

Rémunération des médecins au Québec : le statu quo n'est plus une option

Mémoire présenté dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi 106 :
*Loi visant à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à
l'amélioration de l'accès aux services médicaux*

Par

Pierre-Carl Michaud
HEC Montréal et CIRANO

Mai 2025

Notes biographiques

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

Contexte

Tous les pays sont exigeants envers leur système de santé. En fait, il y a peu de pays où les gens en sont généralement satisfaits. Au Québec, un sondage IPSOS réalisé en avril 2025 démontrait que 46% des Québécois étaient insatisfaits de leur système de santé, 29% croient que la situation s'est détériorée dans les 10 dernières années et 81% croient que le système est devenu trop bureaucratique.¹ Une enquête CIRANO menée par Olivier Jacques et Philippe Chassé arrive à des conclusions similaires.² Dans son plus récent classement des systèmes de santé, le *Commonwealth Fund* place le système du Canada au 7^e rang sur 10 pays considérés.³ Aucun des 10 pays ne domine outrageusement dans les différentes dimensions. Ils ont tous des forces et des faiblesses. Avant de se plonger dans notre situation au Québec, il faut donc reconnaître d'emblée qu'il n'y a pas de recette magique et que tous les pays font face à des enjeux de taille en santé.

Les attentes sont élevées. La population attache une valeur de plus en plus importante à la santé et à des soins efficaces, soit parce qu'on veut prévenir des problèmes de santé qu'on pourrait développer, ou soit parce qu'on veut des soins adéquats et rapides quand ces problèmes surviennent. Nous vivons plus longtemps qu'avant - le Québec a d'ailleurs aujourd'hui l'espérance de vie la plus élevée des provinces canadiennes⁴ - et le vieillissement démographique fait en sorte qu'une part importante de la population arrive en même temps dans cette phase où la santé devient la priorité des priorités. Mais au niveau de la collectivité, la santé ne peut éclipser toutes les autres priorités, comme l'éducation, la justice ou bien le soutien aux familles. D'où l'importance de faire les bons arbitrages et de viser l'efficacité pour chaque dollar consenti à la santé. D'ailleurs, le sondage IPSOS montre qu'une proportion de 69% des Québécois, la plus élevée au Canada, croient que le rythme des dépenses en santé est insoutenable. Dans nos recherches sur les facteurs expliquant l'évolution des dépenses de santé et la santé des populations, ce manque d'efficacité, se reflétant dans des prix élevés et des quantités de service faibles, explique en bonne partie la sous-performance de systèmes de santé comme celui des États-Unis ([Fonseca et al, 2023](#)). Il y a donc lieu de corriger de tir.

Le médecin est l'un des acteurs les plus névralgiques de notre système de santé. C'est pratiquement le seul à poser le diagnostic médical, à décider des traitements, à exécuter les traitements complexes comme les chirurgies. Il a le monopole de l'expertise, face à un patient, pour déterminer le diagnostic et le traitement souhaitable. Bien sûr, il doit être rémunéré pour cette tâche. Mais dès les débuts des travaux en économie de la santé, par exemple avec [Kenneth Arrow en 1963](#), il a été noté que la façon de rémunérer les médecins peut avoir un effet sur leur comportement. Nous ne sommes pas dans un marché du travail traditionnel. Même si leur comportement est en grande partie dicté par des normes de pratiques très exigeantes, il existe une marge de manœuvre pour le médecin pour décider du nombre de patients vu, des diagnostics à poser et des traitements à prescrire et effectuer. Face à une demande qu'on dit largement inélastique, parce que la population obtient des soins sans frais directs au point de service, le médecin a une marge de manœuvre substantielle au niveau des soins offerts. Cette marge de manœuvre est affectée par la manière de rémunérer les médecins comme la montré la

¹ https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2025-04/MEI%20Healthcare%20Study_EN_2025.pdf

² <https://cirano.qc.ca/fr/sommaires/2025RP-09>

³ <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2024/sep/mirror-mirror-2024>

⁴ <https://pierrecharlmichaud.substack.com/p/des-bonnes-nouvelles-en-sante>

littérature en économie de la santé.⁵ Du point de vue d'un régime d'assurance maladie public, le type et le niveau de soins choisis par le médecin peuvent être différents de ce qui serait optimal étant donné les contraintes sur les ressources du régime, mais aussi du gouvernement au sens large.

À l'origine du système de santé au Québec, le compromis a été de laisser les médecins agir comme travailleurs autonomes rémunérés à l'acte. C'est toujours le cas, en grande majorité, aujourd'hui. Et cette rémunération a fait l'objet de nombreux changements à travers le temps. Comme nous le verrons, elle est maintenant compétitive à l'échelle canadienne, mais ce choix historique a eu deux effets indésirables. D'abord, il a généré une complexité importante et un manque de transparence au niveau de la fixation des tarifs pour les actes. Les manuels de facturation des omnipraticiens et des médecins spécialistes totalisent 4 075 pages, dont 577 concernent uniquement les instructions de facturation. Plus de 90 % des médecins délèguent la tâche de facturation à des agences spécialisées, ce qui témoigne de la complexité du processus.⁶ Le tarif des actes est en grande partie fixé par les médecins eux-mêmes. Deuxièmement, il y a une difficulté importante à coordonner de manière efficiente la livraison des services médicaux dans un système où l'un des acteurs névralgiques a un contrôle presque entier sur son offre de service.

Avec le dépôt de ce projet de loi, le gouvernement signale son intention de changer sa façon de faire pour rémunérer les médecins. Les négociations en cours avec les fédérations médicales annonçaient ce bras de fer depuis un bon moment. J'ai cherché longtemps la manière de contribuer sur cet enjeu de politiques publiques. Une opportunité nous a été offerte à l'automne dernier, présentée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, d'exploiter les meilleures données disponibles, soit l'ensemble des données individuelles de facturation des médecins depuis 2010.

Loin de vouloir répondre à la question de quel mode de rémunération le Québec devrait adopter, moi et mon équipe, composée de chercheurs de HEC Montréal et l'Université Laval ayant des expertises complémentaires sur ces enjeux, avons décidé de nous donner deux objectifs : a) documenter l'évolution de l'offre de services médicaux et plus généralement l'offre de travail des médecins depuis 2010; b) analyser s'il existe un lien entre rémunération à l'acte et l'offre de services médicaux.

Outre l'utilisation de données de facturation récentes, l'originalité de notre approche a été de combiner plusieurs sources de données. Au cœur du problème pour répondre à la première question est qu'aucune donnée sur les heures travaillées par les médecins n'est disponible de source administrative. C'est une conséquence fâcheuse du mode de rémunération à l'acte. On ne collecte de l'information que sur les actes. Nous avons donc croisé les données avec celles des recensements canadiens, remplis par les médecins eux-mêmes, concernant les semaines et les heures travaillées. Nous avons aussi fait une analyse exhaustive des données de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) afin de comparer l'évolution au Québec avec celle dans les autres provinces. Aucune de ces sources d'information n'est idéale et nous avons tenté d'être le plus transparent possible sur les limites de nos analyses, surtout étant donné le temps que nous avons pour réaliser l'étude. Mais ensemble, nous sommes d'avis qu'elles nous permettent

⁵ Voir par exemple l'excellente revue de la littérature d'avant les années 2000 par Thomas McGuire (2000), *Physician Agency*, Handbook of Health Economics, chapitre 9.

⁶ Vérificateur général du Québec (2021). https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/174/32347_vgq_ch06_juin-2021_web.pdf

de tracer un portrait cohérent de la situation et de dégager un nombre de constats utiles pour la discussion entourant plusieurs enjeux que ce projet de loi soulève. L'étude a été publiée le samedi 24 mai 2025 et est disponible en suivant le lien ci-bas à la Chaire Jacques Parizeau en politiques économiques.

[Lien vers l'étude de la chaire Jacques Parizeau : \(https://cjp.hec.ca/offre-de-services-medicaux-et-de-la-remuneration-des-medecins\)](https://cjp.hec.ca/offre-de-services-medicaux-et-de-la-remuneration-des-medecins)

Résumé des conclusions de l'étude

Voici les principales conclusions tirées de l'étude qui sont pertinentes pour les discussions entourant le projet de loi.

1. La rémunération des médecins constitue une composante importante des dépenses de santé dans les provinces canadiennes. Celle-ci représente 16 % des dépenses de santé du gouvernement du Québec. La croissance cumulée de la rémunération clinique totale des médecins québécois de 2010 à 2022 a été de 63 % chez les omnipraticiens et de 65 % chez les spécialistes, parmi les plus élevées au Canada (2^e pour les omnipraticiens parmi les provinces, 4^e pour les spécialistes). La croissance élevée de la rémunération au Québec se démarque à l'échelle canadienne, en particulier au niveau de la rémunération à l'acte qui a crû à un rythme annuel moyen de 4,8 % chez les spécialistes et de 4,5 % chez les omnipraticiens.
2. La rémunération annuelle moyenne par équivalent temps plein (ETP) pour les omnipraticiens au Québec était de 414 000 \$ en 2023, la plus élevée au Canada une fois ajustée pour les différences de coût de la vie entre les provinces (2^e sans cet ajustement). La rémunération des spécialistes par ETP au Québec, à 548 000 \$, était dans la moyenne canadienne et supérieure à la rémunération des spécialistes en Ontario une fois ajustée pour le coût de la vie.
3. Le nombre de médecins par habitant au Québec est dans la moyenne canadienne, mais la province se situe en queue de peloton en termes d'ETP. Au Québec, il y a eu de 2010 à 2022 une croissance de 15 % du nombre de spécialistes et de 19 % du nombre d'omnipraticiens, mais une quasi-stagnation du nombre d'ETP (de 2014 à 2022). Chez les spécialistes, tant la hausse des effectifs que celle des ETP sont les plus faibles au Canada. L'augmentation des effectifs chez les omnipraticiens est dans la moyenne canadienne, mais en queue de peloton en termes d'ETP. La diminution de l'intensité de pratique semble donc avoir annulé les gains liés à la formation de nouveaux médecins.
4. Selon les données des recensements de 2011 à 2021, les heures et semaines moyennes travaillées annuellement par les médecins étaient en légère baisse pratiquement partout au Canada, y compris au Québec. En 2021, les médecins – omnipraticiens comme spécialistes – rapportaient avoir travaillé en moyenne 46 semaines. Toutefois, selon les données complètes de facturation de la RAMQ (2011-2023), les omnipraticiens n'atteignaient un seuil minimal de facturation qu'au cours de 37 semaines en moyenne, contre 32 pour les spécialistes en 2021. Ainsi, environ une semaine travaillée sur quatre ne serait pas dédiée à des services

médicaux rémunérés à l'acte. Les médecins supportent donc vraisemblablement des charges d'activités non cliniques importantes, puisque les semaines travaillées rapportées dans les recensements sont beaucoup plus nombreuses que les semaines avec activité clinique (rémunérée à l'acte) constatées dans les données de la RAMQ.

5. En moyenne, les omnipraticiens atteignaient un certain seuil minimal de facturation 135 jours dans l'année, contre 146 pour les spécialistes sur 260 jours ouvrables en 2023. Environ un tiers des médecins facturait en moyenne 3 jours ou moins par semaine. Ces données suggèrent une capacité non utilisée importante chez les médecins dans la prestation de services médicaux, plus élevée chez les omnipraticiens que chez les spécialistes. Cette situation met une pression accrue sur la formation de nouveaux médecins, pression qui pourrait être atténuée par une utilisation accrue de la capacité existante.
6. Certaines spécialités ont connu des hausses de tarifs (indices de prix) plus importantes que d'autres. La hausse de la rémunération moyenne par médecin est en grande partie expliquée par une hausse des tarifs, alors que le volume d'actes n'a eu pratiquement aucun effet chez les spécialistes et a eu un effet baissier sur la rémunération pour les omnipraticiens. Deux facteurs expliquent cette stagnation, voire cette diminution de l'offre de services médicaux.
7. Un certain effet de composition est à l'œuvre : un nombre croissant de médecins, notamment des femmes, ont un attachement moins marqué à la pratique clinique, ce qui se traduit par une offre de travail réduite. L'analyse montre cependant que l'évolution dans le temps de l'âge et du genre des médecins a peu de liens avec la réduction de leur offre de travail moyenne, que ce soit le nombre de jours travaillés, le nombre de patients (uniques) vus ou le nombre de visites. Les effets résiduels, capturant des variations qui ne sont pas expliquées par l'âge et le genre, prédominent, en particulier chez les omnipraticiens. On ne peut donc pas attribuer la stagnation ou la réduction de l'offre de services médicaux à la proportion croissante de médecins plus âgés ou de sexe féminin.
8. Il existe un lien négatif robuste au Québec entre la rémunération et l'offre de travail des médecins. Autrement dit, lorsque les tarifs des actes médicaux augmentent de façon générale, l'offre de services tend à diminuer. Ce phénomène peut survenir si, par exemple, les médecins visent de manière générale un niveau de rémunération cible et donc réagissent en ajustant le volume à la baisse quand les tarifs augmentent. Nos résultats suggèrent qu'une hausse de 10 % des tarifs est associée à une baisse de 3,9 % du volume d'actes et de 2,3 % du nombre de visites. Dans ce contexte, une hausse de la rémunération, aux niveaux actuels, ne saurait être justifiée par le besoin de répondre à une demande non satisfaite dans la population.
9. L'étude offre des pistes de réflexion importantes pour éclairer les choix de politiques publiques concernant la rémunération des médecins dans les années à venir. Notre étude documente une évolution de l'offre de services médicaux qui est probablement insuffisante pour répondre à la croissance des besoins de la population. Il identifie certaines causes et met en évidence des zones d'ombre entourant les activités non cliniques des médecins. En bout de piste, il apparaît que de nombreux médecins consacrent une part relativement faible de leur temps à la prestation directe de services médicaux. Une hausse de rémunération dans le système actuel n'est donc pas souhaitable. Par ailleurs, il m'apparaît important de

noter que l'absence d'information sur le temps travaillé par les médecins hors services médicaux ampute notre capacité à juger les effets de modes de rémunération alternatifs.

Implications des résultats de l'étude pour le projet de loi

Je voudrais faire quelques remarques importantes sur le projet de loi lui-même, à la lumière des résultats de l'étude, mais aussi de ma lecture de la littérature sur le sujet. Ces remarques sont faites en mon nom personnel et n'engagent pas les co-auteurs de l'étude.

Une des composantes du projet de loi est d'introduire un élément de paiement par capitation dans la rémunération des médecins. Or, il est difficile de prévoir les effets d'un passage (partiel) à un mode de paiement par capitation, surtout quand la justification du calcul des tarifs qu'on a vu publiquement, modulé selon le niveau de besoin des patients, n'est pas connue. On ne sait pas non plus comment les autres composantes de la rémunération seront ajustées en fonction de cette nouvelle forme de rémunération. Quel est l'effet net sur la rémunération des médecins et sur les incitations? Cet aspect est très important. Un effet connu de la capitation est qu'il peut mener à un effet inverse à celui de la rémunération à l'acte : c'est-à-dire que les médecins passent moins de temps avec chaque patient et auront tendance à privilégier les cas moins lourds. Dans ce cas, ce ne sont pas tant les indicateurs de performance qui sont essentiels, mais plutôt des indicateurs de qualité des soins. En effet, certaines études ont montré que l'introduction du mode de rémunération mixte au Québec chez les spécialistes a pu avoir des effets négatifs en termes de réadmission à l'hôpital et même de mortalité post-hospitalière ([Échevin, Fortin et Houndetoungan, 2025](#)). Il y a donc selon moi un besoin réel de développer des indicateurs de qualité des soins et que ceux-ci soient disponibles publiquement afin de contraster la performance (prise en charge) avec les résultats de cette prise en charge. La modulation des tarifs par capitation selon le niveau de besoins doit être faite avec soin et bien expliquée. Elle doit faire l'objet d'une étude exhaustive en utilisant notamment les données des comportements actuels des médecins et une estimation des effets sur ces comportements.

Un deuxième changement important du projet de loi est de lier la rémunération des médecins à l'atteinte d'objectifs de performance. Mais trois difficultés, pour lesquels nous avons peu d'évidence, peuvent diminuer l'efficacité de ce changement afin d'augmenter l'offre de services médicaux. D'abord, je l'ai mentionné, rémunérer la performance sans rémunérer la qualité peut amener des effets indésirables. Il faut en être conscient et réfléchir à la possibilité d'aussi lier la rémunération à l'atteinte de cibles en termes de qualité. Deuxièmement, les médecins vont devoir substituer des activités hors clinique qu'ils effectuent actuellement afin de rencontrer ces objectifs de performance en termes de services médicaux. Or, nous en connaissons peu sur l'étendue et la nature de ces activités. Il ne faudrait pas, comme le dit l'expression populaire, *déshabiller Pierre pour habiller Paul*. Plusieurs médecins enseignent, d'autres ont des tâches administratives importantes. Je recommande donc au gouvernement la prudence à cet égard et la nécessité de porter un éclairage sur cette zone d'ombre, soit le travail réalisé par les médecins en dehors des services médicaux. Finalement, une troisième difficulté est pour moi très importante. Dans l'exercice de leur fonction, les médecins spécialistes se butent à des contraintes qui limitent leur capacité à offrir des services. Or, on en sait peu sur le rôle

relatif de ces contraintes pour expliquer la faible offre de services médicaux, en particulier dans les spécialités où cette problématique est présente. Donc, il faudrait à tout le moins ajuster la forme de rémunération collective selon la performance pour tenir compte de ces contraintes ou lier aussi la rémunération d'autres professionnels de la santé, ou des hôpitaux, à l'atteinte de ces mêmes objectifs. Encore là, je n'ai pas de recommandations précises, mais ceci devrait faire l'objet d'une étude détaillée afin de ne pas pénaliser indûment les médecins pour les difficultés organisationnelles dans d'autres composantes du système de santé.

Je voudrais terminer sur un point essentiel à mes yeux. Un changement de cette ampleur à la rémunération des médecins, avec un désir d'augmenter l'offre de services, pourrait mener à une hausse des dépenses au titre de la rémunération des médecins. Ceci n'est pas nécessairement un problème à mes yeux. L'étude montre que malgré une rémunération par médecin ETP très élevée au Québec, la part des dépenses de santé liée à la rémunération n'est pas la plus élevée au Canada, loin de là. L'objectif visé étant d'augmenter l'offre de services, une telle hausse pourrait augmenter la part de la rémunération des médecins et diminuer celle d'autres composantes du réseau dans les dépenses de santé, surtout si par exemple, il y a une meilleure prise en charge en première ligne, en particulier en prévention. Le statu quo actuel n'est pas une option, non pas parce que la rémunération des médecins est insoutenable financièrement, mais parce que la hausse de la rémunération à l'acte des dernières décennies ne semble pas avoir augmenté l'offre de services médicaux et pourrait même l'avoir fait diminuer.