vie et la diminution de la prévalence de plusieurs maladies au Québec peuvent y être pour quelque chose. Sur une base d'équivalent patient-type, le nombre de patients vus par les médecins semble donc avoir baissé encore davantage que ce que nous avons documenté dans le premier rapport. Nous tenons à rappeler que la réalité peut varier selon la spécialité ou la clientèle d'un médecin en particulier. Même si nous pouvons apporter des bémols à l'utilisation d'un étalon de besoins par rapport à un autre, ces résultats ne suggèrent pas une augmentation claire de la complexité moyenne des cas qui serait généralisée et qui expliquerait la baisse des volumes de services médicaux que nous avons noté au premier rapport.

Le troisième constat majeur est celui qui concerne le profil des médecins à faible intensité de pratique. Sur la base d'un indicateur utilisant les informations à propos des jours travaillés en équivalent temps plein et du nombre de patients vus, en ajustant pour les absences et en excluant certains groupes comme les médecins de 65 ans et plus, nous estimons qu'au plus 19 % des omnipraticiens et 22 % des médecins spécialistes ont un profil de pratique que l'on pourrait qualifier de faible intensité. Cependant, il faut faire attention à ces chiffres. Il y a probablement dans ce groupe des individus ayant des engagements en enseignement ou dans d'autres activités qui ne sont pas captés par nos mesures. D'autres agissent dans des milieux complexes avec des tâches administratives importantes. Il s'agit donc d'une borne supérieure au nombre de médecins à faible intensité de pratique, en excluant les médecins de 65 ans et plus et ceux œuvrant en régions nordiques. Autrement dit, même en étant très sévère sur la définition d'un médecin avec une faible intensité, on ne peut identifier plus de 20 % des médecins dans cette catégorie. Ces médecins sont légèrement plus âgés et davantage des femmes, mais sont éparpillés un peu partout en termes de mode de rémunération, de milieu de pratique et de régions. Si la moyenne des services médicaux offerts par les médecins à faible intensité augmentait de manière à converger vers la moyenne de leurs collègues à intensité élevée, le nombre de médecins en équivalent temps plein augmenterait de 14,4 %, le nombre de visites de 8,5 % et le volume d'actes de 8,4 % chez les omnipraticiens. Chez les spécialistes, ces hausses seraient de 15,1 % pour le nombre de médecins en équivalent temps plein, de 18,5 % pour le nombre de visites et de 18,3 % pour le volume d'actes. Ces chiffres sont des bornes supérieures aux gains potentiels réalisables si tous les médecins à faible intensité convergeaient vers la moyenne des médecins à intensité de pratique élevée. Ils illustrent qu'il existe effectivement des gains potentiels en termes d'offre de services en complément aux efforts de formation de nouveaux médecins pour faire face aux défis que pose le vieillissement démographique au Québec. Cependant, il nous est impossible, sur la base des données que nous avons à notre disposition, de déterminer si ces gains sont réalisables, et de juger des moyens réalisables pour y parvenir.

Objectifs du rapport

Ce rapport vise à bonifier les constats de la publication « Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec ». En effet, plusieurs éléments n'ont pu être abordés dans le rapport initial.² Puisque nous avons reçu plusieurs nouvelles bases de données depuis ce rapport, nous jugeons utile de revenir sur ces éléments. Par ailleurs, nous souhaitons aussi revenir sur certaines suggestions que nous avons reçues depuis la publication du premier rapport.

En premier lieu, nous n'avions pas les données sur tous les modes de rémunération dans le cadre de la rédaction du premier rapport. Donc, nous avons dû nous en tenir aux médecins rémunérés à l'acte. Cela peut fausser la représentation de l'offre de travail des médecins, puisque plusieurs évoluent en mode de rémunération mixte et ont aussi recours à d'autres modes de rémunération (p.ex. vacation, salaire). Nous avons maintenant l'ensemble des données de rémunération des médecins au Québec.

Deuxièmement, nous n'avions pu prendre en compte les médecins avec des absences prolongées et d'autres types d'absence durant l'année, comme les congés de maternité. Nous ne prenons pas en compte les débuts et fins de carrière. À l'aide des données auxquelles nous avons maintenant accès et des conseils que nous avons reçus de plusieurs intervenants, nous sommes maintenant en mesure de faire ces ajustements. Nous proposons également une manière de traiter ces situations afin de produire des mesures d'équivalent annuel pour les médecins concernés.

Troisièmement, une faiblesse potentielle de l'analyse du premier rapport est qu'elle ne prend pas en compte l'évolution des caractéristiques de la clientèle vue par les médecins. Une raison souvent entendue pour justifier la diminution du volume de patients rencontrés est qu'un patient prend en moyenne davantage de temps à voir qu'auparavant, en particulier en raison de la lourdeur accrue des cas. Il est a priori difficile de mesurer la lourdeur des cas. On ne peut mesurer le temps requis à passer avec chaque patient. Le temps à passer avec un patient augmente probablement avec l'âge. Étant donné le vieillissement de la population, il est naturel de penser que la lourdeur des cas augmente. Or, l'âge n'est pas suffisant pour mesurer la lourdeur. Nous avons utilisé une classification des patients basée sur leur utilisation du système de santé. Cette classification appelée Grouper-POP, d'abord développée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a été appliquée par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) à la population québécoise. Cela permet de classer chaque patient dans un profil de santé, et d'obtenir une échelle d'utilisation des services médicaux qui peut être appliquée aux différentes années de la période d'analyse afin de suivre l'évolution de la « lourdeur » de la clientèle.

Quatrièmement, nous avons voulu développer des mesures additionnelles d'offre de services médicaux qui répondent à certaines préoccupations formulées depuis juin 2025. D'abord, nous avons développé une mesure de facturation, incluant tous les modes de rémunération, en

² Le rapport peut être consulté à la page : <https://cjp.hec.ca/offre-de-services-medicaux-et-de-la-remuneration-des-medecins/>

équivalent temps plein au niveau journalier. Cela permet d'éviter l'arbitraire de définir un seuil de facturation minimal (comme dans la « définition restrictive » du premier rapport), mais aussi de prendre en compte la possibilité que certains médecins concentrent leur activité sur quelques journées de la semaine, tout en traitant un nombre équivalent de patients à celui traité par un médecin qui offrirait ses services sur plusieurs jours. Nous avons aussi développé des mesures de semaines complètes de travail, en équivalent temps plein, et de semaines complètes d'absences.

Cinquièmement, nous avons voulu regarder l'évolution de la pratique selon différents groupes d'actes médicaux. Par exemple, la distinction entre la consultation et la chirurgie semble être importante pour les spécialistes. Pour ce faire, nous avons demandé à l'ICIS de nous fournir sa classification des actes médicaux pour le Québec, afin de les regrouper et de tracer le portrait de leur évolution selon la spécialité. On pourrait également soupçonner que la pratique médicale varie selon le milieu de pratique. Ainsi, nous avons étendu notre analyse afin d'examiner l'hétérogénéité de l'offre de services médicaux selon le milieu de pratique.

Sixièmement, nous avons tenté d'identifier le profil des médecins pour lesquels l'intensité de pratique pourrait être considérée comme faible. Nous proposons une définition, qui exclut certains groupes et qui ajuste les mesures pour plusieurs spécificités. Nous analysons ensuite le profil de ce groupe de médecins, et nous estimons l'effet potentiel d'un rehaussement de l'intensité de pratique chez les médecins à faible niveau d'activité sur l'offre globale de services médicaux.

Données

Données de paiements

En plus des données sur la facturation à l'acte (MOD), nous disposons maintenant des données administratives suivantes pour les années budgétaires 2018-2019 à 2023-2024 :

- Transactions forfaitaires (GUU4)
- Paiements des forfaits (GUU2)
- Paiements des mesures incitatives (RMI)
- Paiements des mesures particulières (RMP)
- Rémunération mixte (RMX)
- Rémunération à salaire (RPS)
- Rémunération à vacation (RVP)
- Rémunération des services de laboratoire en établissement (SLE)

Les transactions forfaitaires correspondent aux montants redistribués aux médecins à la suite de surplus budgétaires. Les paiements de forfaits regroupent plusieurs types de forfaits versés aux omnipraticiens, notamment les forfaits d'inscription de la clientèle et les forfaits de prise en charge. Les mesures incitatives correspondent aux paiements liés principalement à la formation continue et aux primes d'éloignement. Les paiements de mesures particulières correspondent à des avantages sociaux sous forme de congé de maternité et de mesures générales. Le fichier de rémunération mixte concerne les « per diem » versés aux médecins rémunérés selon le mode mixte – la partie de la rémunération mixte liée directement aux actes est incluse dans le fichier de facturation à l'acte. Les fichiers de rémunération à salaire et à vacation contiennent les paiements liés aux médecins relevant de ces deux modes de rémunération. La rémunération à vacation consiste à payer un médecin selon le temps passé à effectuer une tâche ou à offrir un service. À la différence de la rémunération à salaire, ce mode de rémunération repose sur le paiement pour des tâches ou des périodes de travail ponctuelles, plutôt que dans le cadre d'un emploi régulier. Enfin, le fichier de rémunération des services de laboratoire en établissement contient les paiements effectués à des médecins spécialistes qui travaillent dans des unités hospitalières ou cliniques chargées d'analyser des échantillons (comme du sang ou de l'urine).

Tous ces fichiers fournissent notamment de l'information sur l'identifiant du médecin, l'identifiant du patient (s'il y a lieu), la date et le lieu où les services sont fournis et bien sûr le montant des paiements. L'ensemble des données mentionnées sont combinées afin d'obtenir une base de données par médecin et par année qui regroupe de l'information sur le mode de rémunération, les milieux de pratique, les jours et semaines travaillés, le nombre de semaines d'absence et certaines raisons pour celles-ci, le nombre de patients vus, la complexité des cas des patients, le nombre de visites reçues, les types d'actes réalisés et le volume de ceux-ci. Les analyses qui seront faites pour une seule année le seront pour l'année civile la plus récente disponible, soit 2023.

Complexité des cas et groupes d'actes

La complexité des cas est mesurée à partir des données du Grouper POP qui classifie chaque personne au sein de la population québécoise dans un profil qui inclut un indicateur d'utilisation des ressources du système de santé. Cet indicateur tient compte des coûts liés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux services d'urgence, à la rémunération des médecins du secteur public et aux soins de longue durée. Enfin, nous avons utilisé le Système de groupement national (SGN) de l'ICIS afin de classer les actes par groupe. Nous reviendrons sur l'utilisation de ces données dans la section d'analyse sur la complexité des cas.

Période d'analyse

Malgré la grande richesse de nos données, notre analyse est limitée par l'étendue de la période de disponibilité des données. Pour les données de rémunération à l'acte, nous disposons de données allant des années budgétaires 2010-2011 à 2023-2024. Tel que mentionné précédemment, cette période de données est plus courte pour les nouvelles données à notre disposition, qui vont de 2018-2019 à 2023-2024. Ainsi, seules certaines variables sont disponibles avant 2018-2019. Ces variables correspondent au nombre de patients vus, à la complexité des cas des patients, au nombre de visites reçues, aux types d'actes réalisés et au volume de ceux-ci. Pour les nombres de jours et de semaines travaillés, les raisons d'absence, les milieux de pratique et le mode de rémunération, nous perdons beaucoup de précision – ou il est même complètement impossible d'obtenir des résultats – avant 2018-2019. Une autre complication est que nous utilisons des années civiles dans nos analyses plutôt que des années budgétaires. Cela nous limite donc à l'année 2019 pour les variables mentionnées. En somme, nous débutons nos analyses à partir de 2015 pour les variables disponibles avant 2019 et nous débutons en 2019 pour les autres. Nous avons décidé de revenir seulement à 2015, bien que nous aurions pu revenir à une année antérieure, car il nous apparaîtrait plus utile de nous intéresser à l'horizon des 10 dernières années.

Analyse

Inclusion de l'ensemble des médecins et des modes de rémunération

Dans le premier rapport, nous avons dû restreindre notre analyse aux médecins rémunérés à l'acte. Grâce aux nouvelles données reçues, nous avons pu ajouter les médecins rémunérés en mode mixte, à vacation et à salaire dans notre analyse. Nous avons donc 8 270 omnipraticiens en 2023, dans le rapport précédent, alors que nous comptons maintenant 10 442 omnipraticiens dans notre champ d'analyse. Chez les spécialistes, nous n'avions que 5 237 médecins sur les 10 877 actuellement inclus dans nos données.

Le Tableau 1 présente la répartition des médecins omnipraticiens et spécialistes selon le mode de rémunération principal et secondaire en 2023. On remarque dans ce tableau que la grande majorité des omnipraticiens sont principalement rémunérés à l'acte (68,7 %). Seuls 15,7 % des omnipraticiens sont principalement rémunérés en mode mixte, 13,7 % à vacation et 1,9 % à salaire. Malgré tout, seulement 22,3 % des omnipraticiens sont seulement rémunérés à l'acte (aucun mode de rémunération secondaire). En fait, une majorité d'omnipraticiens (69,5 %) ont plus d'un mode de rémunération. Cette proportion est encore plus forte lorsqu'on considère les forfaits d'inscription de la clientèle et ceux de prise en charge comme une rémunération à vacation. Cette proportion passe alors à 82,0 % et la proportion d'omnipraticiens uniquement rémunérés à l'acte passe à 11,7 %. Chez les spécialistes, la rémunération à vacation, en tant que mode principal, est quasi inexistante (0,8 %). Les modes principaux de rémunération à l'acte et mixte ont, quant à eux, des parts similaires (50,3 % contre 48,9 %). Les modes de rémunération purs (sans mode secondaire) sont également plus présents chez les spécialistes que chez les omnipraticiens³. Cette proportion est égale à 51,0 % chez les spécialistes, contre 30,5 % chez les omnipraticiens (en excluant les mesures incitatives des modes de rémunération).

³ Il n'existe pas de mesures incitatives, à proprement parler, chez les médecins spécialistes.

Tableau 1. Nombre de médecins et répartition selon le mode de rémunération et le type de médecin en 2023

Mode de rémunération		Omnipraticiens		Spécialistes	
Principal	Secondaire	Nombre	Proportion (en %)	Nombre	Proportion (en %)
Acte	Aucun	2 324	22,3	3 364	30,9
	Vacation	4 828	46,2	2 113	19,4
	Autre	17	0,2	-	-
	Ensemble	7 169	68,7	5 476	50,3
Mixte	Aucun	368	3,5	2 187	20,1
	Vacation	1 261	12,1	3 129	28,8
	Autre	9	0,1	-	-
	Ensemble	1 638	15,7	5 316	48,9
Vacation	Aucun	296	2,8	20	0,2
	Acte	1 034	9,9	64	0,6
	Autre	103	1,0	-	-
	Ensemble	1 433	13,7	84	0,8
Salaire	Ensemble	202	1,9	-	-
Total		10 442	100,0	10 877	100,0

Le Tableau 2 présente plusieurs mesures d'offre de services médicaux, en 2023, selon le type de médecins (omnipraticiens et spécialistes). On y compare les résultats du premier rapport aux nouveaux résultats basés sur l'ensemble des médecins.

En premier lieu, on constate que l'ajout des médecins n'étant pas rémunérés à l'acte et l'inclusion des autres modes de rémunération dans le calcul des statistiques entraînent une augmentation du nombre de semaines et de jours travaillés⁴. L'effet est plus marqué chez les omnipraticiens (environ 10 %) que les spécialistes (environ 5 %). On observe une augmentation de la proportion de médecins travaillant 5 jours et plus par semaine. Cette augmentation est importante chez les omnipraticiens (12 à 17 p.p.), alors qu'elle est plus faible chez les spécialistes (2 à 5 p.p.), qui avaient déjà une proportion plus élevée dans notre premier rapport. Finalement, l'ajout des autres médecins a un effet négatif sur le nombre de visites et de patients et sur le volume d'actes. Cet effet plus marqué chez les spécialistes (environ 20 %) que chez les omnipraticiens (environ 5 %). On peut donc en déduire que les médecins rémunérés selon les autres modes de rémunération ont en moyenne un nombre de visites et de patients moindre.

⁴ Pour la **définition restrictive** du nombre de jours travaillés, 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 à l'acte par médecins selon le type de médecin 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. Pour la **définition inclusive**, nous considérons une journée travaillée dès que 1 \$ a été facturé durant cette journée.

Tableau 2. Moyenne des indicateurs d'offre de services médicaux, en 2023, selon le type de médecin et le groupe inclus dans l'analyse

Indicateurs	Omnipraticiens				Spécialistes			
	Médecins à l'acte (Premier rapport)	Ensemble des médecins	Différence		Médecins à l'acte (Premier rapport)	Ensemble des médecins	Différence	
			Val.	En %			Val.	En %
Semaines travaillées (en nombre)								
Inclusif	41	42	1	2,4	40	42	2	5,0
Restrictif	38	41	3	7,9	38	40	2	5,3
Jours travaillés								
Inclusif	170	188	18	10,6	172	184	12	7,0
Restrictif	135	158	23	17,0	146	153	7	4,8
Jours travaillés par semaine (en %)								
Inclusif								
1	4	3	-1	-	5	3	-2	-
2	7	5	-2	-	8	6	-2	-
3	16	10	-6	-	11	9	-2	-
4	42	32	-10	-	27	27	0	-
5+	32	49	17	-	50	55	5	-
Restrictif								
1	10	4	-6	-	8	7	-1	-
2	11	8	-3	-	10	8	-2	-
3	27	20	-7	-	17	16	-1	-
4	41	45	4	-	41	43	2	-
5+	11	23	12	-	24	26	2	-
Patients	1 120	1 066	-54	-4,8	1 403	1 173	-230	-16,4
Visites	2 186	2 102	-84	-3,8	2 743	2 197	-546	-19,9
Visites par jour	12	10	-2	-16,7	14	11	-3	-21,4
Volume d'actes	95 448	90 264	-5 184	-5,4	249 996	201 728	-48 268	-19,3
Nb. de médecins	8 270	10 442	2 172	26,3	5 237	10 877	5 640	107,7

Note : Voir note de bas de page No 4 pour une explication des définitions inclusives et restrictives.

Prise en compte des absences du travail

Une deuxième bonification apportée à notre analyse consiste à tenir compte des absences prolongées, ainsi que des débuts et fins de carrière. La Figure 1 illustre la proportion de médecins ayant été absents de manière prolongée en 2023. Au total, environ 20 % des médecins (21,8 % chez les omnipraticiens et 19,3 % chez les spécialistes) ont connu une année de pratique incomplète en raison d’une absence prolongée. La répartition montre que les début et fin de carrière représentent environ 10 % du nombre de médecins (donc à peu près la moitié des absences). Les congés de maternité représentent une proportion faible. La catégorie la plus importante est celle des absences de 6 semaines et plus, sans qu’une raison précise puisse être identifiée. Il peut s’agir de congés de maladie, de vacances prolongées ou bien de séjours hors du régime de la RAMQ. Malheureusement, il est impossible d’approfondir davantage l’analyse de cette catégorie d’absence, qui représente néanmoins plus de 8 % des médecins en 2023. La Figure 2 présente l’évolution de la proportion de médecins absents selon la cause d’absence de 2019 à 2023. On remarque très peu de variations dans le temps. Chez les omnipraticiens, il y a une hausse des retraites (fin de carrière), alors que chez les spécialistes, c’est plutôt la catégorie des absences prolongées (autres raisons) qui est en augmentation. Malgré tout, cette augmentation est plutôt faible.

Figure 1. Proportion de médecins (en %) absents du travail, en 2023, selon le type de médecin et la cause d’absence

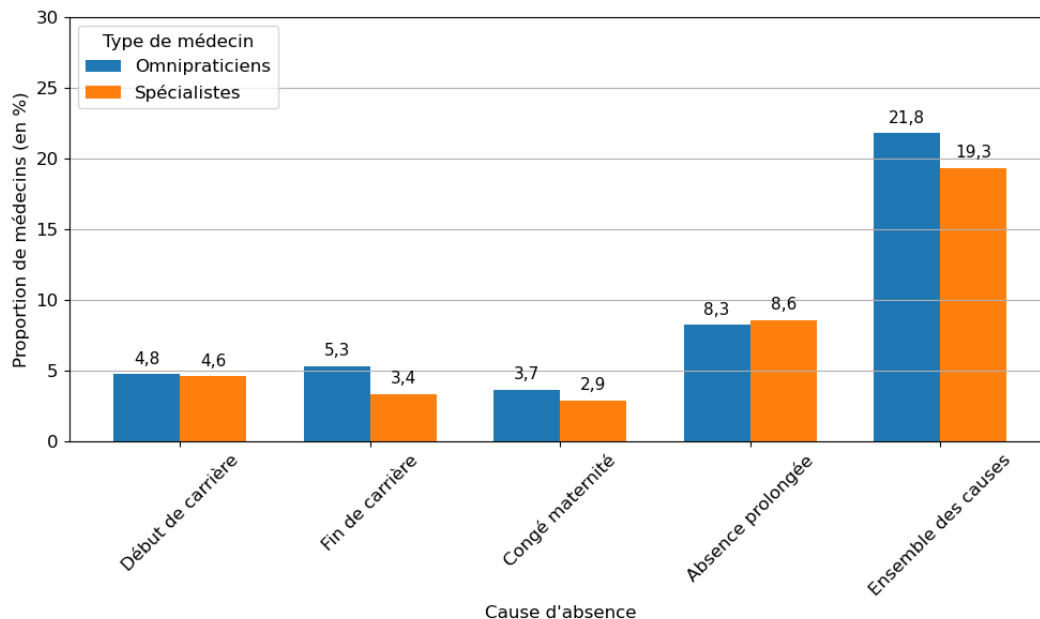
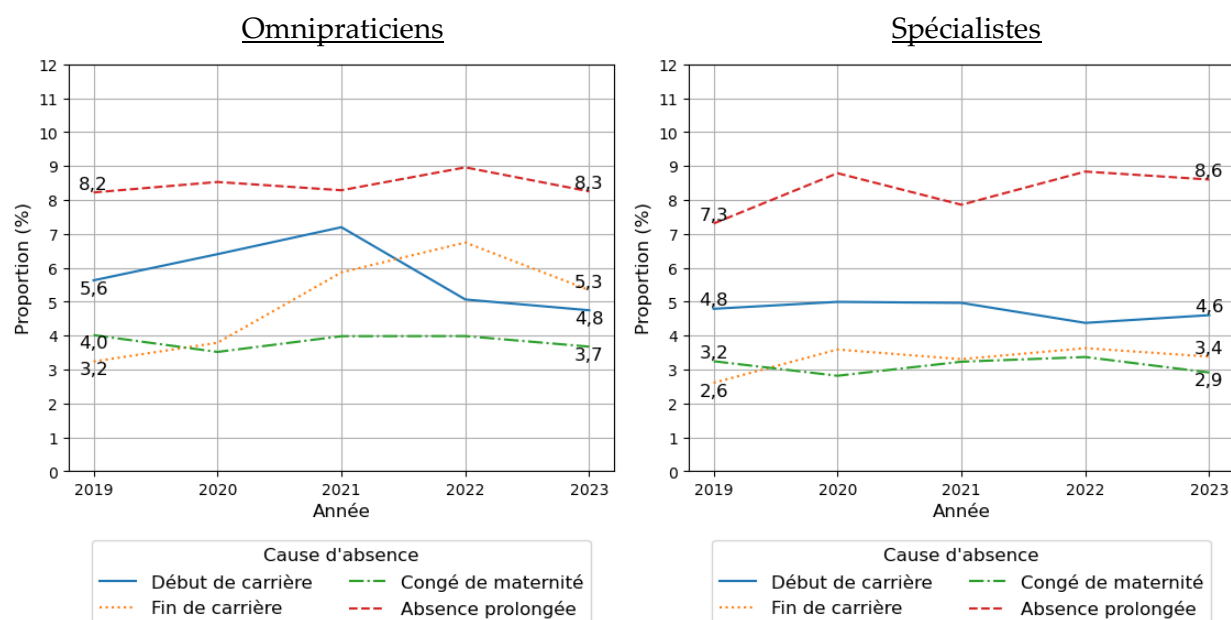


Figure 2. Évolution de la proportion de médecins absents selon le type et la cause d'absence



Nous pouvons maintenant examiner l'effet de ces absences sur les statistiques d'offre de services. L'une des approches possibles serait d'exclure les médecins ayant connu une absence prolongée. Or, cette approche est imparfaite dans la mesure où l'offre de services de ces médecins, en dehors des périodes d'absence, est potentiellement différente de celle des médecins sans absence prolongée. L'effet de cette approche est présenté en annexe. Nous avons donc opté pour une approche qui consiste à ajuster les données afin de tenir compte de l'absence à l'intérieur de l'année. Ainsi, nous excluons de nos statistiques les journées à zéro durant cette absence et nous projetons l'offre de services sur l'ensemble de l'année. Par exemple, si un médecin a travaillé 100 jours sur 200 jours ouvrables et qu'il a connu une absence prolongée de 50 jours, sa durée d'offre de services est de 100 jours. Toutefois, sa durée d'offre de services ajustée est de $100 + (100/200) \times 50 = 125$ jours, sur une base d'équivalent année. Le Tableau 3 montre pour les omnipraticiens l'effet de cette approche par rapport aux mesures obtenues au Tableau 2, où nous avons considéré l'ensemble des médecins sans égard à leur mode de rémunération. Il s'agit donc de l'effet incrémental de la prise en compte des absences.

Tableau 3. Moyenne des indicateurs d'offre de services médicaux, en 2023, pour les omnipraticiens selon la cause d'absence

Indicateurs	Ensemble des médecins	Ajust. année partielle	Différence		Sous-groupes				
					Sans cause d'absence	Avec cause d'absence			
			Val.	En %		Début carrière	Fin carrière	Congé mat.	Absence prolongée
Semaines travaillées									
Inclusif	42	47	5	11,9	48	44	37	45	37
Restrictif	41	44	3	7,3	46	42	34	41	34
Jours travaillés									
Inclusif	188	207	19	10,1	218	195	128	192	137
Restrictif	158	172	14	8,9	180	168	101	157	119
Jours travaillés par semaine (prop. en %)									
Inclusif									
1	3	2	-1	-	1	5	16	1	11
2	5	4	-1	-	3	4	19	4	13
3	10	10	0	-	8	7	22	12	20
4	32	34	2	-	33	31	28	42	31
5+	49	49	0	-	55	53	15	42	25
Restrictif									
1	4	4	0	-	3	5	17	1	10
2	8	7	-1	-	6	2	27	7	14
3	20	21	1	-	19	19	27	26	27
4	45	45	0	-	47	52	23	51	33
5+	23	23	0	-	25	22	6	15	16
Patients	1 066	1 106	40	3,8	1 220	1 157	683	1 116	690
Visites	2 102	2 206	104	4,9	2 440	1 805	1 175	1 835	1 164
Visites par jour	10	11	1	10,0	11	21	16	18	11
Volume d'actes	90 264	95 680	5 416	6,0	104 147	115 390	49 240	81 161	47 785
Nb. de médecins	10 442	10 058	-384	-3,7	8 166	347	415	329	801

Note : Voir note de bas de page no 4 pour une explication des définitions inclusives et restrictives.

Bien sûr, en prenant en compte les absences, le nombre de semaines travaillé en moyenne augmente pour les omnipraticiens. Mais il n'augmente pas autant que si nous avions simplement exclu les médecins avec une absence. La raison est que ces médecins ont une pratique moins intensive, même en période où ils sont présents durant l'année. Les médecins avec une absence prolongée ont 37 semaines de travail sur une base annualisée, alors que la moyenne pour ceux n'ayant pas d'absence est de 48. L'effet net de la prise en compte des absences sur les variables d'offre de services est donc plus faible qu'on aurait pu anticiper. Il en est de même au Tableau 4 pour les spécialistes.

Tableau 4. Moyenne des indicateurs d'offre de services médicaux, en 2023, pour médecins spécialistes selon la cause d'absence

Indicateur	Ensemble des médecins	Ajust. année partielle	Différence		Sous-groupes				
					Sans cause d'absence	Avec cause d'absence			
			Val.	En %		Début carrière	Fin carrière	Congé mat.	Absence prolongée
Semaines travaillées									
Inclusif	42	46	4	9,5	46	39	38	46	38
Restrictif	40	43	3	7,5	44	37	33	42	35
Jours travaillés									
Inclusif	184	204	20	10,9	207	171	133	197	144
Restrictif	153	167	14	9,2	170	143	105	153	124
Jours travaillées par semaine (prop. en %)									
Inclusif									
1	3	2	-1	-	1	3	11	0	12
2	6	5	-1	-	5	9	19	2	13
3	9	8	-1	-	8	11	20	11	14
4	27	26	-1	-	26	27	28	46	28
5+	55	58	3	-	60	50	22	40	32
Restrictif									
1	7	6	-1	-	6	6	19	1	13
2	8	7	-1	-	6	13	20	7	13
3	16	17	1	-	15	16	25	32	20
4	43	42	-1	-	44	41	24	48	36
5+	26	28	2	-	28	25	12	11	17
Patients	1 173	1 228	55	4,7	1 332	963	845	1 250	774
Visites	2 197	2 327	130	5,9	2 508	1 660	1 381	2 121	1 394
Visites par jour	11	12	1	9,1	12	21	17	21	13
Volume d'actes	201 728	213 385	11 657	5,8	230 030	174 502	121 482	184 094	131 648
Nb. de médecins	10 877	10 628	-249	-2,3	8 774	415	289	265	885

Note : Voir note de bas de page no 4 pour une explication des définitions inclusives et restrictives.

Comparaison avec les données de la FMOQ

Dans son Portrait 2024 de la médecine familiale (FMOQ, 2024), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) présente des calculs au sujet de la charge de travail des médecins omnipraticiens. D'abord, cette dernière fait état de 6 784 médecins à temps complet et de 3 093 médecins à temps partiel. Donc, il y a 9 877 médecins omnipraticiens dans les données de la FMOQ. Nous avons 10 442 médecins omnipraticiens. La distinction entre médecins à temps complet et à temps partiel de la FMOQ est basée sur 175 jours de facturation (définition inclusive d'un minimum de 1 \$ facturé par jour). Ainsi, 31,3 % des omnipraticiens facturent moins de 175 jours par année et 68,7 % facturent 175 jours ou plus selon la FMOQ. En n'ajustant pas nos chiffres pour les causes d'absence, nous obtenons que 33,4 % des omnipraticiens facturent moins de 175 jours. Le nombre moyen de jours avec facturation parmi le groupe à temps partiel est de 107,3 jours selon la FMOQ; nous obtenons un nombre équivalent de 96,4 jours. Parmi ceux à temps complet, la FMOQ calcule un nombre moyen de 231,3 jours; nous obtenons 234,3 jours. Ainsi, ces chiffres concordent de manière générale. Le nombre moyen de jours travaillés dans les données de la FMOQ est par ailleurs de 192 jours, alors que le chiffre comparable obtenu à l'aide de nos calculs est de 188 jours. Ainsi, ces chiffres concordent encore une fois. Selon la FMOQ, 1 782 médecins étaient absents durant l'année en raison du début de leur pratique, de la fin de celle-ci, d'un congé de maternité ou d'un congé de plus de 45 jours d'absence consécutifs (18 % de tous les omnipraticiens). Dans notre échantillon, le chiffre comparable est de 1 892 (18% de tous les omnipraticiens). La répartition est sensiblement la même avec une surreprésentation dans nos données de médecins absents pour d'autres raisons, alors que l'attribution aux congés de maternité semble plus élevée dans les données de la FMOQ. À ce stade, nous concluons donc que les données utilisées et présentées sont sensiblement harmonisées avec celles de la FMOQ en ce qui a trait à ces mesures.

Prise en compte de la complexité des cas

Le Québec connaît un vieillissement démographique. Si le temps requis pour voir un patient augmente avec l'âge, le temps moyen passé avec un patient augmente en conséquence. Ceci pourrait expliquer pourquoi les médecins, et en particulier les omnipraticiens, voient moins de patients qu'auparavant. En parallèle à ce vieillissement démographique, il peut y avoir des changements au niveau de la composition des patients en termes de maladies et comorbidités. Puisque l'espérance de vie augmente, il se peut même que les patients à un âge donné soient en meilleure santé que par le passé. *A priori*, il n'est pas facile de tracer un profil de santé des patients vus par les médecins. Or, il existe une méthodologie de regroupement de la population, nommée Grouper POP, qui permet de faire cela en utilisant des données cliniques individuelles. Cette méthodologie a été développée par l'ICIS, mais elle est appliquée par l'INESSS au Québec. Celle-ci considère 226 affections/maladies⁵ et elle classe les individus selon 164 branches de profil de santé⁶. Nous séparons ensuite les branches selon le nombre d'affections diagnostiquées chez un individu, puisque ce nombre influence l'utilisation des ressources et la complexité des cas. Ce nombre est également inclus dans les données du Grouper POP.

En somme, nos profils correspondent à l'ensemble des combinaisons possibles entre les branches de GPS et sept 7 regroupements de nombre d'affections⁷. Au total, nous obtenons 1148 profils. L'attribution d'un profil est faite à partir des trois années les plus récentes. Par exemple, le profil d'un patient i à l'année t , s_{it} , est basé sur l'utilisation des soins de santé de l'année $(t - 2, t - 1, t)$. À chacun des profils s est associé un poids $c_t(s)$ qui mesure l'intensité relative des coûts de santé dans l'année t . Nous prenons l'année 2015 comme point de départ de notre analyse.⁸ Nous faisons l'hypothèse que le temps requis par patient est croissant avec cet indicateur de coût. Nous fixons donc les poids $c_t(s) = c_{2015}(s)$. Nous normalisons ensuite la valeur de ces poids pour que la moyenne des poids dans l'année 2015 soit égale à 1. La moyenne des poids correspond à l'équation suivante :

$$\bar{c}_{2015} = \frac{1}{N_{2015}} \sum_i c_{2015}(s_{it})$$

Nous normalisons donc les poids afin d'obtenir une moyenne égale à 1 :

$$w(s) = \frac{c_{2015}(s)}{\bar{c}_{2015}}$$

⁵ Voir ICIS (2023) pour la liste complète des affections/maladies.

⁶ Étant donné les besoins spécifiques de ce rapport, nous utilisons les branches plutôt que les groupes de profil de santé (GPS), puisque les branches regroupent les affections qui sont semblables sur le plan clinique et qui exigent des ressources équivalentes.

⁷ Voici la liste complète des regroupements de nombre d'affections : 0 à 2, 3 à 5, 6 à 8, 9 à 11, 12 à 14, 15 à 19, et 20 et plus.

⁸ L'INESSS effectue ses calculs sur la base d'une année budgétaire. Lorsque nous faisons référence à l'année 2015 pour la pondération du Grouper POP, il est en fait question de l'année budgétaire 2015-2016.

Nous pouvons calculer w à partir des poids du Grouper POP, mais aussi à partir des sommes facturées (à l'acte) par les médecins à la RAMQ pour chacun des profils s . Nous allons effectuer les calculs à partir de ces deux sources de données afin de valider la robustesse des conclusions.

Par la suite, nous calculons le nombre de patients pondérés vus par chaque médecin dans l'année t en utilisant

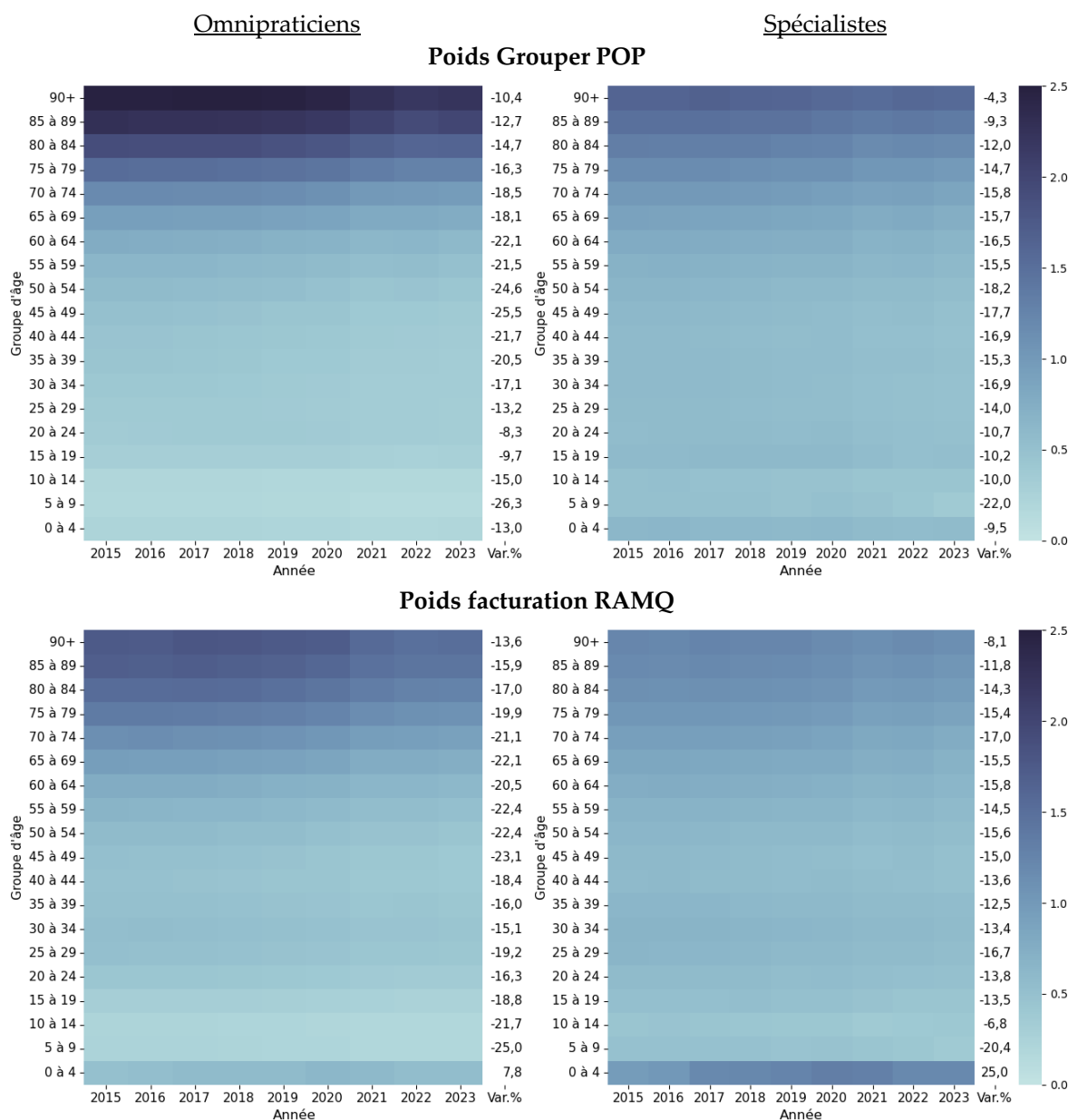
$$n_{jt} = \sum_{i \in N_{jt}} w(s_{it})$$

où N_{jt} est l'ensemble des patients vus par le médecin j dans l'année t . Même si le nombre de patients vus dans l'année 2015 est égal au nombre de patients pondérés (par construction), il pourra évoluer de manière différente durant les années subséquentes.

Si l'état de santé moyen des patients s'améliore avec le temps (menant à des patients à plus faibles coûts en moyenne), le nombre de patients pondérés sera plus faible que le nombre de patients non pondérés et vice-versa. À la Figure 3 nous commençons par montrer l'évolution des poids moyens par groupe d'âge en utilisant les deux ensembles de poids, soit les poids basés sur les coûts totaux dans le Grouper POP et les poids basés sur les sommes facturées (à l'acte) par les médecins à la RAMQ en 2015. Dans les deux cas, il y a une amélioration moyenne des poids pour chaque groupe d'âge et en particulier chez les personnes âgées⁹. Ainsi, même s'il y a un vieillissement démographique, on observe aussi une baisse de la sévérité des cas vus pour chaque groupe d'âge. Cet aspect est visible avec les deux types de poids (Grouper POP et facturation RAMQ).

⁹ La seule exception est pour les patients de 0 à 4 ans avec les poids de facturation RAMQ.

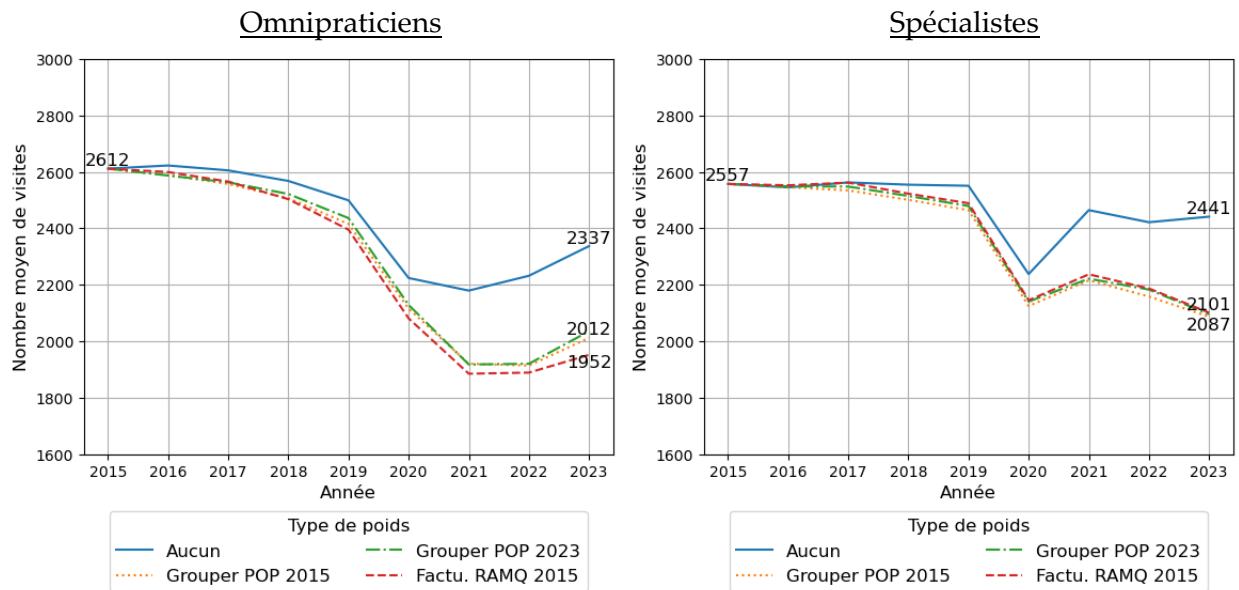
Figure 3. Évolution du poids moyen des patients lors d'une visite, de 2015 à 2023, selon le type de médecin, le groupe d'âge et le type de poids



Nous calculons maintenant le nombre moyen de visites par médecin en comparant les chiffres non pondérés et les chiffres pondérés qui tiennent compte de la complexité des cas vus par les médecins. La Figure 4 présente ces résultats selon le type de médecin et selon trois types de poids : Grouper POP 2015, Grouper POP 2023 et facturation RAMQ 2015. En plus des poids présentés précédemment, nous avons ajouté les poids « Grouper POP 2023 » qui se basent sur les coûts de l'année 2023 plutôt que ceux de 2015. Ces poids supplémentaires nous permettent de vérifier que le choix de l'année de référence n'a pas d'influence sur la validité de nos résultats. Bref, peu importe les poids utilisés, on observe une baisse plus importante du nombre moyen de visites par médecin lorsque l'on pondère les visites. Cela suggère un allègement de la complexité des cas vus en définissant la complexité sur la base de ces poids. Pour les omnipraticiens, le nombre de

patients vus baisse de 11 % (par rapport à 2015) sans pondération, passant de 2 612 visites en 2015 à 2 337 en 2023. Ce nombre baisse plutôt de 23 % à 25 % lorsqu'on tient compte de la complexité des cas. Pour les spécialistes, il y a une baisse de 18 % lorsqu'on tient compte de la pondération, au lieu de 5 % sans pondération. Nous observons donc l'effet contraire à celui anticipé au départ.

Figure 4. Nombre moyen de visites (annuelles) par médecin selon le type de médecin et le type de poids



Groupes de vulnérabilité

Un autre type de classification peut être utilisé pour les omnipraticiens. Les groupes de vulnérabilité sont utilisés afin de fixer les forfaits d'inscription des patients. Il est possible d'identifier le nombre d'inscriptions à partir des forfaits versés aux médecins (fichier RFD). Les deux types de forfaits utiles pour identifier les inscriptions sont les forfaits d'inscription et les forfaits annuels de prise en charge. Les forfaits d'inscription sont pour toutes les personnes inscrites, alors que les forfaits annuels de prise en charge permettent d'identifier les personnes vulnérables et le groupe auquel elles appartiennent. Il existe quatre groupes de vulnérabilité :

1. Patients avec une seule pathologie;
2. Patients avec deux pathologies, sans trouble de santé mentale ou de déficience intellectuelle;
3. Patients avec trois pathologies ou plus, sans trouble de santé mentale ou de déficience intellectuelle;
4. Patients avec deux pathologies ou plus, incluant une pathologie de santé mentale ou de déficience intellectuelle.

Le Tableau 5 montre la répartition des groupes de vulnérabilité parmi les personnes inscrites aux listes de patients, de 2017 à 2023. De plus, nous avons calculé le poids moyen Grouper POP et son évolution pour chacun des groupes de vulnérabilité. Dans ce tableau, on remarque une augmentation de la proportion de patients vulnérables (groupes 1, 2 et 4) et une diminution des patients inscrits non vulnérables. De plus, nous montrons que pour chacun de ces groupes de vulnérabilité, le poids moyen basé sur le Grouper POP est en baisse importante sur la période. Ainsi, les groupes de vulnérabilité semblent être un indicateur trop agrégé pour bien capter la complexité des cas rencontrés par les médecins. Malgré une hausse des patients vulnérables inscrits, le poids moyen de l'ensemble des patients (inscrits) diminue de 14,5 % de 2017 à 2023. À l'opposé, le poids moyen Grouper POP est en hausse de près de 10 % chez les patients non-inscrits (8,8 %).

Finalement, nous aimerions souligner que les constats au sujet de l'évolution de la complexité des cas, basés sur les groupes de vulnérabilité, sont sensibles à l'année de départ. La

Tableau 6 présente le nombre moyen de patients inscrits par médecin (ayant des inscriptions) selon le statut de vulnérabilité de 2017 à 2023. Nous obtenons une augmentation moyenne de 20 patients vulnérables par médecin (6,1 %) lorsque nous débutons notre calcul en 2017. Toutefois, le portrait est très différent lorsque nous débutons notre calcul en 2018. Dans ce cas, nous obtenons une quasi-stagnation du nombre moyen de patients vulnérables inscrits par médecin (343 en 2018 contre 342 en 2023). Il en va de même pour les patients du groupe 4. En prenant 2017 comme point de départ, on observe une hausse moyenne de 8 patients par médecin, contre seulement 1 patient lorsqu'on commence en 2018.

Tableau 5. Proportion de patients et poids moyen selon le statut de vulnérabilité

Statut	Proportion (en %)			Poids moyen (Grouper POP 2015)		
	2017	2023	Variation (en p.p.)	2017	2023	Variation (en %)
Patient inscrits						
Non vulnérables	58,8	53,6	-5,2	0,24	0,19	-21,6
Vulnérables	41,2	46,4	5,2	0,73	0,60	-18,2
1	27,1	29,8	2,7	0,55	0,44	-20,9
2	4,7	5,4	0,7	1,05	0,91	-13,4
3	2,0	2,1	0,1	1,70	1,45	-14,9
4	7,4	9,0	1,6	0,95	0,76	-20,0
Total	100,0	100,0	0,0	0,44	0,38	-14,5
Patients non inscrits (avec consultation)						
				0,34	0,37	8,8

Tableau 6. Nombre moyen de patients inscrits par médecin (ayant des inscriptions) selon l'année et le statut de vulnérabilité

Année	Non vulnérables	Vulnérables	Total	Groupe de vulnérabilité			
				1	2	3	4
2017	460	323	782	212	37	16	58
2018	442	343	785	222	40	17	65
2019	438	348	786	223	40	17	68
2020	433	341	775	222	41	16	63
2021	415	339	754	219	40	16	64
2022	400	343	743	221	40	16	66
2023	396	342	738	220	40	16	66
Variation de 2017 à 2023							
Nombre	-64	20	-45	8	3	0	9
En %	-14,0	6,1	-5,7	3,6	9,1	0,0	14,7

Milieu de pratique

Dans notre premier rapport, nous n'avons pu creuser l'analyse pour vérifier si l'évolution des mesures d'offre de services varie selon le milieu de pratique des médecins. Ce deuxième rapport approfondit cette question en distinguant les milieux de pratique selon le milieu principal — défini comme celui où le nombre de jours travaillés est le plus élevé — et le milieu secondaire.

Omnipraticiens

Pour les omnipraticiens, nous faisons la distinction entre les milieux de pratique suivants :

- CH : centre hospitalier
- Cabinet : clinique médicale privée et groupe de médecine familiale (GMF)
- CLSC : Centre local de services communautaires
- UMF : unité de médecine familiale
- Autre : centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), centre de réadaptation, etc.

On remarque au Tableau 7 que le milieu de pratique principal des omnipraticiens est le cabinet, avec plus de la moitié (51,7 %) d'entre eux évoluant principalement dans ce milieu. Cette proportion a peu changé dans le temps. Parmi ceux évoluant principalement en cabinet, plus de la moitié (23,6 % / 51,7 %) évolue dans un autre milieu de pratique et plus de 15 % de ces médecins évoluent à la fois principalement en cabinet et dans deux autres milieux de pratiques. Cette dernière proportion est d'ailleurs en augmentation depuis 2019. Cette tendance indique une augmentation du nombre moyen de milieux de pratiques chez les omnipraticiens travaillant principalement en cabinet. Environ 30 % des médecins omnipraticiens évoluent principalement en centre hospitalier, mais moins de 15 % évoluent seulement en centre hospitalier. Le milieu de

pratique secondaire en augmentation parmi ce groupe est la catégorie « autres », qui inclut notamment les CHSLD (de 5,1 % à 8,4 %). Finalement, moins de 13 % des médecins omnipraticiens évoluent principalement en CLSC, avec une grande hétérogénéité au niveau des milieux de pratique secondaires. Enfin, il est possible de constater que moins de 40 % des médecins omnipraticiens pratiquent dans un seul milieu en 2023.

Tableau 7. Évolution de la répartition des milieux de pratique chez les omnipraticiens

Milieu de pratique		Répartition (en %)					Variation 2019-2023 (p.p.)
		2019	2020	2021	2022	2023	
Principal	Secondaire						
Cabinet							
	Aucun	24,3	19,0	20,4	22,7	23,6	-0,7
	CH	12,1	7,8	8,4	8,2	7,1	-5,0
	Autre	5,8	7,3	7,8	6,4	5,7	-0,1
	+ de 2 m.p.	9,2	16,8	13,7	13,4	15,3	6,1
	Ensemble	51,4	50,9	50,3	50,7	51,7	0,3
CH							
	Aucun	13,7	13,1	13,2	12,1	10,7	-3,0
	Cabinet	5,3	3,9	3,5	3,0	2,7	-2,6
	Autre	5,1	5,6	5,5	7,3	8,4	3,3
	+ de 2 m.p.	5,4	6,8	5,8	6,2	6,9	1,5
	Ensemble	29,5	29,4	28	28,6	28,7	-0,8
CLSC							
	Aucun	3,9	3,2	3,1	3,2	3,5	-0,4
	CH	1,7	1,5	1,6	1,5	1,5	-0,2
	Autre	2,9	2,5	2,6	2,6	2,9	0,0
	+ de 2 m.p.	3,4	4,4	4,0	4,2	4,2	0,8
	Ensemble	11,9	11,6	11,3	11,5	12,1	0,2
UMF	Ensemble	2,5	2,4	2,5	2,6	2,5	0,0
Autres	Ensemble	4,6	5,6	8,0	6,6	4,9	0,3

Note : m.p. : milieux de pratique.

Le Tableau 8 montre l'évolution du nombre de jours travaillés en utilisant la définition restrictive du premier rapport. 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'année¹⁰. 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.

¹⁰ Il correspond au 25^e centile des sommes facturées à l'acte par médecins selon le type de médecin et l'année.

D'abord, il faut noter que depuis 2019, il y a une légère hausse du nombre de journées travaillées. Alors qu'il y a une légère hausse pour ceux majoritairement en cabinet et en CLSC, il y a une baisse pour ceux évoluant en centre hospitalier et en particulier pour ceux évoluant uniquement en milieu hospitalier. C'est aussi dans ce groupe que l'on retrouve les nombres de journées les plus faibles en 2023, suivi des médecins évoluant uniquement en CLSC.

Tableau 8. Évolution du nombre moyen de jours travaillés (définition restrictive) par les omnipraticiens de 2019 à 2023 selon le milieu de pratique

Milieu de pratique		Répartition 2023 (en %)	Moyenne					Variation 2019-2023	
			2019	2020	2021	2022	2023	Nombre	en %
Principal	Secondaire								
Cabinet									
	Aucun	23,6	159	162	164	161	163	4	2,5
	CH	7,1	189	186	195	189	192	3	1,6
	Autre	5,7	178	189	185	179	184	6	3,4
	+ de 2 m.p.	15,3	199	207	205	200	204	5	2,5
	Ensemble	51,7	176	185	184	179	182	6	3,4
CH									
	Aucun	10,7	147	146	146	138	137	-10	-6,8
	Cabinet	2,7	175	174	178	174	172	-3	-1,7
	Autre	8,4	168	170	170	164	160	-8	-4,8
	+ de 2 m.p.	6,9	187	198	195	183	182	-5	-2,7
	Ensemble	28,7	164	168	166	159	159	-5	-3,0
CLSC									
	Aucun	3,5	141	146	149	139	146	5	3,5
	CH	1,5	167	173	178	174	169	2	1,2
	Autre	2,9	152	159	163	161	157	5	3,3
	+ de 2 m.p.	4,2	194	200	201	198	198	4	2,1
	Ensemble	12,1	164	174	176	172	171	7	4,3
UMF	Ensemble	2,5	175	185	183	185	191	16	9,1
Autre	Ensemble	4,9	150	161	128	144	149	-1	-0,7
Total		100,0	170	177	174	171	173	3	1,8

Note : m.p. : milieux de pratique.

Le Tableau 9 trace un portrait similaire en termes de nombre de visites par médecin omnipraticien. Alors que la baisse est passablement généralisée dans presque tous les groupes (sauf uniquement CLSC et UMF), elle est plus importante chez ceux œuvrant principalement en centre hospitalier et parmi ceux pratiquant principalement en CLSC avec le centre hospitalier comme milieu secondaire. Il est à noter qu'il y a une baisse plus forte chez ceux œuvrant uniquement en GMF par rapport à ceux œuvrant en cabinet. Le portrait est aussi similaire en termes de volume d'actes (voir Tableau 10).

Tableau 9. Évolution du nombre de visites chez les omnipraticiens de 2019 à 2023 selon le milieu de pratique

Milieu de pratique		Répartition 2023 (en %)	Moyenne					Variation 2019-2023	
			2019	2020	2021	2022	2023	Nombre	en %
Principal	Secondaire								
Cabinet									
	Aucun	23,6	2 883	2 782	2 742	2 722	2 808	-75	-2,6
	CH	7,1	3 060	2 768	2 800	2 823	2 933	-127	-4,2
	Autre	5,7	2 941	2 931	2 725	2 680	2 772	-169	-5,7
	+ de 2 m.p.	15,3	2 926	2 769	2 708	2 708	2 817	-109	-3,7
	Ensemble	51,7	2 939	2 797	2 739	2 729	2 824	-115	-3,9
CH									
	Aucun	10,7	1 892	1 220	1 185	1 342	1 456	-436	-23,0
	Cabinet	2,7	2 703	1 946	1 964	2 211	2 272	-431	-15,9
	Autre	8,4	1 707	1 261	1 175	1 423	1 700	-7	-0,4
	+ de 2 m.p.	6,9	2 320	1 795	1 703	1 825	2 108	-212	-9,1
	Ensemble	28,7	2 098	1 478	1 402	1 576	1 780	-318	-15,2
CLSC									
	Aucun	3,5	958	881	955	968	1 023	65	6,8
	CH	1,5	1 364	1 230	1 153	1 173	1 174	-190	-13,9
	Autre	2,9	1 272	1 145	1 161	1 105	1 157	-115	-9,0
	+ de 2 m.p.	4,2	1 598	1 405	1 429	1 495	1 540	-58	-3,6
	Ensemble	12,1	1 294	1 197	1 208	1 229	1 266	-28	-2,2
UMF	Ensemble	2,5	1 553	1 438	1 476	1 548	1 667	114	7,3
Autre	Ensemble	4,9	1 528	1 358	1 071	1 309	1 349	-179	-11,7
Total		100,0	2 420	2 144	2 082	2 138	2 256	-164	-6,8

Note : m.p. : milieux de pratique.

Tableau 10. Évolution du volume d'actes par les omnipraticiens de 2019 à 2023 selon le milieu de pratique

Milieu de pratique		Répartition 2023 (en %)	Moyenne					Variation 2019-2023	
			2019	2020	2021	2022	2023	Nombre	en %
Principal	Secondaire								
Cabinet									
	Aucun	23,6	129 700	122000	119 100	118 400	122 200	-7 500	-5,8
	CH	7,1	137 800	124800	125 300	125 600	129 100	-8 700	-6,3
	Autre	5,7	133 100	130900	120 700	120 800	126 000	-7 100	-5,3
	+ de 2 m.p.	15,3	127 900	121100	116 200	115 300	119 100	-8 800	-6,9
	Ensemble	51,7	131 700	123400	119 600	119 000	122 600	-9 100	-6,9
CH									
	Aucun	10,7	92 800	62600	60 600	69 900	74 000	-18 800	-20,3
	Cabinet	2,7	129 600	93600	92 500	104 100	108 800	-20 800	-16
	Autre	8,4	69 700	51700	47 300	64 500	81 900	12 200	17,5
	+ de 2 m.p.	6,9	94 300	72900	67 800	76 800	92 500	-1 800	-1,9
	Ensemble	28,7	96 000	67500	63 800	73 900	84 600	-11 400	-11,9
CLSC									
	Aucun	3,5	27 800	22100	24 000	24 200	26 000	-1 800	-6,5
	CH	1,5	45 400	35400	33 300	38 500	39 400	-6 000	-13,2
	Autre	2,9	43 500	36000	36 900	34 100	36 700	-6 800	-15,6
	+ de 2 m.p.	4,2	58 300	48200	48 900	50 400	51 100	-7 200	-12,3
	Ensemble	12,1	43 800	37500	37 600	38 500	39 600	-4 200	-9,6
UMF	Ensemble	2,5	58 800	52 900	55 200	59 300	62 300	3 500	6,0
Autre	Ensemble	4,9	59 300	51500	41 100	48 900	48 900	-10 400	-17,5
Total		100,0	106 700	92900	89 300	92 400	97 500	-9 200	-8,6

Note : m.p. : milieux de pratique.

Spécialistes

Pour les spécialistes nous utilisons les définitions suivantes des milieux de pratique :

- CH : centre hospitalier
- Cabinet : clinique médicale privée
- CLSC : Centre local de services communautaires
- Autres : laboratoires privés, CHSLD, centres de réadaptation, etc.

Le Tableau 11 montre la répartition des médecins en termes de milieu de pratique principal et secondaire. La très grande majorité des spécialistes pratique en centre hospitalier (85,0 %). La moitié des spécialistes pratiquent seulement en centre hospitalier (50,0 %), alors qu'un peu plus de 35 % pratiquent principalement en centre hospitalier et ont un milieu de pratique secondaire. Il y a peu d'évolution dans la répartition des milieux de pratique durant la période considérée.

Tableau 11. Évolution de la répartition des milieux de pratique pour les médecins spécialistes

Milieu de pratique		Répartition (en %)					Variation 2019-2023 (p.p.)
		2019	2020	2021	2022	2023	
Principal	Secondaire						
CH							
	Aucun	48,6	50,4	50,2	50,4	50,0	1,4
	Cabinet	21,4	21,8	20,2	19,6	19,2	-2,2
	Autre	7,3	6,9	7,7	8,0	8,9	1,6
	+ de 2 m.p.	8,0	7,4	7,1	6,8	6,9	-1,1
	Ensemble	85,3	86,5	85,2	84,8	85,0	-0,3
Cabinet							
	Aucun	6,3	4,5	6,2	6,3	6,3	0,0
	CH	4,7	5,3	4,6	4,8	4,8	0,1
	Autre	0,5	0,3	0,4	0,6	0,6	0,1
	+ de 2 m.p.	0,9	1,0	1,1	1,1	1,0	0,1
	Ensemble	12,4	11,1	12,3	12,8	12,7	0,3
Autre	Ensemble	2,3	2,3	2,4	2,6	2,4	0,1

Note : m.p. : milieux de pratique.

Les Tableaux 12, 13 et 14 montrent l'évolution des mesures d'offre de travail et de productivité sur la même période par milieu de pratique. En termes de jours travaillés (selon notre définition restrictive), les spécialistes exerçant principalement en cabinet travaillent moins de jours que ceux œuvrant principalement en centre hospitalier. En général, très peu de variations sont observées, à travers le temps, dans le nombre de jours travaillés.

Tableau 12. Évolution du nombre de jours travaillés (définition restrictive) par les spécialistes de 2019 à 2023 selon le milieu de pratique

Milieu de pratique		Répartition 2023 (en %)	Moyenne					Variation 2019-2023	
			2019	2020	2021	2022	2023		
Principal	Secondaire							Nombre	en %
CH									
	Aucun	48,6	164	171	166	163	163	-1	-0,6
	Cabinet	21,4	179	184	182	179	178	-1	-0,6
	Autre	7,3	176	189	180	175	173	-3	-1,7
	+ de 2 m.p.	8,0	184	195	191	183	183	-1	-0,5
	Ensemble	85,3	171	178	174	169	169	-2	-1,2
Cabinet									
	Aucun	6,3	106	109	116	112	110	4	3,8
	CH	4,7	146	141	151	145	147	1	0,7
	Autre	0,5	123	139	125	120	118	-5	-4,1
	+ de 2 m.p.	0,9	173	163	160	158	159	-14	-8,1
	Ensemble	12,4	128	131	134	129	129	1	0,8
Autre	Ensemble	2,3	144	173	162	153	146	2	1,4
Total		100,0	165	172	168	164	163	-2	-1,2

Note : m.p. : milieux de pratique.

Tableau 13. Évolution du nombre de visites chez les spécialistes de 2019 à 2023 selon le milieu de pratique

Milieu de pratique		Répartition 2023 (en %)	Moyenne					Variation 2019-2023	
			2019	2020	2021	2022	2023		
Principal	Secondaire							Nombre	en %
CH									
	Aucun	48,6	1 947	1 728	1 878	1 868	1 872	-75	-3,9
	Cabinet	21,4	3 178	2 656	3 068	3 056	3 097	-81	-2,5
	Autre	7,3	2 587	2 435	2 646	2 512	2 452	-135	-5,2
	+ de 2 m.p.	8,0	3 125	2 786	3 050	2 899	3 047	-78	-2,5
	Ensemble	85,3	2 428	2 115	2 335	2 291	2 311	-117	-4,8
Cabinet									
	Aucun	6,3	2 206	2 109	2 314	2 244	2 236	30	1,4
	CH	4,7	3 661	2 881	3 542	3 416	3 537	-124	-3,4
	Autre	0,5	2 783	2 156	2 502	2 453	2 084	-699	-25,1
	+ de 2 m.p.	0,9	4 535	3 378	3 476	3 563	3 284	-1251	-27,6
	Ensemble	12,4	2 970	2 612	2 892	2 817	2 816	-154	-5,2
Autre	Ensemble	2,3	679	537	789	854	888	209	30,8
Total		100,0	2 458	2 137	2 370	2 326	2 343	-115	-4,7

Note : m.p. : milieux de pratique.

En termes de visites, il y a une légère baisse chez les spécialistes pratiquant principalement en centre hospitalier et une baisse plus forte chez ceux pratiquant principalement en cabinet, mais avec un milieu secondaire « autre » et avec plus de deux milieux de pratique. Un portrait similaire se dessine pour le volume d'actes, avec une hausse constatée uniquement chez les médecins exerçant exclusivement en cabinet, ou principalement en cabinet avec le centre hospitalier comme milieu secondaire.

Tableau 14. Évolution du volume d'actes des médecins spécialistes de 2019 à 2023 selon le milieu de pratique

Milieu de pratique		Répartition 2023 (en %)	Moyenne					Variation 2019-2023	
			2019	2020	2021	2022	2023	Nombre	en %
Principal	Secondaire								
CH									
	Aucun	48,6	187 100	161 400	172 000	169 000	170 500	-16 600	-8,9
	Cabinet	21,4	322 100	266 500	306 200	311 400	321 300	-800	-0,2
	Autre	7,3	201 100	190 500	201 900	185 100	191 600	-9 500	-4,7
	+ de 2 m.p.	8,0	291 200	249 800	278 200	270 800	278 300	-12 900	-4,4
	Ensemble	85,3	232 500	198 400	216 100	212 100	216 200	-16 300	-7,0
Cabinet									
	Aucun	6,3	157 300	151 800	167 700	169 600	171 900	14 600	9,3
	CH	4,7	304 500	241 800	315 800	308 600	326 800	22 300	7,3
	Autre	0,5	175 000	174 000	162 500	183 700	136 700	-38 300	-21,9
	+ de 2 m.p.	0,9	376 400	287 500	272 900	267 600	259 600	-116 800	-31,0
	Ensemble	12,4	231 600	209 700	233 300	232 100	237 000	5 400	2,3
Autre	Ensemble	2,3	46 200	39 500	66 200	71 500	73 700	27 500	59,5
Total		100,0	228 500	196 400	215 000	211 600	215 700	-12 800	-5,6

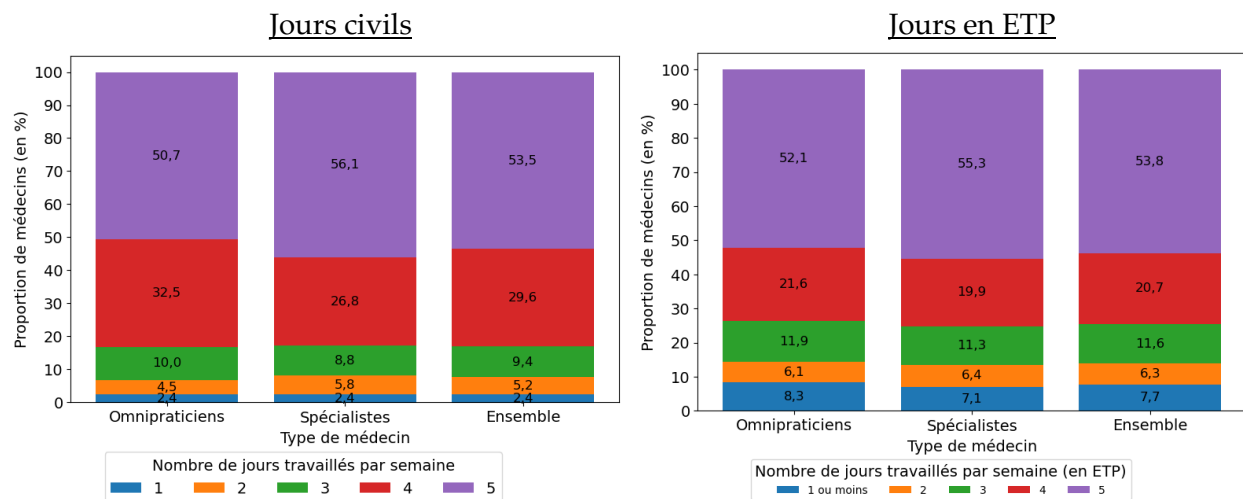
Note : m.p. : milieux de pratique.

Nombre de jours travaillés en équivalent temps plein

Dans le premier rapport, nous avons produit deux mesures du nombre de jours travaillés, l'une inclusive : une journée travaillée est une journée avec au moins 1 \$ de facturation; et l'autre restrictive : une journée travaillée est une journée où le médecin facture au moins un seuil minimum, fixé au 25^e centile de la distribution de facturation journalière, par spécialité. Alors que la mesure restrictive informe sur les journées avec peu de facturation, elle n'informe pas sur les journées avec beaucoup plus de facturation. Un médecin pourrait par exemple travailler seulement 3 jours par semaine, mais facturer le double de ses collègues. Or, nos mesures compteraient 3 jours au lieu de 6. Afin de prendre en compte cette dimension, nous avons utilisé une méthode similaire à celle de l'ICIS pour définir un équivalent temps plein (ETP), mais au niveau journalier. Nous avons établi l'étalon ETP à partir de la moyenne de la facturation journalière entre le 40^e et le 60^e centile. Ce calcul a été fait par spécialité. Par exemple, si la moyenne

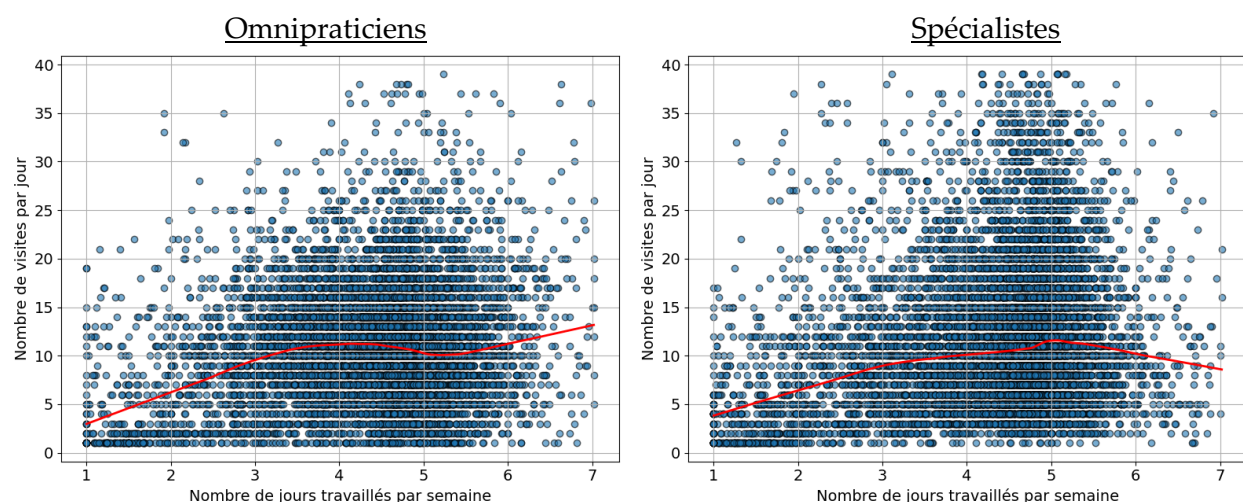
est de 2 000 \$ et qu'un médecin a facturé 4 000 \$, nous comptons un jour civil travaillé, mais deux jours en ETP. Nous avons fait de même si le niveau de facturation est plus faible que la moyenne. Si on fait ce calcul et qu'on regarde le nombre moyen de jours travaillés par semaine, très peu de différences sont observées entre les deux mesures (Figure 3). On voit une légère augmentation de la proportion à temps plein (5 jours) chez les omnipraticiens, mais une baisse chez les spécialistes. La compression semble se faire vers le bas plutôt que vers le haut de la distribution.

Figure 3. Répartition du nombre de jours travaillés par semaine, en 2023, selon le type de jour et le type de médecin



Donc, il ne semble pas y avoir de relation négative entre l'intensité de facturation par jour et le nombre de journées travaillées par semaine. Pour en avoir le cœur net, on peut regarder directement cette relation en regardant le nombre de patients vus par jour et le nombre de jours travaillés par semaine. On n'observe en effet pas de relation négative entre ces deux variables (Figure 4). Autrement dit, les médecins qui travaillent davantage de jours par semaine sont aussi les mêmes médecins qui voient beaucoup de patients par jour.

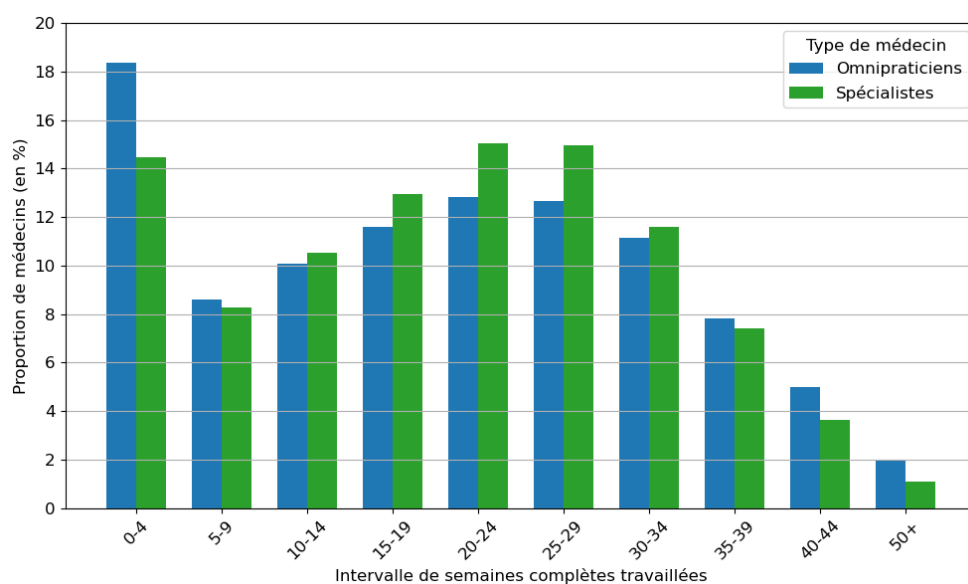
Figure 4. Nombre de visites par jour selon le nombre de jours travaillés par semaine en 2023



Nombre de semaines complètes travaillées

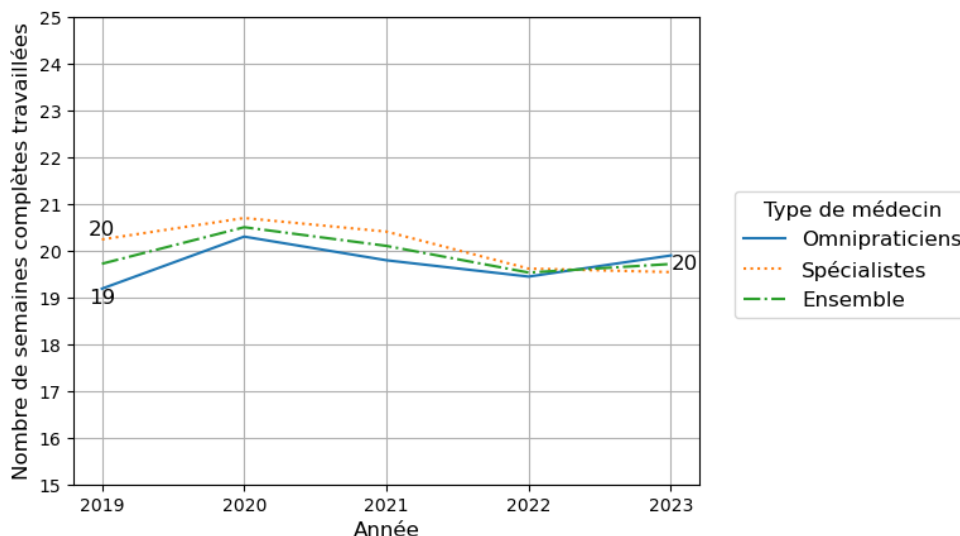
Dans le premier rapport, nous avons produit des statistiques sur le nombre de semaines travaillées par les médecins. Le seuil pour compter une semaine travaillée était d'une journée de facturation (soit inclusive ou restrictive). Or, il est aussi pertinent de regarder la distribution des semaines complètes de travail en ETP, définies comme des semaines comportant cinq jours ou plus travaillés en ETP. La Figure 5 montre, de manière générale, qu'une proportion importante de médecins travaille un nombre relativement faible de semaines complètes. Cette réalité est particulièrement marquée chez les omnipraticiens.

Figure 5. Distribution des semaines complètes travaillées (en ETP), en 2023, selon le type de médecin



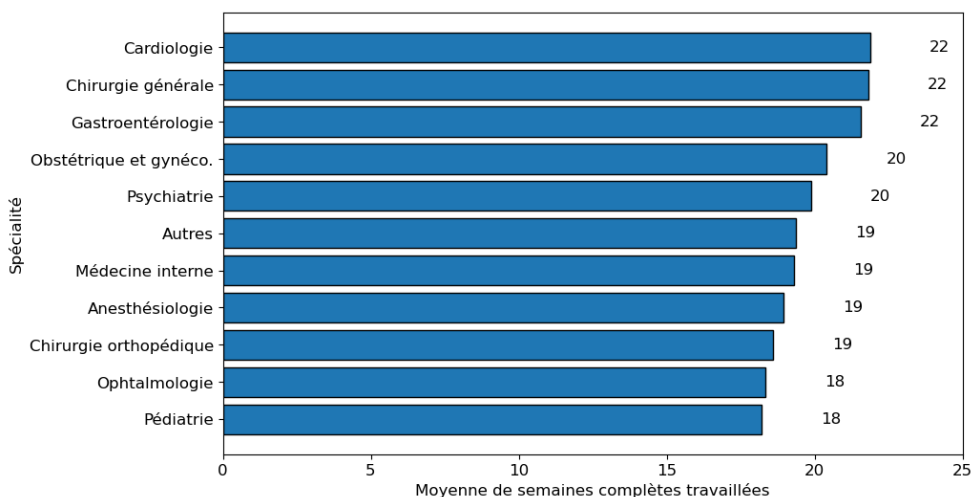
La Figure 6 présente l'évolution du nombre moyen de semaines travaillées à temps complet (en ETP) par type de médecin. En 2023, ce nombre est de 20 semaines environ tant chez les omnipraticiens que chez les spécialistes; il est resté stable au cours des 5 dernières années.

Figure 6. Évolution du nombre de semaines complètes travaillées (en ETP) selon le type de médecin



La Figure 7 illustre les différences selon les spécialités. Aucune spécialité n'a de niveau particulièrement élevé de semaines complètes travaillées (en ETP). Toutefois, la cardiologie, la chirurgie générale et la gastroentérologie affichent les moyennes les plus élevées, avec 22 semaines. À l'inverse, l'ophtalmologie et la pédiatrie présentent les moyennes les plus faibles, soit 18 semaines.

Figure 7. Nombre de semaines complètes travaillées (en ETP) selon la spécialité en 2023

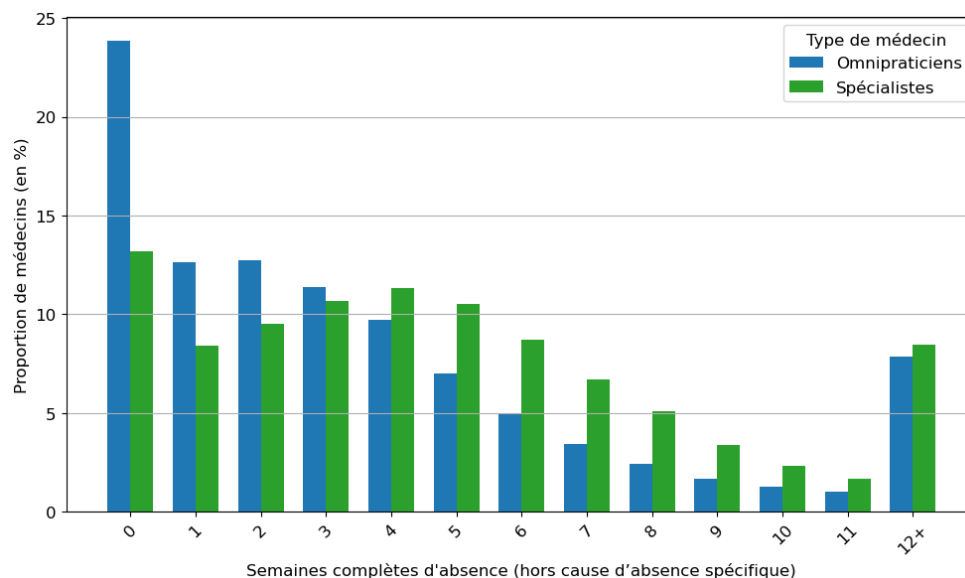


Note : gynéco. : gynécologie.

Nombre de semaines complètes d'absence

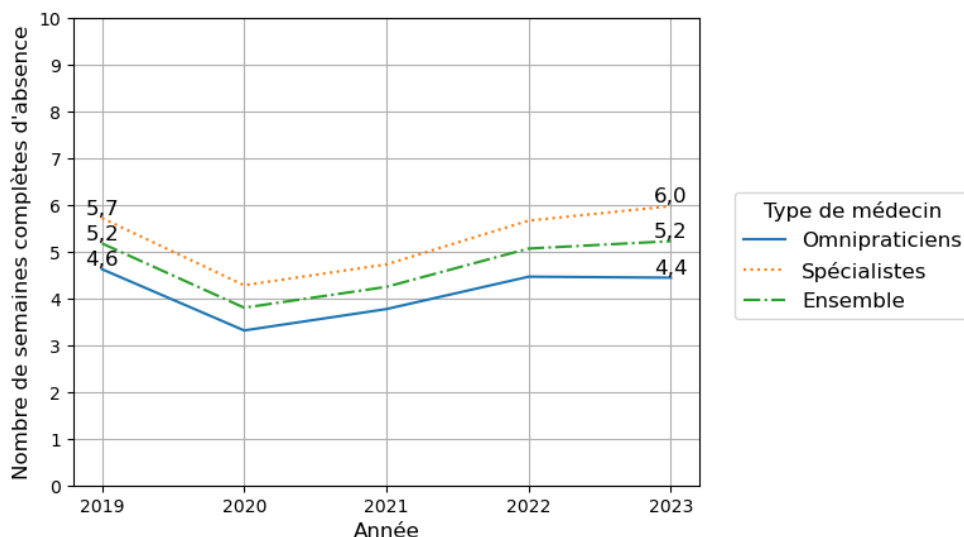
On peut faire un calcul similaire pour les semaines d'absence complètes. Nous avons exclu les semaines d'absence pour lesquelles une cause spécifique a été identifiée (début et fin de carrière, congé de maternité et absences prolongées). La Figure 8 montre les résultats. Fait intéressant, une proportion importante d'omnipraticiens n'a aucune semaine d'absence (plus de 20 %) et donc aucune semaine de vacances complète. Ceci est élevé. Autre fait intéressant, tant chez les spécialistes que chez les omnipraticiens, près de 8 % des médecins ont plus de 12 semaines d'absence, c'est-à-dire plus de 3 mois d'absence. Encore une fois, il est important de noter que ceci exclut les absences prolongées (6 semaines consécutives et plus). Il s'agit donc de médecins qui s'absentent sporadiquement pour un total de plus de 3 mois par année.

Figure 8. Distribution des semaines complètes d'absence (hors cause d'absence spécifique), en 2023, selon le type de médecin



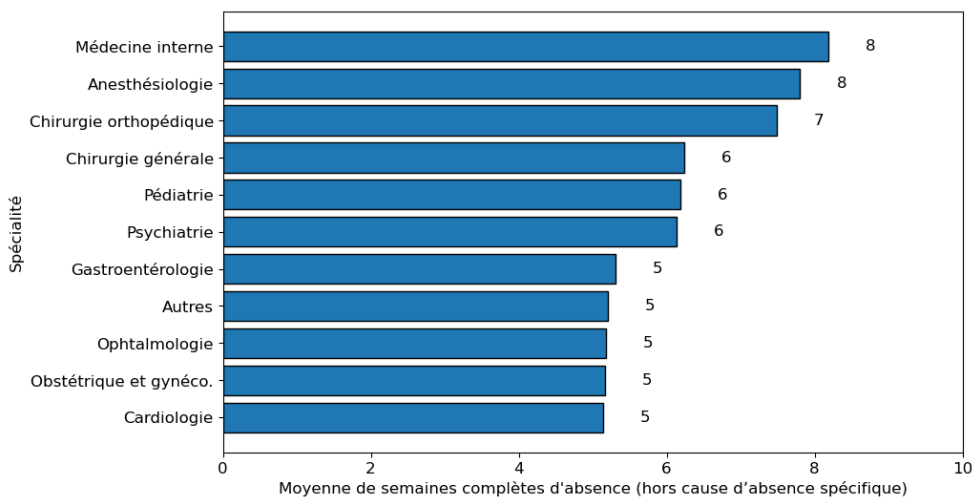
La Figure 9 montre que le nombre moyen de semaines d'absence (hors cause d'absence spécifique) est de 5 semaines dans l'ensemble et a peu évolué dans le temps depuis 2019. La moyenne des semaines consécutives d'absence pour les congés de maternité est de 26 semaines et de 17 semaines pour les absences prolongées.

Figure 9. Évolution du nombre de semaines complètes d'absence (hors cause d'absence spécifique) selon le type de médecin



La Figure 10 présente la moyenne de semaines complètes d'absence (hors cause d'absence spécifique) selon la spécialité. On observe une variation notable entre les spécialités : la médecine interne et l'anesthésiologie affichent les moyennes les plus élevées, avec 8 semaines d'absence, tandis que plusieurs autres spécialités, dont la cardiologie, la gastroentérologie et l'ophtalmologie, se situent autour de 5 semaines.

Figure 10. Nombre de semaines complètes d'absence (hors cause d'absence spécifique), en 2023, selon la spécialité



Analyse par groupe d'actes

Dans le premier rapport, nous avons analysé les actes dans leur ensemble. Dans celui-ci, nous effectuons une analyse par groupe d'actes, basée sur le Système de groupement national (SGN) élaboré par l'ICIS. Nous sommes conscients que les changements apportés à la nomenclature des actes au fil des années entraînent des défis d'interprétation. C'est pourquoi nous considérons cette analyse comme exploratoire. Les définitions des groupes sont présentées dans l'encadré suivant.

Groupe d'actes	Description détaillée
Consultations et évaluations	Les consultations comprennent les consultations majeures, initiales, ordinaires, mineures, opératoires et régionales. Une consultation est un examen effectué à la demande écrite d'un autre professionnel de la santé. Les évaluations comprennent les examens complets initiaux ou spécifiques selon la spécialité du médecin. Regroupe également les examens partiels, mineurs, régionaux ou de suivi. Elles sont utilisées pour le suivi de maladies chroniques ou pour des visites de routine. Une évaluation est un examen effectué par un médecin et vise à diagnostiquer, suivre ou traiter un patient.
Jours de soins hospitaliers	Correspond aux soins quotidiens prodigués aux patients hospitalisés, incluant les soins prolongés, palliatifs ou de soutien. Exemples : suivi quotidien en unité de soins intensifs, soins palliatifs en fin de vie.
Visites spéciales	Visites effectuées en dehors des heures normales, souvent en situation d'urgence ou de garde. Exemples : visite à domicile en soirée, intervention en urgence à l'hôpital.
Psychothérapie et counseling	Services de santé mentale incluant la psychothérapie individuelle, de groupe, familiale, ainsi que le counseling pour la gestion du stress, les troubles de l'humeur, etc. Exemples : thérapie cognitivo-comportementale, counseling familial.
Chirurgies	Interventions chirurgicales complexes sur divers systèmes corporels, et interventions simples réalisées souvent en cabinet ou en clinique. Exemples : pontage coronarien, arthroplastie de la hanche, hystérectomie, excision de kyste, suture de plaie, myringotomie.
Aide chirurgicale	Participation d'un médecin à titre d'assistant lors d'une chirurgie majeure. Exemples : aide à la pose de prothèse articulaire, assistance en neurochirurgie.
Anesthésie	Services d'anesthésie générale ou régionale, y compris les blocs nerveux. Exemples : anesthésie pour chirurgie abdominale, bloc nerveux pour chirurgie orthopédique.
Services obstétriques	Comprend les accouchements, césariennes, avortements thérapeutiques et soins prénatals/postnatals. Exemples : suivi de grossesse, accouchement vaginal, césarienne programmée.
Services diagnostiques ou thérapeutiques	Inclut les endoscopies, biopsies, soins intensifs, tests diagnostiques, tests de laboratoire et autres interventions. Exemples : coloscopie, biopsie du foie, cathétérisme cardiaque.
Services spéciaux	Services tels que les injections, immunisations, tests Pap, pose de dispositifs intra-utérins, échographie. Exemples : vaccination antigrippale, test Pap annuel, insertion de stérilet.
Services divers	Services non standards ou non définis, comme les primes de disponibilité, consultations téléphoniques, soins en milieu carcéral. Exemples : appel téléphonique avec un patient, visite en prison, prime de garde de nuit.

Omnipraticiens

Le tableau 15 présente l'évolution, de 2015 à 2023, de la proportion d'omnipraticiens ayant effectué au moins un acte parmi les 11 groupes définis. On y observe un déclin marqué de la proportion de médecins réalisant de la psychothérapie et du counseling. Depuis 2015, la part des omnipraticiens actifs dans ce groupe a chuté d'environ 30 points de pourcentage (-33,3 p.p.), ce qui témoigne d'un désengagement notable de ce secteur de pratique. La proportion de médecins effectuant des visites spéciales (c'est-à-dire en dehors des heures normales) a également diminué de manière significative, avec une baisse de 13,0 p.p. sur la période. En 2023, seuls deux omnipraticiens sur cinq reçoivent des visites en dehors des heures normales, alors qu'un peu plus d'un omnipraticien sur deux le faisait en 2015 (54,3 %). À l'inverse, la prévalence de seulement deux groupes d'actes a connu une croissance substantielle : les chirurgies (+5,2 p.p.) et les services spéciaux (+7,2 p.p.). Enfin, il est à noter que les omnipraticiens ne pratiquent pas d'acte rémunéré comme jours de soins hospitaliers.

Tableau 15. Évolution de la proportion d'omnipraticiens effectuant des actes selon la catégorie

Catégorie d'acte	Proportion (en %)					Variation 2015-2023 (p.p.)
	2015	2017	2019	2021	2023	
Consultations et évaluations	95,7	95,9	95,7	95,6	94,3	-1,4
Jours de soins hospitaliers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Visites spéciales	54,3	48,4	46,2	43,2	41,3	-13,0
Psychothérapie et counseling	63,9	34,8	31,1	29,4	30,6	-33,3
Chirurgies	55,4	64,0	63,9	59,4	60,6	5,2
Aide chirurgicale	4,1	4,2	4,0	4,0	4,0	-0,1
Anesthésie	17,2	18,2	12,0	9,2	10,7	-6,5
Services obstétriques	7,3	7,5	7,9	8,1	8,7	1,4
Services diagnostiques ou thérapeutiques	79,1	77,3	76,7	74,3	74,7	-4,4
Services spéciaux	20,0	24,9	27,2	25,6	27,2	7,2
Services divers	93,4	94,4	94,2	94,2	93,4	0,0

Le tableau 16 examine l'évolution du volume d'actes des omnipraticiens, de 2015 à 2023, selon les groupes d'actes. On observe une diminution marquée des volumes dans la majorité des groupes, avec une baisse moyenne de 23,7 %. Le volume moyen d'actes provenant des visites en dehors des heures normales (visites spéciales) a diminué de plus de la moitié (-61,9 %). Seuls deux groupes font exception : les chirurgies (+27,1 %) et les services spéciaux (+41,4 %). Malgré tout, plusieurs de ces variations importantes, en pourcentage, doivent être interprétées avec prudence, car elles reposent sur des volumes de référence assez faibles. Dans plusieurs cas, les écarts ne dépassent pas 200 \$ sur l'ensemble de la période. Enfin, le volume des consultations et évaluations, qui constituent le principal groupe d'actes chez les omnipraticiens, a diminué de 15 % depuis 2015. Ceci est cohérent avec les conclusions de notre premier rapport.

Tableau 16. Évolution du volume d'actes des omnipraticiens selon la catégorie (en incluant les médecins ayant des volumes nuls)

Catégorie d'acte	Moyenne					Variation 2015-2023	
	2015	2017	2019	2021	2023	Nombre	en %
Consultations et évaluations	86 970	83 420	80 560	70 150	73 910	-13 060	-15,0
Jours de soins hospitaliers	0	0	0	0	0	0	0,0
Visites spéciales	1 260	820	740	520	480	-780	-61,9
Psychothérapie et counseling	1 810	1 070	940	810	850	-960	-53,0
Chirurgies	590	770	790	580	750	160	27,1
Aide chirurgicale	190	150	100	90	50	-140	-73,7
Anesthésie	280	230	130	110	110	-170	-60,7
Services obstétricaux	920	870	830	790	760	-160	-17,4
Services diagnostiques ou thérapeutiques	3 010	2 370	2 320	1 740	2 370	-640	-21,3
Services spéciaux	290	360	410	310	410	120	41,4
Services divers	21610	27540	23050	18150	20970	-640	-3,0

Spécialistes

Le tableau 17 présente l'évolution, de 2015 à 2023, de la proportion de spécialistes ayant effectué au moins un acte parmi les groupes définis. La proportion de médecins spécialistes pratiquant des actes selon les différents groupes a très peu changé au cours des années (1,8 p.p. en moyenne en valeur absolue). Seule la pratique des services spéciaux a varié de manière plus substantielle (+7,0 %). Les deux groupes d'actes majoritairement pratiqués sont les consultations et évaluations et les services diagnostiques ou thérapeutiques (94,6 % et 72,7 % en 2023).

Tableau 17. Évolution de la proportion de spécialistes effectuant des actes selon la catégorie

Catégorie d'acte	Proportion (en %)					Variation 2015-2023 (p.p.)
	2015	2017	2019	2021	2023	
Consultations et évaluations	94,3	94,6	94,5	94,6	94,6	0,3
Jours de soins hospitaliers	44,1	44,2	45,4	45,3	45,4	1,3
Visites spéciales	22,1	14,7	15,1	22,0	22,3	0,2
Psychothérapie et counseling	18,4	18,6	18,8	18,8	18,8	0,4
Chirurgies	35,1	35,5	35,1	33,9	32,9	-2,2
Aide chirurgicale	13,6	14,0	14,6	14,1	13,9	0,3
Anesthésie	23,3	23,5	24,7	25,0	22,9	-0,4
Services obstétricaux	8,7	9,1	8,8	8,8	8,7	0,0
Services diagnostiques ou thérapeutiques	73,5	73,7	73,5	72,4	72,7	-0,8
Services spéciaux	4,2	11,0	10,9	11,1	11,2	7,0
Services divers	53,1	54,2	54	52,7	50,7	-2,4

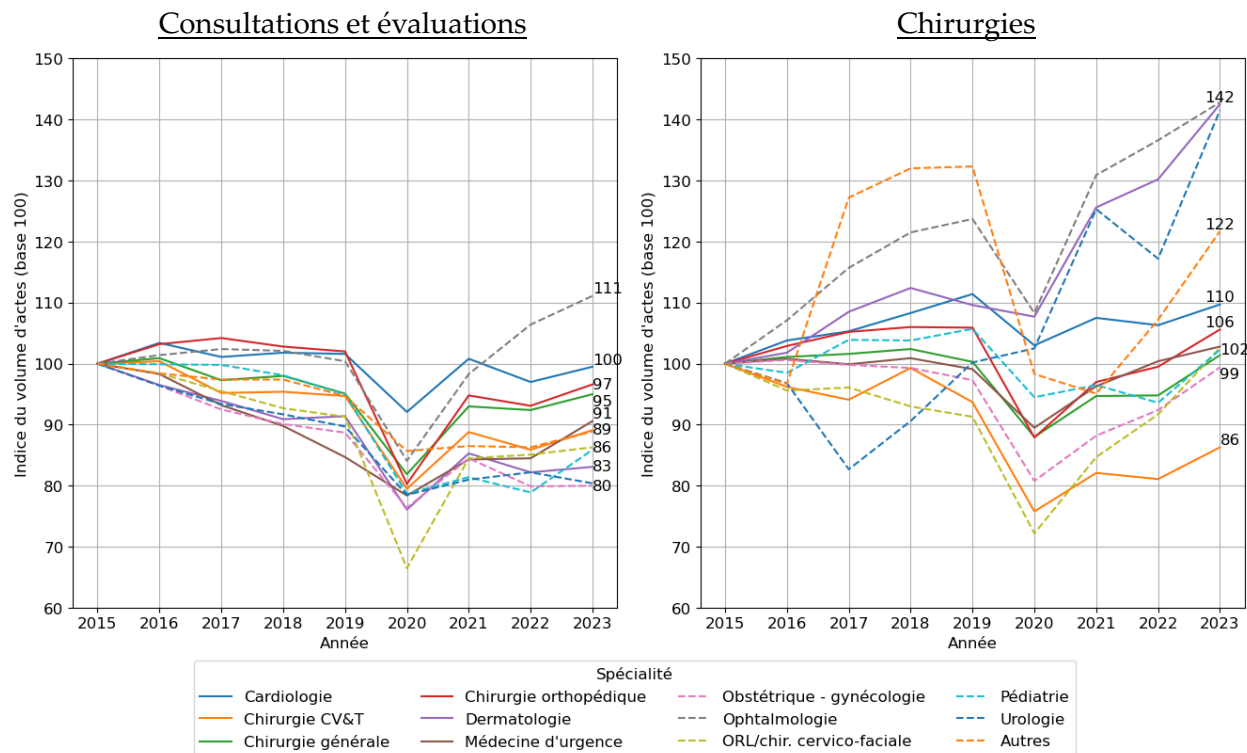
Pour sa part, le tableau 18 rapporte l'évolution du volume d'actes réalisés par les spécialistes, de 2015 à 2023, selon les groupes d'actes. Parmi les deux groupes les plus fréquemment pratiqués — les consultations et évaluations, et les services diagnostiques ou thérapeutiques — ce sont les consultations et évaluations qui ont connu la plus forte variation, avec une diminution de 7,1 %. Certains groupes ont affiché des fluctuations particulièrement marquées, notamment les visites spéciales (+576,7 %), les services spéciaux (+100,3 %) et les services divers (-57,7 %). Les chirurgies ont connu une progression notable de 13,4 %, alors que les anesthésies ont décliné de 42,6 % de 2015 à 2023. Cela représente une croissance moyenne annuelle de 1,6 % pour les chirurgies et une baisse annuelle moyenne de 6,7 % pour les anesthésies. Il convient toutefois de mentionner un saut important dans le volume d'anesthésies entre 2015 et 2017, possiblement attribuable à une modification dans la nomenclature des actes. En débutant l'analyse à partir de 2017 plutôt que de 2015, on observe tout de même une diminution totale de 23,5 % du volume d'anesthésies, correspondant à une baisse annuelle moyenne de 4,4 %.

*Tableau 18. Évolution du volume d'actes effectués par les spécialistes selon la catégorie
(en incluant les médecins ayant des volumes nuls)*

Catégorie d'acte	Moyenne					Variation 2015-2023	
	2015	2017	2019	2021	2023	Nombre	en %
Consultations et évaluations	116 050	114 830	112 240	107 430	107 770	-8 280	-7,1
Jours de soins hospitaliers	6 070	6 040	5 550	5 200	4 930	-1 140	-18,8
Visites spéciales	430	280	280	810	2 910	2 480	576,7
Psychothérapie et counseling	14 730	14 180	12 980	10 540	8 340	-6 390	-43,4
Chirurgies	36 720	38 900	39 760	38 350	41 630	4 910	13,4
Aide chirurgicale	2 170	2 110	2 090	1 950	2 060	-110	-5,1
Anesthésie	14 590	10 940	10 790	9 580	8 370	-6 220	-42,6
Services obstétricaux	7 860	7 690	7 750	7 500	6 970	-890	-11,3
Services diagnostiques ou thérapeutiques	28 670	30 680	31 110	29 100	29 310	640	2,2
Services spéciaux	3 760	7 080	7 380	7 240	7 530	3 770	100,3
Services divers	9 890	6 760	6 490	5 060	4 180	-5 710	-57,7

Comme les spécialistes représentent un groupe hétérogène, il convient de désagréger l'évolution de certains groupes d'actes névralgiques selon la spécialité. La Figure 11 présente l'évolution du volume d'actes, en base 100 en 2015, pour les groupes d'actes suivants : consultations et évaluations, et chirurgies. Cette figure montre que les consultations et évaluations ont diminué, à des degrés divers, pour pratiquement toutes les spécialités. Les deux seules exceptions sont l'ophtalmologie et de la cardiologie (+11 % et 0 %). Les trois spécialités pour lesquelles les consultations et évaluations ont le plus chuté sont l'obstétrique et gynécologie, l'urologie et la dermatologie (-20 %, -20 % et -17 %). Pour leur part, le volume de chirurgies a augmenté auprès de la moitié des spécialités étudiées : ophtalmologie (+42 %), dermatologie (+42 %), urologie (+42 %), autres (+22 %), cardiologie (+10 %) et chirurgie orthopédique (+6 %). Pour les autres spécialités, le volume des chirurgies est essentiellement resté stable, à l'exception de la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique qui diminue de 14 %.

Figure 11. Évolution du volume d'actes moyen par spécialiste (indice en base 100 en 2015), selon la spécialité, pour les consultations et évaluations et pour les chirurgies



Note : CV&T : cardio-vasculaire et thoracique; ORL/chir. : Oto-rhino-laryngologie/chirurgies.

Profil des médecins à faible intensité

L'hétérogénéité de l'intensité d'offre de services médicaux est très importante. Une majorité de médecins offrent beaucoup de services. Un autre groupe en offre beaucoup moins. Combien sont-ils? Quel est le profil de ce groupe? Qu'arriverait-il si leur offre de services médicaux convergeait vers celle de leurs collègues? Ces questions sont pertinentes en elles-mêmes. Mais elles prennent encore plus d'importance quand on considère le contexte des discussions concernant le projet de loi 106. En effet, certaines mesures du projet de loi visent à relier la rémunération collective de groupes de médecins à l'atteinte de cibles de performance.

L'identification d'un groupe de médecins à faible intensité d'offre de services se bute à quatre enjeux importants. D'abord, quels indicateurs utiliser? Deuxièmement, comment fixer le seuil à partir duquel un médecin est considéré à faible intensité? Troisièmement, les mêmes critères doivent-ils être appliqués à tous les médecins? Et finalement, doit-on exclure certains groupes de ces calculs parce que l'augmentation de leur offre de services est peut-être non souhaitée ou bien irréalisable?

Prenons le premier enjeu, celui du choix des mesures. Nous utilisons d'abord le nombre de jours travaillés en ETP. Comme nous l'avons montré, ceci permet d'éviter la difficulté de fixer un seuil pour compter une journée et permet de tenir compte des journées à forte intensité. Puisque l'ETP est calculé spécifiquement pour chaque spécialité, il tient compte des différences d'intensité de facturation entre les spécialités. Nous utilisons un deuxième critère qui est celui du nombre de visites par le médecin au cours d'une année. Ce critère permet d'aller au-delà des différences de montant de facturation. Nous croyons que ces deux mesures sont relativement transparentes. Nous aurions pu utiliser l'information sur les actes, mais leur agrégation en indice pose le problème de l'année de référence, ce que nous avons voulu éviter pour cet exercice. Il est à noter que nous prenons en compte dans ces mesures les absences dues au début ou à la fin de la carrière, et les congés de longue durée. Ainsi, un médecin pratiquant seulement 6 mois aura une mesure de jours travaillés équivalent temps complet qui tiendra compte de cette absence, comme nous l'avons fait précédemment.

La deuxième difficulté concerne les seuils de jours travaillés. Nous utilisons un nombre de 200 jours travaillés comme référence en ETP. Une année comptant environ en 260 jours ouvrables (jours de semaine), ceci permet plus de 12 semaines, soit trois mois en termes annuels de temps complet, pour les vacances et les autres tâches que les médecins peuvent avoir à faire durant l'année. Ce seuil correspond au 40^e centile, environ, de la distribution des jours travaillés en ETP. Bien sûr, il est possible de modifier ce seuil avec l'effet attendu sur l'analyse. Mais le choix de 200 jours nous apparaît être un bon point de départ. Il est à noter que le seuil que nous utilisons est supérieur à celui de la FMOQ qui utilise un seuil de 175 jours (avec au moins 1 \$ de facturation). Pour le nombre de visites annuelles, nous utilisons un seuil fixé au 40^e percentile de chaque spécialité (omnipraticiens et ensuite chaque spécialité chez les spécialistes).

Le troisième enjeu est de savoir s'il y a des groupes de médecins où cette définition ne peut s'appliquer. Nous croyons qu'il est plus difficile d'appliquer cette définition aux médecins dont le mode de rémunération est principalement à salaire ou à vacation, puisque le nombre de visites est basé sur les données de facturation et risque donc d'être erroné pour ce groupe. Ainsi, nous n'utilisons que le critère des jours travaillés en ETP pour ce groupe.

Le dernier enjeu est celui de l'exclusion de certains groupes de médecins sur la base qu'une augmentation de leur intensité de pratique n'est probablement pas souhaitable ou réalisable. Nous croyons que deux groupes peuvent être raisonnablement exclus. Il s'agit des médecins de 65 ans et plus et des médecins qui pratiquent en régions nordiques (Nord du Québec et Côte-Nord). Le premier groupe risquerait fortement de massivement cesser ses activités si le niveau d'offre de services devait substantiellement augmenter. Dans d'autres professions, il est normal de voir les travailleurs diminuer l'intensité de leurs activités au travail après l'âge de 65 ans. Il ne serait donc probablement pas raisonnable de demander la même chose à des médecins de plus de 65 ans. Pour le deuxième groupe, ces médecins sont souvent de garde et en disponibilité si des besoins particuliers se font sentir. Il est ressorti de nos échanges avec certains acteurs du milieu que ce groupe pourrait difficilement accroître son offre de service. Nous les avons donc exclus.

Il est important de mentionner que cette méthodologie permet d'identifier un groupe à faible intensité de pratique qui théoriquement pourrait augmenter son offre de services. Or, il est très possible qu'une partie de ces gains soient théoriques, puisque certains médecins ont d'autres tâches, d'enseignement et administratives, qui ne sont pas captés dans ces données.

Le Tableau 19 montre le résultat de cette classification pour les omnipraticiens et les spécialistes en 2023. De 10 442 médecins omnipraticiens, nous identifions 1 966 médecins qui ont le potentiel d'être à faible intensité, représentant 18,8 % du total des médecins omnipraticiens. Avant exclusion, il y en a 2 708, soit près de 26 % des médecins. Il est formé de 2 027 médecins dont le mode de rémunération principal est à l'acte ou est mixte et de 681 médecins dont celui-ci est à vacation ou à salaire. De ce total de 2 708 médecins, 556 sont des médecins de 65 ans et plus et 186 pratiquent en régions nordiques. Chez les spécialistes, il y a 2 334 médecins qui forment le groupe de médecins avec une intensité de pratique faible, soit 21,5 % des médecins spécialistes. Sans exclusion, ils sont plutôt 3 115, soit 28,6 % du nombre de médecins au total. 3 061 sont des médecins rémunérés principalement à l'acte ou en mode mixte et seulement 55 sont des médecins rémunérés principalement à vacation ou à salaire. Du total de 3 115 médecins potentiellement à faible intensité, 781 sont exclus parce qu'ils appartiennent aux deux groupes visés, soit ceux de 65 ans et plus (740) et ceux pratiquant en régions nordiques (41).

Tableau 19. Nombre et proportion de médecins respectant les conditions de faible intensité selon le groupe (65 ans et plus, pratique en régions nordiques, et moins de 65 ans, sans régions nordiques) et le type de médecin (omnipraticiens et spécialistes)

Groupe de médecins	Omnipraticiens		Spécialistes	
	Nombre	Proportion (en %)	Nombre	Proportion (en %)
Nombre total de médecins	10 442	100,0	10 877	100,0
Mode principal rem. : acte ou mixte	8 870	84,9	10 792	99,2
& Nombre jours travaillés en ETP < 200	2 867	27,5	4 318	39,7
& Nombre visites < 40 ^e centile	2 027	19,4	3 061	28,1
Mode principal rem. : vacation ou salaire	1 571	15,0	85	0,8
& Nombre jours travaillés < 200	681	6,5	54	0,5
Nombre de médecins potentiels à faible intensité	2 708	25,9	3 115	28,6
Exclusions				
65 ans et plus	556	5,3	740	6,8
Pratique en régions nordiques ¹¹	186	1,8	41	0,4
Total des exclusions	742	7,1	781	7,2
Groupe potentiellement à faible intensité	1 966	18,8	2 334	21,5

Note : rem. : rémunération.

Qui sont ces médecins que nous identifions comme faisant partie du groupe à faible intensité de pratique? Le Tableau 20 en trace le portrait. D'abord, il y a davantage de femmes, tant chez les spécialistes que chez les omnipraticiens. Deuxièmement, ils sont plus âgés, même si on en retrouve dans tous les groupes d'âge. Ces différences ne sont pas énormes, tant au niveau du genre que de l'âge, mais sont à prendre en considération.

Pour les omnipraticiens, ces médecins sont plus susceptibles d'œuvrer principalement dans un milieu de pratique autre que le cabinet, même si 36 % des médecins à faible intensité œuvrent, tout de même, majoritairement en cabinet. On en retrouve davantage en CLSC. Il est à noter que nous avons seulement appliqué le critère du nombre de journées pour les médecins œuvrant en CLSC. En ce qui concerne le nombre de milieux de pratique, les médecins faisant partie du groupe à faible intensité ne sont pas nécessairement des médecins qui sont plus susceptibles d'œuvrer dans plusieurs milieux de pratique. En termes de mode de rémunération, ceux à rémunération mixte sont plus susceptibles d'appartenir au groupe à faible intensité. Les médecins à faible intensité ne sont pas plus susceptibles d'avoir un mode de rémunération secondaire que les médecins à plus forte intensité. Finalement, la dimension régionale joue un certain rôle, mais plutôt faible. Seules la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et l'Abitibi-Témiscamingue, deux régions à plus faible densité géographique, ont une proportion plus importante de médecins avec faible intensité de pratique.

¹¹ Côte-Nord, Nord-du-Québec et Nunavik.

Tableau 20. Répartition des caractéristiques des médecins selon le profil d'intensité et le type de médecin

Caractéristiques	Omnipraticiens			Spécialistes		
	Profil d'intensité		Différence	Profil d'intensité		Différence
	Faible	Élevé		Faible	Élevé	
Femme	71,4	62,3	9,1	62,3	47,5	14,8
Groupe d'âge						
25 à 34 ans	21,5	26,9	-5,4	16,2	15,3	0,8
35 à 44 ans	24,8	29,1	-4,2	30,4	36,0	-5,6
45 à 54 ans	26,8	25,0	1,8	28,2	30,3	-2,1
55 à 64 ans	26,8	19,0	7,9	25,2	18,4	6,9
Milieu de pratique principal						
Cabinet	36,1	55,3	-19,2	8,4	6,2	2,2
Centre hospitalier	33,1	27,5	5,6	86,7	92,5	-5,8
CLSC	17,6	11,2	6,3	0,1	0,1	0,1
UMF	4,5	2,5	2,1	-	-	-
Autre	8,6	3,5	5,1	4,7	1,2	3,5
Nb. milieu de pratique sec.						
Aucun	45,3	32,6	12,7	65,0	52,0	13,0
1	33,0	31,8	1,1	30,1	38,8	-8,7
2 et plus	21,8	35,6	-13,9	4,9	9,2	-4,3
Mode de rémun. principal						
À l'acte	54,5	71,8	-17,3	37,6	48,2	-10,6
Mixte	21,6	17,8	3,8	60,7	51,4	9,3
Vacation	20,1	9,2	10,9	1,7	0,4	1,3
Salaire	3,9	1,2	2,6	-	-	-
Nb. mode de rémun. secondaire						
Aucun	35,0	21,4	13,6	55,5	41,8	13,7
1	65,0	78,6	-13,6	44,5	58,2	-13,7
Région socio-sanitaire						
Bas-Saint-Laurent	3,2	3,2	0,1	2,5	2,3	0,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	4,8	4,4	0,4	3,7	3,2	0,5
Capitale-Nationale	10,1	10,0	0,1	9,7	13,3	-3,7
Mauricie et Centre-du-Québec	5,0	6,8	-1,7	3,0	5,5	-2,5
Estrie	5,6	6,0	-0,4	7,1	6,3	0,8
Montréal	24,9	23,3	1,6	46,5	36,1	10,4
Outaouais	4,5	4,8	-0,2	2,6	2,8	-0,2
Abitibi-Témiscamingue	5,9	2,0	3,9	2,1	1,6	0,5
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	3,7	2,0	1,7	1,8	1,2	0,6
Chaudière-Appalaches	3,6	5,4	-1,8	2,8	4,3	-1,5
Laval	3,6	4,8	-1,2	2,3	3,6	-1,2
Lanaudière	4,0	5,6	-1,6	2,7	4,0	-1,3
Laurentides	7,0	6,8	0,2	3,6	4,7	-1,1
Montréal	14,0	14,9	-0,9	9,4	10,9	-1,5

Notes : Nb. : nombre; sec. : secondaire; rémun. : rémunération.

Dans le cas des spécialistes, le profil des médecins à faible intensité ne se distingue pas énormément en termes de milieu de pratique principal sauf pour une fraction plus importante ayant un milieu principal « autre », ce qui inclut notamment les laboratoires privés, les CHSLD et les centres de réadaptation. Ce groupe est cependant très petit. De plus, le groupe à faible intensité ne se distingue pas énormément en termes de nombre de milieux de pratique. Il est même davantage susceptible de n'avoir qu'un seul milieu de pratique. Comme chez les omnipraticiens, le groupe à faible intensité est plus susceptible d'être rémunéré en rémunération mixte qu'à l'acte seulement. Il est aussi moins susceptible d'avoir un mode de rémunération secondaire. Ce groupe est davantage concentré dans la région de Montréal. Enfin, le Tableau 21 présente la répartition des spécialités selon le profil d'intensité. Bien que les différences en points de pourcentage soient faibles, celles-ci sont plus marquées en pourcentage. Ainsi les profils de faible intensité sont beaucoup moins fréquents en cardiologie, en chirurgie générale, en chirurgie orthopédique, en gastroentérologie, et en obstétrique et gynécologie. À l'inverse, les spécialités où les profils de faible intensité sont plus fréquents sont l'ophtalmologie, la pédiatrie et la psychiatrie. Il est à noter que les seuils du nombre de visites utilisés pour classer les médecins dans le profil d'intensité faible varient selon la spécialité. Ces différences reflètent donc les écarts d'intensité à l'intérieur d'une spécialité.

Tableau 21. Répartition des spécialités chez les spécialistes selon le profil d'intensité

Spécialités	Profil d'intensité		Différence	
	Faible	Élevé	En p.p.	En %
Anesthésiologie	8,3	8,6	-0,3	-3,5
Cardiologie	4,1	4,9	-0,8	-16,3
Chirurgie générale	4,7	6,1	-1,4	-23,0
Chirurgie orthopédique	3,1	3,9	-0,7	-20,5
Gastroentérologie	1,6	3,2	-1,6	-50,0
Obstétrique et gynécologie	3,7	5,7	-2,0	-35,1
Médecine interne	8,8	8,4	0,4	4,8
Ophtalmologie	3,6	3,0	0,6	20,0
Pédiatrie	9,5	7,0	2,5	35,7
Psychiatrie	11,7	10,6	1,0	10,4
Autre	41,0	38,7	2,3	5,9

Sur la base de l'algorithme de classification, nous présentons au Tableau 22 les moyennes des mesures d'offre de services par médecin dans les deux groupes. Parmi les 18,8 % de médecins omnipraticiens que nous avons classés comme ayant un profil d'intensité faible, le nombre moyen de jours travaillés en équivalent temps plein (annualisé) est de 119, comparativement à 300 chez ceux ayant un profil élevé — soit une intensité de travail inférieure de 60 %. Il en va de même pour le nombre moyen de visites par année et du volume d'actes. Chez les spécialistes, les différences sont importantes, mais du même ordre de grandeur que chez les omnipraticiens — soit 130 jours travaillés en ETP chez ceux ayant un profil d'intensité faible et 277 chez ceux ayant un profil élevé.

Tableau 20. Moyenne des indicateurs de productivité selon le profil d'intensité et le type de médecin

Indicateurs de productivités	Omnipraticiens				Spécialistes			
	Profil d'intensité		Différence		Profil d'intensité		Différence	
	Faible	Élevé	Nombre	en %	Faible	Élevé	Nombre	en %
Nombre de jours trav. (en ETP)	119	300	-180	-60,2	130	277	-148	-53,3
Nombre de visites	1 433	2 925	-1 492	-51,0	971	3 002	-2 030	-67,6
Volume d'actes	61 100	129 400	-68 300	-52,8	94 100	278 800	-184 700	-66,2
Proportion ensemble des médecins (en %)	18,8	65,2	-	-	21,5	64,9	-	-

Note : trav. : travaillés. Les groupes exclus de la classification sont les médecins âgés de 65 ans et plus et les médecins des régions nordiques.

Qu'arriverait-il si ces médecins à faible intensité de pratique convergeaient vers le niveau de pratique des médecins à plus forte intensité? Encore une fois, il est important de noter que cet exercice est théorique et seulement suggestif de l'ampleur des effets potentiels d'une telle convergence. Le Tableau 23 montre les résultats sur l'offre globale de services médicaux. Nous avons d'abord calculé, sur la base de l'intensité de pratique des médecins à plus forte intensité, combien de médecins additionnels en équivalent temps plein (ici mesuré par la pratique des médecins à forte intensité) le système de santé aurait à sa disposition. Une telle situation se traduirait, tant chez les omnipraticiens que chez les spécialistes, par une augmentation d'environ 15 % du nombre de médecins en équivalent temps plein. Cela représenterait 2 millions de visites supplémentaires chez les omnipraticiens (+8,5 %) et 4,4 millions chez les spécialistes (+18,5 %). Le volume d'actes augmenterait de manière proportionnelle à ces hausses.

Tableau 21. Effet de l'amélioration de l'offre de services des médecins selon le type de médecin

Montant total	Omnipraticiens				Spécialistes			
	Scénario		Effet		Scénario		Effet	
	Actuel	Intensité+	Nombre	en %	Actuel	Intensité+	Nombre	en %
Nombre de médecins (en ETP)	7 506	8 589	1 083	14,4	8 089	9 308	1 219	15,1
Nombre de visites (en M)	21,2	23,0	1,8	8,5	23,8	28,2	4,4	18,5
Volume d'actes (en M)	912	988	76,2	8,4	2 187	2 586	399	18,3

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*.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2024, 29 octobre). *Portrait 2024 de la médecine de famille*. <https://www.fmoq.org/dossier-actualites/portrait-2024-de-la-medecine-de-famille/>
- 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 (2020). *Étude comparative des paiements versés aux médecins spécialistes du Québec et du reste du Canada en 2016-2017*. Ottawa, ON.
- ICIS (2023). *Méthodologie de regroupement de la population de l'ICIS 1.4 — aperçu et extrants*. Ottawa, ON.
- ICIS (2024). *Base de données nationale sur les médecins : publication des données, 2022-2023 — notes méthodologiques*. 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

Tableaux additionnels

Tableau 22. Effet de l'exclusion des médecins avec une cause d'absence sur les indicateurs de productivité de 2023 (omnipraticiens)

Indicateur	Moyenne - 2023		Effet de l'exclusion selon la cause d'absence			
	Premier rapport	Ensemble des raisons	Début ou fin de carrière	Congé maternité	Absence prolongée	Ensemble des raisons
Sem. travaillées	41	48	4	1	2	7
Jours travaillés	170	214	30	4	10	44
Jours travaillés par sem. (prop. en %)						
1	4	1	-2	0	-1	-3
2	7	3	-3	0	-1	-4
3	16	9	-5	-1	-1	-7
4	42	35	-7	0	0	-7
5+	32	52	17	0	3	20
Patients	1120	1295	85	23	67	175
Visites	2186	2566	181	52	147	380
Visites par jour	12	12	-1	0	1	0

Tableau 23. Effet de l'exclusion des médecins avec une cause d'absence sur les indicateurs de productivité de 2023 (médecins spécialistes)

Indicateur	Moyenne - 2023		Effet de l'exclusion selon la cause d'absence			
	Premier rapport	Ensemble des raisons	Début ou fin de carrière	Congé maternité	Absence prolongée	Ensemble des raisons
Sem. travaillées	40	47	4	1	2	7
Jours travaillés	172	201	16	2	11	29
Jours travaillés par sem. (prop. en %)						
1	5	2	-2	0	-1	-3
2	8	8	0	1	-1	0
3	11	11	0	0	0	0
4	27	26	-1	-1	1	-1
5+	50	54	1	1	2	4
Patients	1403	1633	117	18	95	230
Visites	2743	3211	237	38	193	468
Visites par jour	14	15	1	0	0	1