



LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

MÉMOIRE INFORMATIF À L'INTENTION DES
ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DU QUÉBEC

Mémoire rédigé à la demande des associations étudiantes en médecine au Québec

Publié le 27 avril 2019
Fédération médicale étudiante du Québec
630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510
Montréal, Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant : politique@fmeq.ca

Sous la direction de

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Rédigé par

Élyse Brunelle-Ménard, étudiante en médecine, Université de Sherbrooke

Louis-Charles Desbiens, étudiant en médecine, Université Laval

Joanie Faubert, étudiante en médecine, Université de Montréal

Kiana Lebel, étudiante en médecine, Université de Sherbrooke – campus Saguenay

Samuel Montplaisir, délégué aux affaires externes – Québec, Université McGill

Antoine Rioux, étudiant en médecine, Université de Sherbrooke

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Maxime St-Onge, président, Association des Étudiantes et Étudiants en Médecine de l'Université de Montréal – campus Trois-Rivières

Révision et mise en page

Patrice Levasseur-Fortin, président, Fédération médicale étudiante du Québec

Maxime Morin-Lavoie, délégué aux affaires internes, Fédération médicale étudiante du Québec

Guillaume Roy, délégué aux affaires politiques, Fédération médicale étudiante du Québec

Remerciements

André-Pierre Contandriopoulos, professeur émérite, École de santé publique de l'Université de Montréal – Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé

Damien Contandriopoulos, professeur, Faculté de sciences infirmières, Université de Victoria

Table des matières

INTRODUCTION	7
HISTORIQUE DE LA RÉMUNÉRATION.....	8
Mise en place de la RAMQ	8
Opposition des médecins à l'assurance maladie	9
Évolution des conditions de travail des médecins.....	10
SYSTÈME ACTUEL DE RÉMUNÉRATION	14
Rémunération à l'acte.....	14
Qu'est-ce qu'un acte ?.....	14
Comment se fait la facturation ?	15
Les différents modes de rémunération présents au Québec	15
La rémunération par capitation	16
La rémunération par enveloppe budgétaire	17
La rémunération à salaire.....	17
La rémunération mixte	18
Les différents centres de santé	19
Les omnipraticiens en CLSC.....	19
Les omnipraticiens en GMF	20
Clinique réseau.....	21
Autres particularités.....	21
Plans régionaux d'effectifs médicaux	21
Les activités médicales particulières.....	22
Le médecin en tant qu'enseignant.....	23
Mécanisme de négociations	23
Négociations salariales.....	23
Division des sommes.....	25
Conditions de pratique incluses dans les ententes.....	27
Privé versus public.....	28
L'incorporation.....	28
DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE RÉMUNÉRATION À TRAVERS LE MONDE ET EFFICACITÉ DE CEUX-CI.	30
Modes de rémunération au Canada	30
Modes de rémunération à l'international.....	31
France	32
Royaume-Uni	32
Impact des modes de rémunération : données probantes	33
Comparaison des grands systèmes de rémunération.....	33
DÉCONSTRUIRE LES MYTHES	36
La prime jaquette.....	36
Les frais accessoires.....	36
BIBLIOGRAPHIE.....	38

Présentation de la FMEQ et d'IFMSA-Québec

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) représente plus de 4000 étudiants et étudiantes en médecine répartis dans les quatre facultés et six campus du Québec offrant ce programme, sans oublier le campus de Moncton au Nouveau-Brunswick. Elle permet de regrouper les étudiants afin d'établir une collaboration optimale entre eux et de porter une voix unique, plus puissante. Elle a pour mission la représentation et la défense de leurs intérêts communs, sur les plans académiques, sociaux, politiques et du bien-être.

Les étudiants et étudiantes en médecine ont à cœur de s'impliquer et de se mobiliser pour un Québec plus sain, pour des soins de qualité aux patients et pour des services adaptés à leurs besoins. C'est pourquoi la FMEQ s'est impliquée au cours des dernières années sur des sujets comme la promotion d'une assurance médicaments publique universelle, l'amélioration de la couverture vaccinale au Québec, la taxation des boissons sucrées, la légalisation du cannabis, le don d'organe et bien d'autres.

En 2002, soucieuse de l'implication sociale de ses membres, la FMEQ a fondé IFMSA-Québec, sa division internationale et communautaire. Celle-ci a pour mission la sensibilisation et la mobilisation des étudiants et étudiantes en médecine du Québec autour des enjeux sociaux, communautaires et mondiaux de la santé. Présente dans les six campus de médecine de la province, IFMSA-Québec offre de multiples activités de formation et congrès en santé ; organise plus de 150 échanges à l'étranger par année ; coordonne six projets d'éducation par les pairs dans les écoles du Québec ; se positionne sur les enjeux d'actualité et travaille de pair avec de multiples partenaires externes, toujours dans l'objectif de former des jeunes médecins pour qui le stéthoscope est un levier d'action.

INTRODUCTION

Le thème de la rémunération des médecins a pris une grande place dans l'actualité au cours des dernières années. Cet enjeu a commencé à prendre plus de place dans les médias en 2014, lors du renouvellement des ententes entre le gouvernement du Québec et les fédérations médicales (FMOQ et FMSQ). Lorsque ces ententes ont été modifiées en 2018, le sujet est revenu plus que jamais au centre de l'attention médiatique.

En tant qu'étudiants en médecine, il nous arrive souvent d'être questionnés par les gens de notre entourage sur cette question. Or, la rémunération des médecins est extrêmement complexe, autant en ce qui a trait au mode de rémunération en soi que des dispositions des dernières ententes négociées ; tellement complexe que la majorité des étudiants en médecine ne connaissent pas le fonctionnement de ce système de rémunération. Ce sujet en est aussi un trop complexe pour que les médias soient en mesure de bien décrire l'ensemble de la situation de manière exhaustive dans un article ou dans un reportage. Il résulte donc d'un manque d'information vulgarisée permettant de bien comprendre le sujet.

La FMEQ a été mandaté de produire ce document pour permettre aux étudiants en médecine du Québec, de même que toute autre personne intéressée par le sujet, de mieux comprendre le fonctionnement de la rémunération des médecins, dans lequel nous aurons à naviguer dans quelques années. De plus, dans le contexte où ce sujet est omniprésent dans l'actualité et où le gouvernement provincial parle de modifier le mode de rémunération des omnipraticiens, bien comprendre le mode de rémunération actuel permettra de mieux suivre le débat à venir.

Nous espérons que ce document vous sera utile à mieux comprendre la situation de la rémunération des médecins et qu'il permettra un débat constructif, basé sur des faits objectifs.

HISTORIQUE DE LA RÉMUNÉRATION

Mise en place de la RAMQ

Jusqu'aux années 1950, la pratique de la médecine au Québec était l'exemple parfait de ce que l'on considère comme une profession libérale : le médecin était un travailleur entièrement autonome, exerçant de manière privée et individuelle.

Au cours de la Seconde Guerre Mondiale, les différents gouvernements occidentaux ont augmenté les cotisations prélevées auprès de leurs citoyens via les taxes et les impôts dans le but de payer l'effort de guerre. À la fin de la guerre, les gouvernements se sont donc retrouvés avec un pouvoir important de dépenser qui, couplé à l'arrivée au pouvoir de gouvernements interventionnistes, fut propice à l'implantation d'une couverture médicale publique¹.

En 1947, la Saskatchewan est devenue la première province canadienne où le gouvernement a mis en place une assurance-hospitalisation ; ainsi, les soins de santé offerts dans le cadre d'une hospitalisation étaient payés en totalité par le gouvernement, mais les soins de santé prodigués à l'extérieur du milieu hospitalier demeuraient à la charge des patients². Plusieurs autres provinces ont emboîté le pas dans les années qui ont suivi et en 1957, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* qui engage le palier fédéral à payer la moitié des dépenses des programmes d'assurance-hospitalisation des provinces.

Au Québec, il faut attendre jusqu'en 1960 pour voir apparaître l'assurance-hospitalisation. Lors des élections de 1960, les libéraux de Jean Lesage proposaient dans leur plateforme électorale l'implantation d'une telle assurance publique et ils n'ont pas tardé, suivant leur victoire, à appliquer cette promesse. C'est ainsi que depuis le 1er janvier 1961, les dépenses encourues lors de l'hospitalisation de Québécois et Québécoises sont assurées par l'État³.

La volonté populaire de voir les frais de santé assumés par l'État a continué à progresser et, en 1960, Tommy Douglas est réélu premier ministre de la Saskatchewan avec la promesse de mettre en place un système d'assurance-maladie universelle. En 1962, un tel système est mis en place dans cette province.

En 1961, pendant que tous ces changements se produisaient dans les différentes provinces canadiennes, le gouvernement fédéral de John Diefenbaker a mis en place la commission royale d'enquête sur les services de santé, aussi appelée commission Hall, avec comme objectif de brosser le portrait des services de santé à travers le pays et de faire des recommandations dans le but d'améliorer le système de santé dans le meilleur intérêt des citoyens canadiens. Les deux rapports résultant de cette commission furent publiés en 1964⁴. L'une des conclusions de ces rapports était

¹ André-Pierre Contandriopoulos, « Inertie et changement, » *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 9, n°2 (2003) : 6.

² Gouvernement du Canada, « Le système des soins de santé du Canada, » 24 mars, 2019, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>.

³ Université de Sherbrooke, « Adoption par l'Assemblée législative d'une loi sur l'assurance-hospitalisation, » 24 mars, 2019, <http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/evenements/1342.html>.

⁴ Gouvernement du Canada, « Commission royale d'enquête sur les services de santé, 1961 à 1964, » 13 juin, 2005, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/commissions-enquetes/commissions-federales-soins-sante/commission-royale-services-sante.html>.

la nécessité d'instaurer un système d'assurance-maladie universelle pour tous les Canadiens, leur permettant d'avoir accès à tous les services de santé, peu importe leurs moyens financiers⁵.

Suivant les conclusions de la Commission Hall, en 1966, le gouvernement fédéral de Lester B. Pearson a adopté la *Loi sur les soins médicaux*, assurant une cotisation du gouvernement fédéral dans les programmes provinciaux d'assurance-maladie à hauteur de la moitié du budget nécessaire⁶.

Les travaux de la Commission Hall ont également eu un écho auprès du gouvernement du Québec. En 1966, le Parlement provincial adopta la *Loi sur l'assistance médicale*, couvrant les soins médicaux des assistés sociaux. Les médecins étaient alors payés à l'acte pour les services qu'ils dispensent dans le cadre de ce programme. La grille tarifaire utilisée à cette époque était celle mise au point en Californie (*relative value scale*). Cette grille définissait un coefficient qui établissait la complexité relative de chaque acte. Cette même grille sera utilisée quelques années plus tard lors de l'introduction de l'assurance maladie. C'est aussi en 1966 que le gouvernement du Québec met en place la commission Castonguay-Nepveu pour faire une étude complète du système de santé québécois. La commission Castonguay-Nepveu recommande, entre autres, l'implantation d'un système d'assurance-maladie publique et universelle au Québec⁷.

En 1969, le gouvernement de Daniel Johnson met en place la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cet organisme est responsable de gérer tout programme d'assurance-maladie qui sera mis en place par le gouvernement provincial⁸. En 16 mois, soit le délai entre la création de la Régie et la date de mise en vigueur de l'assurance-maladie au Québec, cet appareil qu'est la RAMQ devait se structurer pour être capable de procurer une couverture médicale à 5 millions de Québécois et de gérer des millions de demande de paiements de la part des professionnels de la santé⁹.

En mars 1970, le gouvernement Johnson dépose la *Loi sur l'assurance maladie*, dans le but de définir la couverture de l'assurance-maladie du Québec. Cependant, un mois plus tard, le gouvernement Johnson est défait aux élections et Robert Bourassa prend le pouvoir. En juillet, le nouveau gouvernement adopte la *Loi sur l'assurance maladie*, qui est à quelques exceptions près le même texte que celui déposé par le gouvernement précédent¹⁰. Le 1er novembre 1970, l'assurance-maladie gouvernementale entre en vigueur au Québec¹¹.

Opposition des médecins à l'assurance maladie

Les médecins de l'époque se sont vivement opposés à la mise en place d'une assurance-maladie publique. Plusieurs considéraient qu'il s'agissait d'une manière pour le gouvernement d'exercer un

⁵ Marilyn E Dunlop, « Health Policy », 4 mars, 2015, <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/health-policy>.

⁶ Gouvernement du Canada, « Le système des soins de santé du Canada », 24 mars, 2019, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>.

⁷ Régie de l'assurance maladie du Québec, « Historique », 24 mars, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Pages/historique.aspx>.

⁸ Ménard Martin Avocats, « La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) », 24 mars, 2019, <http://www.vosdroitsensante.com/la-regie-de-l-assurance-maladie-du-quebec-ramq#formulaire>.

⁹ Régie de l'assurance maladie du Québec, « Historique », 24 mars, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Pages/historique.aspx>.

¹⁰ Musée Canadien de l'Histoire, « Histoire de l'assurance maladie au Canada - 1968-1978 - le Québec et l'assurance maladie universelle », 21 avril, 2010, <https://www.museedelhistoire.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-6h03f.html>.

¹¹ Régie de l'assurance maladie du Québec, « Historique », 24 mars, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Pages/historique.aspx>.

contrôle sur la pratique médicale et de diminuer ainsi l'autonomie des médecins¹². Face à cette situation, des milliers de médecins spécialistes se sont réunis le 27 août 1970 et ont voté à 98,5% en faveur d'un mandat de grève à partir du 1er octobre¹³. Le mouvement de grève fut cependant vite étouffé par la Crise d'Octobre et la mise en application de la *Loi sur les mesures de guerre* qui a réduit considérablement les possibilités de coup d'éclat en interdisant les rassemblements publics. L'Assemblée Nationale en a profité pour adopter le 15 octobre une législation mettant fin à la grève des médecins et a décidé des derniers détails du système d'assurance-maladie par décret¹³.

Considérant la grande réticence des médecins à participer à un régime public, le gouvernement a décidé de ne pas soumettre les médecins à un régime de salariat. La rémunération à l'acte fut donc maintenue et la grille tarifaire adoptée lors de l'introduction de l'assistance médicale fut généralisée à l'ensemble des médecins. Le gouvernement Lesage achetait la paix avec les médecins en leur laissant une plus grande autonomie professionnelle¹².

Évolution des conditions de travail des médecins

La question de la rémunération des médecins faisait peu de polémiques au Québec jusqu'aux années 2000. Pourtant, le début des années 2000 avaient vu certains changements significatifs dans la rémunération des médecins, avec la mise en place de la rémunération mixte en 1999 et la création des GMF en 2002¹⁴. De 2000 à 2010, l'enveloppe totale de la rémunération des médecins est passée de 2,9 milliards à 4,2 milliards de dollars, ce qui donne une augmentation annuelle moyenne de 4,4%¹⁵. Durant cette même période, le nombre de médecins au Québec a augmenté de 10,5%¹⁵. Cette hausse des dépenses s'est également faite à un niveau variable entre les différents types de rémunération : tandis que les montants attribués à la rémunération à l'acte des omnipraticiens n'ont augmenté que de 2% entre 2000 et 2009, la somme allouée à la rémunération par forfaits a augmenté de 263,7% et celle pour la rémunération mixte, de 17,9%¹⁶ (voir la section 4 pour la description des différents types de rémunération). Cette grande disparité s'explique par le fait que ces deux derniers modes de rémunération étaient instaurés depuis peu et que leur utilisation a fortement augmenté au cours des années suivantes.

Durant cette même période, le budget accordé au financement des GMF a bondi, passant de 7,6 millions de dollars en 2002-2003 à 67,1 millions de dollars en 2010-2011¹⁷. Le gros de cette hausse est attribuable à l'augmentation du nombre de GMF, passant de 17 à 221 durant la même période¹⁷. Le financement des GMF permet secondairement de diminuer les coûts administratifs que doivent payer les médecins pratiquant en cabinet privé, comme le salaire des secrétaires et infirmières, le matériel informatique ou l'ameublement de la clinique étaient maintenant financés au sein des GMF¹⁷.

Aujourd'hui, la part du budget provincial dédié au portefeuille de la santé et des services sociaux tourne autour de 43%, pour un budget de 43,101 milliards de dollars sur un total de 99,052 pour

¹² Guillaume Hébert, « La rémunération des médecins québécois, » IRIS, juin 2016, 1, https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Re_mune_ration_des_me_decins_WEB_02.pdf.

¹³ Musée Canadien de l'Histoire, « Histoire de l'assurance maladie au Canada - 1968-1978 - le Québec et l'assurance maladie universelle, » 21 avril, 2010, <https://www.museedelhistoire.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-6h03f.html>.

¹⁴ Stéphanie Boulenger et Joanne Castonguay, *Portrait de la rémunération des médecins de 2000 à 2009*, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, 2012, 8, <https://cirano.qc.ca/pdf/publication/2012s-13.pdf>.

¹⁵ *Ibid.*, 15.

¹⁶ *Ibid.*, 18.

¹⁷ *Ibid.*, 20.

l'ensemble de l'état québécois¹⁸. Pour l'année 2017-2018, le Vérificateur Général du Québec rapporte que la rémunération versée aux 21 409 médecins¹⁹ de la province atteint 7,738 milliards de dollars²⁰. On trouvera aux deux tableaux suivants les dernières données quant à la rémunération moyenne des médecins omnipraticiens et des spécialistes, ainsi que les frais moyens de cabinet.

TABLEAU 1 : Revenus moyens des médecins spécialistes et omnipraticiens pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017²¹

Spécialité	Nombre	Revenus moyens bruts	Frais de cabinet	Revenus moyens nets
Allergie	61	413 040 \$	77 364 \$	335 676 \$
Cardiologie	423	567 495 \$	19 542 \$	547 953 \$
Dermatologie	154	405 354 \$	90 967 \$	314 386 \$
Gastroentérologie	223	496 391 \$	16 121 \$	480 271 \$
Pneumologie	222	430 844 \$	11 699 \$	419 145 \$
Médecine interne	507	447 446 \$	8 373 \$	439 073 \$
Physiatrie	69	407 562 \$	83 114 \$	324 448 \$
Neurologie	237	374 499 \$	30 536 \$	343 963 \$
Pédiatrie	568	387 047 \$	31 208 \$	355 839 \$
Psychiatrie	965	421 284 \$	10 780 \$	410 504 \$
Radio-oncologie	117	466 357 \$	104 \$	466 254 \$
Néphrologie	174	421 268 \$	7 793 \$	413 474 \$
Endocrinologie	140	328 305 \$	37 152 \$	291 154 \$
Rhumatologie	100	353 150 \$	56 632 \$	296 518 \$
Santé communautaire	167	259 638 \$	2 744 \$	256 894 \$
Gériatrie	68	449 699 \$	7 \$	449 692 \$
Médecine d'urgence	132	440 684 \$	553 \$	440 131 \$
Spécialités médicales	4327	426 480 \$	21 099 \$	405 381 \$
Anesthésiologie	657	485 924 \$	988 \$	484 935 \$

¹⁸ Ministère des finances du Québec, *Budget 2019-2020 – Plan budgétaire*. (Québec : Ministère des finances du Québec, 2019), A-24, http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2019-2020/fr/documents/PlanBudgetaire_1920.pdf.

¹⁹ Les discussions sur la rémunération des médecins soulèvent fréquemment la durée des études entreprise par les étudiants et étudiantes en médecine du Québec. Aux fins de mise en contexte, notons qu'environ 35% des étudiants et étudiantes en médecine au Québec accèderont à la profession entre l'âge de 25 et 29 ans, et 64% y accèderont entre l'âge de 30 et 34 ans. Voir : <http://www.cmq.org/page/fr/repartition-age-sexe.aspx>

²⁰ Vérificateur général du Québec, « Rémunération des médecins : administration et contrôle » dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée Nationale pour l'année 2018-2019* (Québec : Vérificateur général du Québec, 2018), 8, https://www.vgq.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2018-2019-novembre2018/fr_Rapport2018-2019-novembre2018-Chap04.pdf.

²¹ Régie de l'assurance-maladie du Québec, *L'étude des crédits 2018-2019 : Réponses aux questions générales et particulières* (Québec : Régie de l'assurance-maladie du Québec, 2018), 160-161, http://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/seance-publique/etude-credits-2018-2019/Reponses-aux-questions-generales-et-particulieres-RAMQ.pdf.

Chirurgie générale	467	500 832 \$	15 450 \$	485 381 \$
Chirurgie orthopédique	284	473 683 \$	10 815 \$	462 868 \$
Chirurgie plastique	87	443 721 \$	10 143 \$	433 579 \$
Obstétrique-gynécologie	441	428 743 \$	39 089 \$	389 654 \$
Neurochirurgie	64	510 001 \$	2 627 \$	507 374 \$
Ophthalmologie	299	691 651 \$	109 604 \$	582 047 \$
Oto-rhino-laryngologie	201	459 967 \$	59 699 \$	400 267 \$
Urologie	153	467 268 \$	35 633 \$	431 635 \$
Chirurgie cardio-vasculaire et	64	637 948 \$	127 \$	637 820 \$
Chirurgie vasculaire	39	501 761 \$	1 948 \$	499 813 \$
Spécialités chirurgicales	2099	504 945 \$	37 581 \$	467 364 \$
Anatomo-pathologie	218	444 483 \$	460 \$	444 023 \$
Microbiologie	181	430 040 \$	1 724 \$	428 316 \$
Biochimie	55	341 891 \$	723 \$	341 168 \$
Hématologie-oncologie	248	448 339 \$	950 \$	447 390 \$
Radiologie	575	715 550 \$	139 455 \$	576 095 \$
Médecine nucléaire	94	427 651 \$	---	427 651 \$
Génétique	31	397 715 \$	610 \$	397 105 \$
Spécialités laboratoire	1402	548 285 \$	57 698 \$	490 587 \$
Ensemble spécialités	8485	470 620 \$	29 667 \$	440 953 \$
Médecine familiale	---	307 609 \$	55 274 \$	252 322 \$

Aux fins de mise en contexte, nous ajoutons également les données de la RAMQ sur le nombre de jours travaillés (à savoir, les jours avec au moins 1\$ de facturation) en moyenne par les médecins en 2016-2017, avec une division en pourcentage pour les omnipraticiens.

TABLEAU 2 : Nombre moyen de jours travaillés par médecin pour l'année 2016-2017²²

Spécialité	Nombre de médecins	Nombre moyen de jours travaillés par médecins
Omnipraticiens	9 103	190,4
Spécialistes	10 311	195,9

TABLEAU 3 : Distribution du nombre d'omnipraticiens (tous les médecins) en % selon le nombre de jours travaillés (jours avec au moins 1\$ de facturation) et selon le sexe - 2016-2017²³

Sexe	Moins de 150 jours	De 150 à 199 jours	200 jours ou plus
Femmes	24,0%	26,4%	49,6%
Hommes	19,1%	25,4%	55,5%
Total	21,8%	26,0%	52,2%

²² Régie de l'assurance-maladie du Québec, *L'étude des crédits 2018-2019 : Réponses aux questions générales et particulières* (Québec : Régie de l'assurance-maladie du Québec, 2018), 226, http://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/seance-publique/etude-credits-2018-2019/Reponses-aux-questions-generales-et-particulieres-RAMQ.pdf.

²³ Régie de l'assurance-maladie du Québec, *L'étude des crédits 2018-2019 : Réponses aux questions générales et particulières* (Québec : Régie de l'assurance-maladie du Québec, 2018), 316, http://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/seance-publique/etude-credits-2018-2019/Reponses-aux-questions-generales-et-particulieres-RAMQ.pdf.

SYSTÈME ACTUEL DE RÉMUNÉRATION

Rémunération à l'acte

Qu'est-ce qu'un acte ?

Au Québec, la majorité des médecins sont rémunérés à l'acte. En effet, en 2015, la proportion de l'enveloppe totale de rémunération qui était payée sous forme d'acte était de 69,9% pour les omnipraticiens et de 82,3% pour les médecins spécialistes²⁴. Un acte médical se définit comme n'importe quel examen, consultation médicale, chirurgie, intervention diagnostique ou thérapeutique effectué par un médecin. Chaque acte possède un code spécifique, qui est à son tour associé à une valeur monétaire désignée, ayant préalablement été négociée. Cela fait en sorte qu'un accouchement n'aura pas le même tarif que l'administration d'un vaccin.

Avec le temps, le nombre de codes d'acte facturables a augmenté drastiquement, ceux-ci devenant de plus en plus spécifiques et ainsi, associées à des valeurs différentes selon certains détails rattachés à l'acte. À titre exemple, pour une mastectomie partielle (qui correspond à l'ablation d'une partie d'un sein chez des patientes atteintes de cancer du sein), le code d'acte pour le chirurgien sera différent si la masse tumorale est localisée par harpon ou par bille radioactive²⁵. Ainsi, de 1970 à aujourd'hui, le nombre de codes d'acte est passé de 500 à plus de 11 000²⁶. L'augmentation du nombre de codes permet également à la RAMQ d'avoir une idée plus précise de l'activité des médecins et ainsi, d'avoir une base de données sur les activités médicales exercées dans la province utile pour la planification gouvernementale.

De plus, la valeur d'un acte peut également varier en fonction du type d'établissement où l'acte est effectué (par exemple, une consultation en cabinet est généralement moins payée que la même consultation à l'unité d'hospitalisation d'un centre hospitalier²⁷). Il existe également pour les médecins omnipraticiens des « codes de vulnérabilité », permettant de facturer davantage pour la prise en charge de patients jugés vulnérables selon certaines listes de pathologies ou conditions de santé définies par la RAMQ²⁸. Il peut en être de même pour le moment de la journée où l'acte est prodigué, les actes étant effectués en soirée ou durant la nuit étant bonifiés.

Il est à noter qu'au Québec, il existe deux manuels de facturation utilisés, soit celui des omnipraticiens et celui des médecins spécialistes, considérant que les ententes salariales sont négociées indépendamment pour ces deux groupes. Ces manuels servent d'outils aux médecins sur les modalités de facturation et contiennent les codes et valeurs monétaires attribués à chaque acte.

²⁴ Damien Contandriopoulos et Astrid Brousselle, *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec* (Rapport de recherche produit dans le cadre de l'action concertée intitulée Regards sur les modes de rémunération des médecins financée par le Commissaire à la santé et au bien-être, Université de Montréal, 2018): 2, <https://www.pocosa.ca/RapportFINAL.pdf>.

²⁵ Régie de l'assurance-maladie du Québec, « Manuel des médecins spécialistes - rémunération à l'acte, » 1er avril, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/150-facturation-specialistes/manuel-specialistes-remuneration-acte.html#109075>.

²⁶ Vincent Maisonneuve et Nathalie Lemieux, « La Vérif : le casse-tête de la rémunération à l'acte des médecins, » 7 mars, 2018, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1087502/verif-remuneration-acte-medical-medecin-quebec-sante-reseau-salaire-revenu>.

²⁷ Régie de l'assurance-maladie du Québec, « Manuel des médecins spécialistes - rémunération à l'acte, » 1er avril, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/150-facturation-specialistes/manuel-specialistes-remuneration-acte.html#109075>.

²⁸ Damien Contandriopoulos et al., *Au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n°20* (Mémoire sur la première partie du projet de loi n° 20: loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée), 2015, 8, http://crhlm.ca/wp-content/uploads/2015/03/019m_damien_contandriopoulos.pdf.

Comment se fait la facturation ?

Le processus de facturation des actes peut paraître complexe. Celui-ci prend en compte une panoplie de critères. Tout d'abord, à la suite d'une rencontre avec un patient, les médecins remplissent une demande de paiement pour chaque patient, selon les actes effectués, et la fait parvenir à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Auparavant, la facturation se faisait majoritairement à la main. De nos jours, plusieurs logiciels existent afin de faciliter le fonctionnement de facturation. Afin de pouvoir remplir chaque facture, le médecin a besoin de plusieurs informations, dont l'identification du patient, le lieu de dispensation du service et les codes de facturation reliés aux actes facturés pour ce patient, ainsi que les circonstances qui y sont reliées (par exemple, acte effectué de nuit). Afin qu'un acte soit couvert, il est nécessaire que le détenteur de l'acte présente une carte d'assurance maladie valide. Par la suite, le médecin dispose de 90 jours afin de faire parvenir les services couverts à la RAMQ, ce qui signifie qu'il s'agit d'un processus routinier et constant, plutôt qu'annuel.

Le médecin peut disposer de trois modes pour transmettre ses demandes de facturation, soit via une agence de facturation privée, une agence de facturation commerciale ou en passant lui-même par les services en ligne de la RAMQ. Une agence de facturation est une entreprise qui s'occupe de saisir les demandes de facturation de médecins. Ces agences peuvent même optimiser les demandes de remboursement, en choisissant des codes d'acte qui vont être plus rentables pour un même acte, tout en respectant les règles établies dans les ententes entre les fédérations médicales et le gouvernement. Certaines agences de facturation offrent également l'aide nécessaire aux médecins pour s'incorporer.

Il est demandé aux médecins de conserver tous les documents reliés aux actes réclamés pour une période minimale de 5 ans. En effet, le procédé de réclamation étant auto-déclaratif, certains médecins pourraient faire de mauvaises demandes de paiement, que ce soit par erreur ou volontairement. La RAMQ possède donc le pouvoir de contrôler les réclamations qui lui sont faites. La Régie peut donc réclamer aux médecins tout montant facturé erronément. Elle peut également ajouter des pénalités financières correspondant à un pourcentage du montant réclamé ou bien des amendes pouvant atteindre jusqu'à 150 000\$. C'est aussi la RAMQ qui peut réclamer aux médecins toute somme chargée aux patients lorsque celles-ci sont considérées comme des frais accessoires²⁹.

Les différents modes de rémunération présents au Québec

Outre la rémunération à l'acte décrite ci-dessus, les médecins peuvent opter pour une multitude d'autres modes de rémunération. Parmi ceux-ci, on compte la rémunération mixte, à salaire, par capitation et par enveloppe budgétaire. Il est à noter qu'il existe aussi d'autres systèmes de rémunération plus marginaux qui ne seront pas abordés ici, comme la RAP (Rémunération à la performance). En 2015-2016, 72,1% de la rémunération globale des médecins du Québec provenait de la rémunération à l'acte alors que 27,9% provenait de ces autres modes de rémunération³⁰. Ceux-ci ne sont donc pas négligeables et il est important de les comprendre pour

²⁹ Régie de l'assurance-maladie du Québec, « Pouvoirs en matière de contrôle, » 14 avril, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Pages/pouvoirs-en-matiere-de-contrôle.aspx>.

³⁰ Institut canadien d'information sur la santé, *Les médecins au Canada, 2016 : rapport sommaire* (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2017), 15, https://secure.cihi.ca/free_products/Les_m%C3%A9decins_du_Canada_2016.pdf.

bien saisir la dynamique du système de santé québécois. En effet, il a été démontré que la modalité de paiement des médecins affecte leur comportement et, par conséquent, le fonctionnement du système de santé ainsi que l'atteinte des objectifs³¹.

La rémunération par capitation

Un médecin rémunéré par capitation reçoit un montant d'argent fixe pour chaque patient qu'il traite ou qui est inscrit à sa pratique. Ce montant couvre, pendant une période donnée, tous les soins fournis par l'omnipraticien ainsi que les frais associés aux tests diagnostiques. Le patient et le système de santé n'ont jamais à payer davantage pour des soins de médecine générale. Par contre, ce paiement ne couvre pas les frais de médecine spécialisée, d'hospitalisation et de médicaments. En 2013-2014, ce mode représentait 6,3% de la rémunération globale³².

Si le coût des soins et des tests est inférieur au paiement reçu pour un patient, le médecin encaisse un profit. À l'inverse, le médecin peut subir une perte financière si le coût des soins pour un patient est très élevé. Cette éventualité peut encourager le médecin à choisir des patients en bonne santé afin d'augmenter ses profits, ce qui constitue le principal désavantage de ce mode³³.

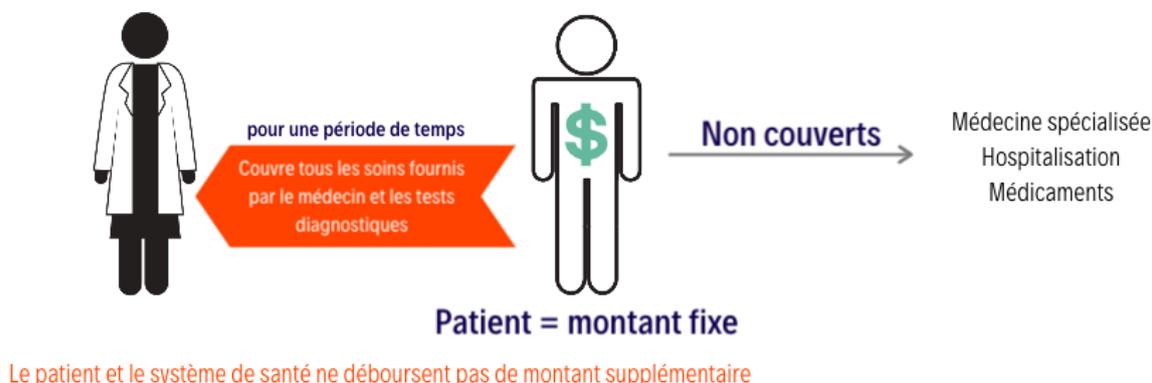


Figure 1 : La rémunération par capitation

Idéologiquement, ce mode de rémunération serait le plus cohérent avec le rôle des médecins puisque le médecin prend le patient sous sa responsabilité. La capitation facilite également une planification budgétaire³⁴. Cependant, le paiement ne couvre pas l'ensemble des activités exercées par le médecin (enseignement, recherche, etc.).

³¹ André-Pierre Contandriopoulos, François Champagne et Raynald Pineault, « Système de soins et modalités de rémunération, » *Sociologie du travail* 32, n°1 (1990) : 108, https://www.jstor.org/stable/43149637?seq=1#page_scan_tab_contents.

³² Jean-Louis Denis et al., *Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative* (Québec : Fonds de recherche Société et culture, 2017), http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DenisJ-L_rapport_Remuneration-medicale.pdf/c04d90d6-ef8c-4919-b921-ee508d62aa76.

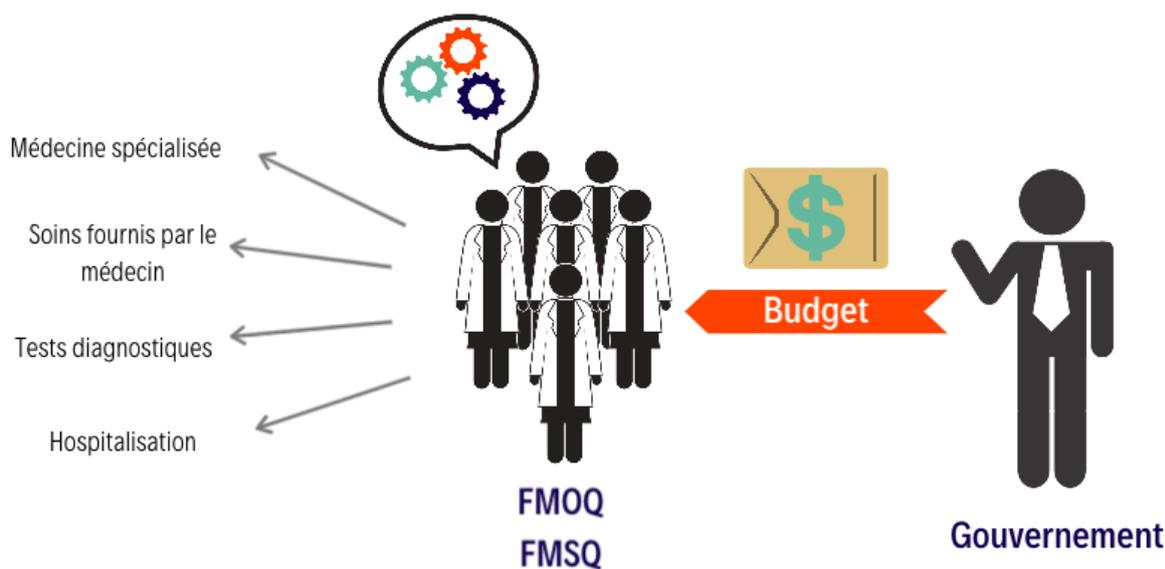
³³ Pierre-Thomas Léger et Erin Strumpf, « Les systèmes de rémunération des médecins et leurs enjeux » dans *Le Québec économique : Un bilan de santé du Québec*, dir. Luc Godbout, Marcelin Joanis et Nathalie de Marcellis-Warin, 177-195. (Québec : Cirano, 2012) : 191, https://qe.cirano.qc.ca/sites/default/files/Chapitres_PDF/Qe2011/qe2011_ch08.pdf.

³⁴ André-Pierre Contandriopoulos, François Champagne et Raynald Pineault, *Loc. cit.*, 107.

La rémunération par enveloppe budgétaire

Dans ce type de système, un montant d'argent fixe est remis à un groupe de médecin ou un groupe interdisciplinaire. L'enveloppe peut être divisée entre les membres du groupe sous forme de paiement à l'acte ou autre³⁵.

Le groupe est alors responsable de tous les soins requis par le patient, incluant les hospitalisations, les soins de médecine spécialisée et les médicaments. Cela encourage une utilisation plus judicieuse des soins spécialisés par rapport au système par capitation. En revanche, le fait de soigner un patient très malade entraîne encore une fois un risque financier et l'incitatif à sélectionner des patients en santé est toujours présent³⁵.



Le groupe de médecine est responsable de tous les soins requis

Figure 2 : La rémunération par enveloppe budgétaire

La rémunération à salaire

Le paiement à salaire est largement utilisé dans d'autres domaines, mais peu utilisé au niveau médical. Dans ce système, le médecin reçoit une somme d'argent pour chaque heure travaillée ou un montant annuel fixe. Lorsque le médecin reçoit un montant à chaque heure travaillée, on dit que c'est une rémunération à « tarif horaire ». Lorsque le montant reçu est un montant annuel fixe, c'est plutôt une rémunération à « honoraires fixes ». Ces deux modes de rémunération représentaient 1,3% de la rémunération globale en 2013-2014³⁶.

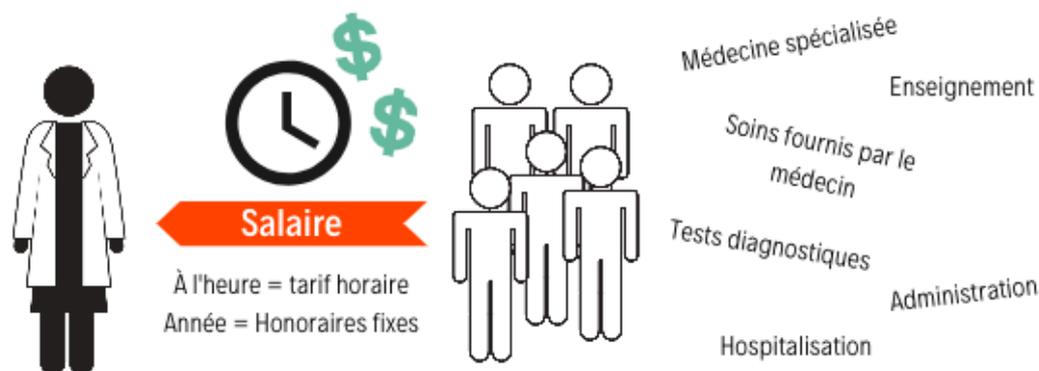
La rémunération à tarif horaire est encore un mode choisi par certains spécialistes et omnipraticiens. Elle est surtout indiquée pour les médecins pratiquant en CLSC, centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), unité d'enseignement en médecine familiale

³⁵ Pierre-Thomas Léger et Erin Strumpf, *Op. cit.*: 186.

³⁶ Jean-Louis Denis et al., *Op. cit.*

(UMF) ou pour les médecins ayant des tâches administratives (direction des départements, groupes de médecine de famille [GMF], en CLSC...)³⁷.

Cependant, la rémunération à honoraires fixes a été abolie au Québec en 2011 et les omnipraticiens qui étaient déjà rémunérés ainsi à ce moment-là sont les seuls qui peuvent continuer à être rémunérés de cette manière aujourd'hui³⁸.



Toutes les heures travaillées sont rémunérées, y compris l'enseignement et l'administration

Figure 3 : La rémunération à salaire

Puisque les activités médicales, administratives, d'enseignement et de recherche sont toutes comprises dans les heures travaillées par le médecin, le salariat donne une manière très simple de rémunérer le médecin pour l'ensemble de ses activités. Au contraire, les tâches de nature administratives, par exemple, n'étaient pas comprises jusqu'à tout récemment dans le paiement d'un acte médical. Aussi, le salariat rend plus facile la création d'un budget pour les soins de santé puisque les heures travaillées ne varient pas alors que le nombre d'actes peut varier d'une année à l'autre³⁹.

La rémunération mixte

La rémunération mixte concerne uniquement les spécialistes et consiste en un mélange des autres systèmes. Le médecin reçoit habituellement un forfait de base (*per diem*) pour sa présence au travail avec un supplément par acte⁴⁰. Ce système tente de combiner les avantages de différentes méthodes pour arriver à un mode de rémunération optimal. En 2013-2014, 22,8% de la rémunération globale provenait de la rémunération mixte³⁶.

³⁷ Sylvie Bond et Lucie Fortier, « Les modes de rémunération » dans *Guide des résidents 2015* (Ottawa : Association médicale canadienne, 2015), 10-11, https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/practice-management-and-wellness/2015-Chapitre1_Les_modes_de_remuneration-f.pdf.

³⁸ Sylvie Bond et Lucie Fortier, *Op. cit.*: 11.

³⁹ André-Pierre Contandriopoulos, François Champagne et Raynald Pineault, *Loc. cit.*: 107.

⁴⁰ Pierre-Thomas Léger et Erin Strumpf, *Op. cit.*: 187.

Un bon exemple de rémunération mixte est celui de plusieurs spécialités de laboratoire. Ces médecins reçoivent un montant forfaitaire pour la prise en charge des laboratoires et facturent à l'acte pour leurs activités cliniques⁴¹.

Les différents centres de santé

Les omnipraticiens en CLSC

L'entente particulière 17 du manuel des médecins omnipraticiens traite de la rémunération des omnipraticiens pratiquant en CLSC. Les CLSC sont des centres de santé et de services sociaux ayant vu le jour en 1968. En 2007, environ 14% de la pratique des médecins de famille du Québec se faisait en CLSC⁴². Un centre local de services communautaires (CLSC) a pour but d'offrir des services de première ligne en matière de santé et de services sociaux pour le territoire associé⁴³. Ainsi, la pratique des médecins en CLSC est bien différente qu'en cabinet ou en centre hospitalier. L'omnipraticien aura à participer à des activités de prévention, des tâches administratives, à se déplacer dans le milieu de vie du patient pour le prendre en charge ou à s'impliquer dans différents projets en relation avec les besoins de la communautés (toxicomanie, santé mentale et autres)⁴⁴. Le rôle de ces médecins est donc beaucoup plus polyvalent et leur rémunération en tient compte. Pour cette raison, nous présenterons ici certaines particularités de la rémunération des omnipraticiens pratiquant dans un CLSC.

Il est à noter que les médecins doivent posséder un avis de nomination pour travailler en CLSC. Cet avis spécifie entre autres le champ d'implication du médecin dans le centre ainsi que le nombre d'heures qu'il va y consacrer (temps plein, demi-temps ou avis de nomination spécifique à un seul champ d'activités). L'avis précise aussi le mode de rémunération choisi par le médecin. Les médecins exerçant leur profession dans ces centres doivent choisir parmi les modes de rémunération suivants :

- Conserver leur rémunération à honoraires fixes
- Au tarif horaire
- À l'acte

La rémunération exclusive à l'acte est plutôt rare en CLSC. Les médecins la choisissent plutôt dans certaines activités seulement.

La rémunération est plutôt souple, c'est-à-dire qu'un médecin doit choisir l'un de ces trois modes, mais il a tout de même la possibilité de choisir un autre mode pour certaines activités. Par exemple, les médecins qui ne choisissent pas le mode de l'acte peuvent choisir ce mode lorsqu'ils exercent dans le cadre de services médicaux sans rendez-vous, dans le cadre du service d'urgence du CLSC

⁴¹ Régie de l'assurance-maladie du Québec, « Manuel des médecins spécialistes - Services de laboratoire en établissement, » 1er avril, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/170-sle-specialistes/ManuelSpecialistesSLE.html#102740>.

⁴² André-Pierre Contandriopoulos et al., *Analyse de l'évolution de l'offre des services médicaux: dans une perspective de planification de la main d'oeuvre médicale au Québec* (Ottawa : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2007), iii, https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/Contandriopoulos_1_3_25_F_Final.pdf.

⁴³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, « Établissements de santé et de services sociaux, » 3 août, 2018, <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>.

⁴⁴ Ordre des infirmiers et infirmières du Québec et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, *Rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*, 2005: 16, https://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/OIIQ_FMOQ.pdf.

ou dans le cadre du programme de maintien à domicile. Le mode de l'acte peut aussi être choisi partiellement par ces médecins lorsqu'ils dispensent des services médico-administratifs.

Les omnipraticiens en CLSC peuvent aussi recevoir certains forfaits particuliers étant donné la nature de leurs services. Par exemple, ils reçoivent un montant dit de responsabilité lorsqu'ils se déplacent dans un centre de détention. Ils peuvent aussi recevoir un forfait horaire supplémentaire pour leur implication dans un programme d'itinérance ou de toxicomanie.

Les omnipraticiens en GMF

L'entente particulière 33 du manuel des médecins omnipraticiens traite de la rémunération des médecins en groupe de médecine de famille (GMF). Un GMF regroupe habituellement 6 à 12 omnipraticiens à temps plein et quelques infirmières et autres professionnels de la santé⁴⁵. Ce petit groupe de professionnels prend en charge un certain nombre de patients. Les médecins désirant former un GMF doivent faire une demande d'accréditation pour être officiellement reconnus comme étant un groupe de médecine de famille⁴⁶. Le groupe doit aussi choisir parmi ses membres un médecin qui sera désigné responsable. Celui-ci est responsable des tâches médico-administratives. La tâche de médecin responsable peut être divisée à plusieurs médecins.

Depuis leur apparition au début des années 2000, la mission principale des GMF est d'offrir des soins de première ligne et d'améliorer l'offre de soins en médecine de famille⁴⁷. Les GMF tentent de remplir ces objectifs en garantissant une accessibilité aux soins et en intégrant des infirmières à leurs équipes. Plusieurs études se penchent actuellement sur l'efficacité des GMF et des autres modèles de soins de première ligne fournis par un groupe. L'une d'entre elles a démontré que l'admission en GMF diminuait l'utilisation de soins spécialisés et le taux de visites en médecine générale⁴⁸, mais cette étude n'a pas réussi à démontrer un effet net au niveau budgétaire. D'autres études démontrent également une diminution des visites à l'urgence⁴⁹.

Les médecins en GMF peuvent choisir le mode de rémunération à l'acte, au tarif horaire ou conserver leur rémunération à honoraires fixes pour ce qui est de leurs services médicaux. Cette rémunération est la même que dans les autres centres de santé⁵⁰. Le paiement à l'acte est le plus fréquent⁵¹. Cependant, ils peuvent recevoir certains paiements additionnels. Notamment, le médecin nommé responsable du GMF reçoit une prime hebdomadaire de 397\$. Les médecins reçoivent aussi 8,95\$ de plus annuellement pour chaque patient inscrit à leur pratique. Ces médecins bénéficient également d'une banque d'heures qui leur permet d'être rémunéré au tarif horaire lors d'activités requises pour le fonctionnement du GMF. Ces activités peuvent être administratives, de collaboration avec d'autres médecins ou interdisciplinaires.

⁴⁵ Erin Strumpf et al., « The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups, » *Journal of Health Economics* 55 (2017): 77, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.009>.

⁴⁶ Département régional de médecine générale (DRMG) de Laval, *Trousse d'information : groupe de médecine de famille* (Québec : DRMG de Laval, 2017): 5, http://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/ciasss_laval/CiSSS_de_Laval/DRMG/Trousse_d_information_GMF.pdf.

⁴⁷ Ordre des infirmiers et infirmières du Québec et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, *Op. cit.*: 16.

⁴⁸ Erin Strumpf et al., *Loc. cit.*: 77.

⁴⁹ Renée Carter et al., « Measuring the effect of Family Medicine Group enrolment on avoidable visits to emergency departments by patients with diabetes in Quebec, Canada, » *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 23, n°2 (2017): 373, <https://doi.org/10.1111/jep.12627>.

⁵⁰ Département régional de médecine générale (DRMG) de Laval, *Op. cit.*: 14.

⁵¹ Erin Strumpf et al., *Loc. cit.*: 78

Clinique réseau

L'entente particulière 39 du manuel des omnipraticiens traite de la rémunération des omnipraticiens en clinique réseau. Une clinique réseau, surnommée « super-clinique » est une clinique approuvée par le MSSS qui prévoit desservir au moins 50 000 personnes. Les cliniques réseau doivent également offrir au moins 12 heures de service sans rendez-vous du lundi au vendredi et 8 heures le samedi, le dimanche et les jours fériés. Les médecins peuvent encore une fois y être rémunérés à l'acte, au tarif horaire ou conserver leur rémunération à honoraires fixes. Les médecins pratiquant dans ces cliniques bénéficient cependant d'une politique concernant les heures défavorables. Cela signifie que les médecins affectés au service sans rendez-vous reçoivent un forfait par quart de quatre heures lorsqu'ils doivent travailler entre 18h et 22h du lundi au vendredi ou entre 8h et 16h le samedi, le dimanche ou les jours fériés. Les omnipraticiens en clinique réseau peuvent aussi recevoir un maximum de 6 forfaits par semaine pour la rémunération d'activités médico-administratives requises pour le fonctionnement de la clinique.

Autres particularités

Plans régionaux d'effectifs médicaux

L'entente particulière 53 du manuel des médecins omnipraticiens ainsi que l'article C-II de l'accord entre le MSSS et la FMSQ traitent des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Les PREM font partie d'une initiative du gouvernement québécois visant à assurer un accès plus équitable aux soins pour l'ensemble de la population québécoise. Le gouvernement a remarqué que les différentes régions du Québec n'avaient pas la même accessibilité aux soins. Les PREM établissent donc des cibles de recrutement dans chaque région pour répartir de manière équitable les nouveaux médecins spécialistes et omnipraticiens⁵². Les cibles sont évidemment en lien avec la quantité de soins nécessaire dans une région donnée. L'efficacité des PREM à combler la pénurie pour les soins hospitaliers a été démontrée, mais pas pour les soins de première ligne⁵³.

Or, le non-respect de ces plans régionaux entraîne des sanctions financières pour les médecins. Pour pouvoir pratiquer dans une région donnée, le médecin doit présenter sa demande pour obtenir un avis de conformité. Si les objectifs sont déjà atteints dans cette région, le médecin ne recevra pas son avis de conformité. Il pourra quand même pratiquer dans cette région s'il obtient un poste, mais il aura une pénalité de 30% sur l'ensemble de sa facturation. Aussi, pour obtenir un avis de conformité, le médecin doit s'engager à effectuer au minimum 55% de ses jours de facturation dans le cadre de la RAMQ dans les limites de la région en question. Le non-respect du minimum de journées de facturation entraîne une sanction de 30% de la rémunération, comme si le médecin n'avait pas d'avis de conformité. Le seul motif de refus d'un avis de conformité est l'atteinte des objectifs dans cette région, il n'y a donc pas de concours ou de sélection.

Cependant, un médecin ayant pratiqué de manière continue pendant 3 ans ou plus dans une région où les effectifs sont insuffisants peut obtenir un avis de conformité même si les objectifs sont atteints dans la région où il se déplace. Autrement dit, si un médecin désire travailler dans une région spécifique mais que les objectifs y sont déjà atteints, il devra aller travailler pendant un

⁵² Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). » 26 octobre, 2018. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/>.

⁵³ Roxane Borgès Da Silva et Raynald Pineault, « Impact of physician distribution policies on primary care practices in rural Quebec, » *Journal canadien de la médecine rurale* 17, n° 3 (2012) : 96, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22735085>.

minimum de trois ans dans une autre région où les objectifs ne sont pas atteints pour obtenir son avis de conformité. Un tel médecin pourrait ainsi contourner la réduction de 30% de sa rémunération.

Aussi, tout médecin détenant son permis de pratique du Collège des médecins du Québec depuis plus de 20 ans peut obtenir un avis de conformité dans une région même si les objectifs y sont déjà atteints. L'exigence de faire 55% de ses jours de facturation dans la limite de la région demeure toujours. Les médecins pratiquant depuis plus de 20 ans peuvent donc échapper aux PREM. Il est à noter également que les résidents peuvent pratiquer dans une région sans avis de conformité.

La réduction de la rémunération s'applique pendant une période de 5 ans. Par la suite, le médecin peut tenter d'obtenir son avis de conformité. Tel que mentionné plus tôt, ce délai avant une seconde application est plutôt de 3 ans si le médecin obtient un avis de conformité dans une autre région.

Les activités médicales particulières⁵⁴

L'entente particulière 51 du manuel des médecins omnipraticiens traite des activités médicales particulières. Les activités médicales particulières, ou AMP, sont des activités que tous les médecins omnipraticiens pratiquant dans le cadre de la RAMQ doivent s'engager à accomplir. Celles-ci visent à ce que les médecins remplissent les activités essentielles aux soins de santé de la population. Selon la région où le médecin pratique, différentes activités seront disponibles. Le médecin qui débute sa pratique devra alors en choisir une et s'engager à consacrer un minimum d'heures à ces activités. Pour un médecin ayant moins de 15 ans de pratique, le minimum est de douze heures par semaine. Les médecins ayant 15 ans de pratique et plus peuvent avoir à faire certaines AMP si celles-ci ne peuvent être accomplies par les médecins avec moins de 15 ans de pratique. Le médecin peut changer ses AMP aux deux ans s'il le désire. Les activités possibles sont regroupées en 6 catégories :

1. L'urgence ;
2. L'inscription et le suivi en première ligne ;
3. L'hospitalisation ;
4. L'obstétrique ;
5. CHSLD, centre de réadaptation ou maintien à domicile (en garde en disponibilité) ;
6. Toute autre activité autorisée par le ministre.

Les AMP de la catégorie 1 sont prioritaires et doivent être choisies si elles sont disponibles. Les activités des catégories 2 à 5 sont de seconde priorité. Les activités de la catégorie 6 sont attribuées aux médecins seulement s'il est impossible de répondre au minimum d'heures avec les premières catégories.

Les médecins qui ne remplissent pas leur adhésion aux AMP ou qui ne respectent pas leurs engagements relativement aux AMP se verront attribuer une sanction salariale. Cette sanction est de 30% de leur rémunération de base. Il est donc primordial que les médecins connaissent cette réglementation et la respectent.

⁵⁴ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, « Tout sur les AMP, » 6 octobre, 2017, <https://www.fmoq.org/pratique/installation-en-pratique-informatisation/activites-medicales-particulieres/>.

Le médecin en tant qu'enseignant

L'entente particulière 42 du manuel des médecins omnipraticiens traite de la rémunération des médecins qui exercent des tâches d'enseignement. De nombreux médecins ont à enseigner dans leur pratique quotidienne, que ce soit pour les externes ou pour les résidents. Pour cette raison, une rémunération est prévue pour ce genre d'activités.

La rémunération est donnée sous forme d'un demi *per-diem* (indemnité) au médecin qui a pris en charge un résident et/ou un externe pendant au moins une demi-journée (3,5 heures). Si plusieurs médecins supervisent un étudiant pendant une demi-journée donnée, seul l'un d'entre eux peut réclamer le demi *per-diem*. Un médecin supervisant plusieurs externes ou résidents peut réclamer autant de demi *per-diem* qu'il a eu d'élèves pendant la demi-journée.

Mécanisme de négociations

Négociations salariales

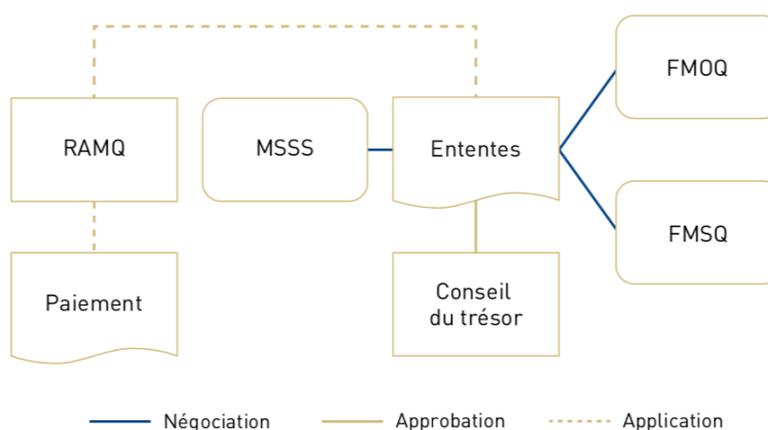


Figure 4 : Instances impliquées dans le processus de rémunération des médecins (Vérificateur général du Québec, 2015)

La rémunération, généralement à l'acte, des médecins omnipraticiens et spécialistes est régie par des ententes distinctes avec le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), sous l'aval du conseil du Trésor (Figure 4). En fait, chacune des fédérations médicales négocie séparément avec le MSSS le montant de l'enveloppe qui servira à la rémunération des médecins ainsi que les différentes conditions et modalités de versement de ces sommes⁵⁵. Cependant, lors des dernières négociations, le mandat de négocier au nom du gouvernement a été donné au Conseil du Trésor plutôt qu'au MSSS. Le tout est consigné dans une entente générale qui est renouvelée dans les 180 jours précédant l'échéance, mais qui peut aussi être modifiée en tout temps avec l'accord des parties signataires⁵⁶. Tout au long du processus de négociation entre les fédérations et le MSSS, la RAMQ est présente afin d'évaluer la teneur ainsi que l'applicabilité des changements administratifs requis

⁵⁵ Vérificateur général du Québec, *Rémunération des médecins : conception et suivi des ententes* (Québec: Vérificateur général du Québec, 2015), 6, http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR-Chap02.pdf.

⁵⁶ Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), *Accord-cadre se terminant le 31 mars 2023 ayant trait au renouvellement de l'entente générale intervenu entre le Ministre de la santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* (Québec: Régie de l'assurance maladie du Québec, 2018), http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html.

par les modifications contenues dans le renouvellement des ententes pour les deux fédérations médicales. Une fois les ententes signées, la RAMQ se charge de contrôler et de rémunérer les médecins selon les modalités qui auront été convenues dans l'accord⁵⁷.

Historiquement, lorsque vient le temps de modifier ou de renouveler l'entente générale régissant la rémunération des médecins, le MSSS et les représentants des fédérations médicales se basent sur le montant de l'enveloppe globale négocié dans l'entente précédente et l'ajustent à la hausse selon différentes variables. Tout d'abord, le nouveau montant de l'enveloppe budgétaire est négocié en tenant compte de l'évolution de la pratique médicale, ce qui inclut notamment l'augmentation des effectifs, la croissance et le vieillissement de la population^{58,59,60}. Pour les médecins omnipraticiens et spécialistes, le pourcentage de réajustement est de 2% par année de 2016 à 2023 en vertu du plus récent accord^{59,60}, mais ce dernier peut être révisé à chaque année selon l'évolution réelle. Par ailleurs, un montant supplémentaire est négocié dans l'entente afin de soutenir l'instauration de mesures incitatives pour les médecins visant la réalisation de différentes priorités gouvernementales. Parmi celles-ci, on retrouve un forfait pour les médecins omnipraticiens qui prennent en charge des patients vulnérables et la rémunération du travail médico-administratif effectué par les médecins spécialistes^{59,60}. Finalement, le troisième élément majeur négocié dans le renouvellement de l'entente générale est la hausse de la tarification de certains actes médicaux payés par la RAMQ. Cependant, cette augmentation est souvent en lien avec les mesures incitatives promues par le MSSS, de sorte que les médecins voient leur rémunération grandement augmenter lorsqu'ils posent des actes jugés comme prioritaires par le gouvernement⁵⁸.

En 2007, lors des négociations salariales entre le gouvernement et les fédérations médicales, ces dernières ont beaucoup mis l'accent sur le fait que les médecins québécois étaient moins payés que leurs collègues des autres provinces canadiennes, ce qui causerait selon eux un exode des médecins québécois vers les autres provinces. Le gouvernement de l'époque a donc décidé de procéder à un « rattrapage salarial » pour que les médecins québécois se retrouvent dans la moyenne salariale canadienne des médecins d'ici 2016. Ainsi, de 2007 à 2017, le salaire moyen des médecins omnipraticiens a augmenté de 158 000\$ à 243 000\$ (+54%), tandis que celui des spécialistes a bondi de 237 000\$ à 400 000\$ (+66%)⁶¹.

Lorsque le gouvernement Couillard est arrivé en fonction en 2014, l'entente de 2007 arrivait à échéance et devait être renégociée. Or, au même moment, le gouvernement s'engageait dans un exercice de redressement des finances publiques et a donc négocié avec la FMOQ et la FMSQ pour procéder à un étalement des augmentations précédemment consenties. Ainsi, en 2014-2015,

⁵⁷ Vérificateur général du Québec, *Op. cit.*, 6.

⁵⁸ Vérificateur général du Québec, *Op. cit.*, 11.

⁵⁹ Régie de l'assurance maladie du Québec, *Accord-cadre se terminant le 31 mars 2023 ayant trait au renouvellement de l'entente générale intervenu entre le Ministre de la santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* (Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2018),

http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html.

⁶⁰ Fédération des médecins spécialistes du Québec, *Protocole d'accord intervenu entre le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) ayant trait au renouvellement de l'accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023*, 2018, <https://www.fmsq.org/documents/11415/0/Entente+signée+%2826+pages%29.pdf>.

⁶¹ Guillaume Hébert, *Op. cit.*, 3.

l'enveloppe de rémunération a été gelée, puis on prévoyait une légère augmentation pour l'année 2015-2016, pour ensuite voir une plus grande augmentation pour les années subséquentes⁶².

En 2018, face à la nouvelle situation financière de l'État québécois, les deux parties sont retournées à la table à dessin pour renégocier les ententes de 2014. À ce moment, plus de 5 675 millions de dollars de l'enveloppe globale prévue dans ces accords restait à être versé aux médecins sous forme de montant non-récurrent, mettant ainsi les finances du gouvernement québécois à rude épreuve⁶³. Vu la situation de surplus budgétaire en 2017, mais l'incertitude face à la situation financière des prochaines années, le gouvernement s'est donc entendu avec les médecins spécialistes pour leur offrir 480 millions de dollars à titre de rattrapage salarial, mais en contrepartie, d'étaler davantage le reste de la hausse prévue jusqu'en 2027⁶⁴. Dans ce contexte, les médecins spécialistes n'ont eu aucune nouvelle hausse salariale, mais uniquement une nouvelle redistribution de la hausse déjà prévue. De leur côté, lors de ces renégociations, les omnipraticiens ont obtenu une augmentation de l'enveloppe budgétaire de 1,6 milliards de dollars sur 8 ans, en plus de s'entendre sur l'étalement des augmentations déjà prévues dans les ententes précédentes⁶⁵. L'un des arguments utilisés pour accorder une augmentation salariale aux omnipraticiens était qu'il fallait diminuer l'écart de rémunération entre ceux-ci et les médecins spécialistes.

Un autre élément d'importance inclus dans la dernière entente avec les deux fédérations médicales est l'attribution d'un mandat à l'Institut canadien sur l'information sur la santé (ICIS) visant à comparer la rémunération des médecins québécois à celle des médecins pratiquant dans les autres provinces canadiennes. L'étude tiendra compte de plusieurs variables dans son analyse, telles que les finances publiques, les perspectives salariales de la province ainsi que la rémunération des employés œuvrant au sein du système publique et parapublique⁶⁶. Ce rapport, dont il a été question dans les derniers mois dans l'actualité, devait être rendu en 2018 pour la FMOQ et 2019 pour la FMSQ et être suivi d'une nouvelle ronde de négociations entre les médecins et le MSSS afin de s'entendre pour réduire la différence de rémunération, le cas échéant^{66,67}. Celle-ci devra se dérouler dans les 60 jours suivant le dépôt du rapport et n'aura aucun impact sur les sommes déjà accordées dans les ententes en vigueur jusqu'en 2024 pour les omnipraticiens et en 2027 pour les spécialistes.

Division des sommes

L'enveloppe budgétaire globale négociée entre les fédérations médicales et le MSSS est divisée afin de couvrir différents frais inhérents à la pratique médicale. En plus de couvrir, entre autres, les frais encourus par la croissance des effectifs médicaux et à la mise en place des mesures incitatives, des sommes sont affectées au financement de plusieurs projets précis. Ainsi donc, une somme est

⁶² Radio-Canada, « Québec s'entend avec les deux fédérations de médecins, » 24 septembre, 2014, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/686029/remuneration-medecins-entente-proche>.

⁶³ Vérificateur général du Québec, *Op. cit.*, 21.

⁶⁴ Jocelyne Richer, « Hausse de rémunération des médecins spécialistes : 11,2 pour cent d'ici 2023, » 13 février, 2018, <https://lactualite.com/actualites/hausse-de-remuneration-des-medecins-specialistes-112-pour-cent-dici-2023/>.

⁶⁵ Radio-Canada, « Québec «règle ses comptes» avec les omnipraticiens pour près de 1,6 G\$, » 6 octobre, 2017, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1060069/quebec-omnipraticien-moreau-godin-remuneration-arrerage-entente-rattrapage-ontario>.

⁶⁶ Régie de l'assurance maladie du Québec, *Accord-cadre se terminant le 31 mars 2023 ayant trait au renouvellement de l'entente générale intervenu entre le Ministre de la santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* (Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2018),

http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html.

⁶⁷ Fédération des médecins spécialistes du Québec, *Op. cit.*

attribuée spécifiquement à des projets ou actes prioritaires au gouvernement, alors que le reste de l'enveloppe est divisé parmi l'ensemble des autres modalités de rémunération.

Au point 8 de l'accord convenu entre la FMOQ et le MSSS, on peut en apprendre plus sur les projets spécifiques financés par l'entente. Parmi ceux-ci, on retrouve un montant de 5 millions de dollars qui a été accordé afin d'implanter des mesures visant à améliorer les soins à domicile et à les valoriser au sein de la population et des professionnels de la santé⁶⁶. Des programmes tels que AMPRO^{OB} (pour les médecins pratiquant en obstétrique) et celui procurant de l'aide aux médecins du Québec sont également financés à même l'entente générale^{66,68}. Finalement, des montants sont prévus pour assurer la révision de la rémunération en lien avec certaines tâches, comme le partenariat avec une infirmière praticienne spécialisée en soin de première ligne (IPS-PL), l'aide médicale à mourir et l'enseignement en GMF-U⁶⁹.

Tout comme l'entente avec la FMOQ, celle avec les médecins spécialistes comprend une section qui détaille la division de l'enveloppe globale négociée. D'importants montants permettent de financer des projets pilotes, tels celui du centre de prélèvement d'organes de l'Hôpital du Sacré-Cœur (1,17 millions de dollars annuellement) et la mise en place d'un dépistage de la rétinopathie diabétique (80 000\$ annuellement pour la rémunération des médecins y contribuant)⁷⁰. Par ailleurs, un maximum de 30 millions de dollars sera consacré annuellement au financement des services d'ultrasonographie effectués en cabinet privé par les radiologistes⁷⁰. De la même manière que ce qui a été négocié avec les médecins omnipraticiens, l'entente de la FMSQ prévoit l'attribution de sommes pour couvrir les coûts médicaux et médico-administratifs en lien avec l'application de la loi sur les soins de fin de vie⁷⁰.

Mais par la suite, comment est divisée le reste de l'enveloppe budgétaire ? Comment sont déterminés quels sont les actes existants et quel montant est attribué à chacun d'eux ? Pour ce qui est des omnipraticiens, les négociations se font entre la FMOQ et le gouvernement quant à savoir quels sont les actes existants et le montant qui y est associé⁷¹.

Le processus est beaucoup plus complexe pour les médecins spécialistes, où c'est la FMSQ qui gère elle-même les actes et la rémunération associée. Tout d'abord, lors de l'Assemblée des délégués de la FMSQ, il est déterminé quelle proportion de l'enveloppe ira à chacune des spécialités. Paraîtrait-il une formule visant à réduire l'écart salarial entre les différentes spécialités au fil du temps dans la distribution de cette enveloppe a été mise en place vers 2009. Après la division des sommes entre spécialités, ce serait ensuite aux associations de chacune des spécialités de diviser l'argent qui leur est attribué entre les différents actes et de décider du montant attribué à chacun d'eux. Cependant, il importe de spécifier que les médecins ne facturent pas uniquement des actes propres à leur spécialité : par exemple, des cardiologues peuvent pratiquer des échographies cardiaques ; c'est cependant l'association des radiologistes et non celle des

⁶⁸ Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, « AMPRO OB, » 2017, <https://sogc.org/fr/formation-medicale-continue-fmc/ampro-ob.html>.

⁶⁹ Régie de l'assurance maladie du Québec, *Accord-cadre se terminant le 31 mars 2023 ayant trait au renouvellement de l'entente générale intervenue entre le Ministre de la santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* (Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2018), http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html.

⁷⁰ Fédération des médecins spécialistes du Québec, *Op. cit.*

⁷¹ Damien Contandriopoulos, courriel à Guillaume Roy, 18 avril, 2019.

cardiologues qui détermine le montant payé pour cet acte. Une fois que les actes et les montants associés sont déterminés, le tout revient au gouvernement qui doit approuver ou négocier le tout avec les fédérations médicales⁷¹. Cependant, comme aucun document officiel n'étaye spécifiquement ces modalités de détermination des actes, cette information est donnée sous réserve de ce que les experts en matière de rémunération des médecins ont appris entre les branches.

Conditions de pratique incluses dans les ententes

En plus des nombreuses clauses préalablement décrites qui est comprises dans les accords, on retrouve également des conditions qui doivent être respectées à la fois par les membres des fédérations médicales, mais également par le MSSS et les établissements de santé. Que ce soit dans l'entente négociée par la FMOQ ou FMSQ, les parties impliquées réitèrent l'importance accordée aux conditions de pratique des médecins afin qu'ils puissent répondre aux besoins de la population. Dans ce sens, les établissements de santé ont l'obligation de fournir aux médecins qui y pratiquent les ressources raisonnables pour qu'ils puissent offrir des soins de qualité et exercer leur profession au meilleur de leurs capacités. Cette obligation comprend de fournir aux médecins, sans frais supplémentaires, différents outils de travail tels que services de dictée, téléavertisseur, systèmes informatiques et logiciels requis pour la gestion du système de garde. Toujours concernant les ententes signées par les deux fédérations médicales, il a été convenu de mettre en place des comités qui se pencheront sur l'organisation des soins, leur qualité, leur accessibilité, les conditions de pratique des médecins omnipraticiens et spécialistes ainsi que sur des problématiques ponctuelles pouvant survenir. Par ailleurs, parmi les conditions de pratique, il a été prévu que les médecins soient autorisés à s'absenter pour un temps déterminé dans l'entente en cas de congé parental, congé d'adoption et congé de ressourcement (approuvé par le chef de département) sans que les privilèges et nominations des médecins soient révoqués^{72,73}.

Des conditions supplémentaires visant les médecins spécialistes ont été négociées dans le dernier accord survenu entre la FMSQ et le MSSS. Entre autres, il a été déterminé qu'au plus tard le 1^{er} septembre 2018, les médecins spécialistes devaient s'engager à couvrir tout bris de service en chirurgie (i.e. s'assurer qu'un médecin de garde soit disponible en tout temps dans les hôpitaux où se fait de la chirurgie) et à implanter un plan provincial à cet effet⁷³. Aussi, avant le 15 février 2019, un plan similaire devait être mis en place pour toutes les autres spécialités de base dans l'ensemble de la province afin d'éviter les bris de service dans ces secteurs⁷³. Finalement, un plan de remplacement provincial a été convenu afin de prévenir et ainsi éviter les bris de service en anesthésiologie dans l'ensemble des établissements de santé du Québec. Le MSSS s'engage donc à accroître le nombre d'effectifs médicaux œuvrant dans cette spécialité et à leur offrir des conditions de pratique leur permettant d'exercer leur profession, en plus d'augmenter la rémunération des anesthésistes de garde dans certaines régions de la province⁷³.

⁷² Régie de l'assurance maladie du Québec, *Accord-cadre se terminant le 31 mars 2023 ayant trait au renouvellement de l'entente générale intervenu entre le Ministre de la santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* (Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2018),

http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html.

⁷³ Fédération des médecins spécialistes du Québec, *Op. cit.*

Privé versus public

Les modalités de rémunération énumérées précédemment s'appliquent pour les services couverts par le régime public d'assurance maladie. Tout médecin au Québec est considéré d'emblée comme un « médecin participant » aux yeux de la RAMQ, ce qui signifie qu'il réclame à la RAMQ les frais associés aux services offerts à ses patients. Un médecin a tout de même la possibilité de ne pas recevoir son salaire de la RAMQ. Il peut devenir un « médecin désengagé », c'est-à-dire qu'il réclame le même montant que ce qui prévaut au manuel de facturation de la RAMQ, mais que c'est le patient qui paie de sa propre poche. L'autre option est de choisir d'être « médecin non-participant » ; dans ce cas, le médecin peut réclamer le montant qu'il désire pour les actes qu'il prodigue, sans tenir compte des prix de la RAMQ⁷⁴. Pour changer de statut, les médecins doivent en faire la demande à la RAMQ, qui possède le droit de refuser la demande⁷⁵. Ces deux dernières possibilités constituent ce que nous appelons la pratique privée au Québec.

Le nombre de médecins pratiquant au privé au Québec était de 425 en 2018, soit 305 omnipraticiens et 125 spécialistes⁷⁶. Cela correspond à 2% de l'ensemble des médecins au Québec. Ce nombre a presque doublé au cours des dernières années, comme on retrouvait 210 médecins pratiquant au Québec en 2013⁷⁶.

Alors que le privé peut être présent dans le paiement des actes médicaux, on le retrouve aussi dans l'organisation des soins. Par exemple, les hôpitaux et CLSC au Québec sont gérés entièrement par l'État, avec le financement de l'État. La situation est différente pour ce qui est des cliniques médicales. Pour la plupart des cliniques qui ne sont pas des GMF, l'organisation de la clinique est faite de manière privée, c'est à dire que le médecin gère lui-même sa clinique, mais est également responsable de payer son loyer et son personnel (secrétaire, infirmière, ...) à même son salaire. Les GMF sont également des cliniques gérées de manière privée, mais ceux-ci reçoivent un financement de l'État pour ce qui concerne les frais administratifs et le personnel⁷⁷. Un médecin peut donc offrir des services couverts par la RAMQ tout en pratiquant dans une institution privée.

L'incorporation

Depuis 2007, un règlement permet aux médecins du Québec de s'incorporer⁷⁸. L'incorporation consiste à créer une entité légale par laquelle passera les activités professionnelles. Ainsi, dans le cas d'un médecin, il s'agit de créer une structure administrative sous forme d'une entreprise au sein de laquelle les différents actes légaux et paiements transigeront.

L'une des motivations initiales pour la mise en place d'une telle disposition était surtout pour la gestion des cliniques médicales. En effet, il était complexe pour un médecin de devoir gérer une clinique sans avoir d'organe administratif telle qu'une entreprise pour la signature des contrats de

⁷⁴ Régie de l'assurance-maladie du Québec, « Médecin participant, non participant, désengagé, » 14 avril, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/salle-presse/sujets-interet/Pages/medecin-participant-non-participant-desengage.aspx>.

⁷⁵ Jasmin Guénette et Julie Frappier, « La médecine privée au Québec, » Institut économique de Montréal, 2013, 1, http://www.iedm.org/files/note1213_fr.pdf.

⁷⁶ Héroïse Archambault, « Deux fois plus de médecins au privé depuis cinq ans, » 16 novembre, 2018, <https://www.journaldemontreal.com/2018/11/16/deux-fois-plus-de-medecins-au-privé-depuis-cinq-ans>.

⁷⁷ Anne Plourde, « Des CLSC aux GMF, » 3 mars, 2016, <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/des-clsc-aux-gmf>.

⁷⁸ Collège des médecins du Québec, « Questions-réponses sur l'exercice en société, » 18 août, 2019, <http://www.cmq.org/page/fr/questions-et-reponses.aspx>.

travail des employés, pour toute entente légale ou pour verser un salaire⁷⁹. Un médecin décidant de fonder sa propre clinique doit payer à même son salaire les dépenses associées à cette clinique, ce qui inclut le loyer, l'équipement médical ou le salaire d'une secrétaire ou d'une infirmière. Or, au Québec, le taux d'imposition des particuliers est supérieur à celui des entreprises. Si un médecin devait empocher personnellement tout l'argent versé par la RAMQ avant d'effectuer les dépenses de sa clinique, il devrait payer jusqu'à 53,3% d'impôt sur ce montant avant d'effectuer les paiements nécessaires pour sa clinique⁸⁰. En faisant verser ses réclamations à la RAMQ directement à l'entité légale qu'est son entreprise, le montant ne peut être imposé à plus de 26,6%⁸⁰, permettant ainsi d'effectuer toutes les dépenses nécessaires à la clinique sans devoir verser la moitié de son revenu en impôts préalablement.

Dans le contexte d'un médecin ouvrant sa propre clinique médicale, l'incorporation rend la gestion de cette clinique similaire à n'importe quel autre commerce. Cependant, deux points particuliers font sourciller quant au pouvoir de s'incorporer. Tout d'abord, au cours des dernières années, le gouvernement s'est mis de plus en plus à financer les frais de gestion des cliniques, entre autres des GMF et des cliniques-réseaux (« super-cliniques »). Dans ce contexte, les médecins n'ont plus à assumer les dépenses de leur clinique et la quasi-totalité de ce qu'ils réclament à la RAMQ leur revient comme salaire.

De plus, tous les médecins peuvent décider de s'incorporer, qu'ils gèrent ou non une clinique médicale. Or, en s'incorporant, plusieurs mesures permettent aux médecins d'économiser sur l'impôt à payer. Tout d'abord, il leur est possible de verser des salaires à d'autres membres de leur famille ayant un salaire plus faible, permettant ainsi de payer moins d'impôts sur ces montants. Il est également possible de laisser dans le compte de l'entreprise le montant que le médecin souhaite garder comme économies ; ultimement, ce montant sera donc imposé à un taux beaucoup moindre que si le médecin retirait ce montant pour l'investir après avoir payé plus de 50% en impôt.

Le débat fait donc rage quant à savoir s'il est légitime de laisser le droit aux médecins de s'incorporer ou non. Le gouvernement fédéral a voulu légiférer pour restreindre le paiement à certains membres de sa famille, mais les pressions de plusieurs groupes de la société civile l'ont fait reculer sur plusieurs points.

⁷⁹ Linda Goupil, *Au tournant du siècle, les professions évoluent et l'avenir est maintenant* (Québec : Office des professions du Québec), 7-8, https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/1-Plan%20d'action_26%20nov_1999..pdf.

⁸⁰ Financière des professionnels, « Savoir si je dois m'incorporer, » 19 août, 2019, <https://www.fprofessionnels.com/capsule/savoir-si-je-fois-mincorporer-medecin/>.

DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE RÉMUNÉRATION À TRAVERS LE MONDE ET EFFICACITÉ DE CEUX-CI

Modes de rémunération au Canada

L'ensemble des provinces et territoires du Canada utilise une combinaison de rémunération à l'acte et « alternative » afin de rémunérer leurs médecins. Dans la plupart des cas, cette forme « alternative » représente un versement sous forme de capitation, de forfait ou de salaire au taux horaire.

Au cours de l'année 2015-2016, 27,9% des sommes versées aux médecins avaient été versées sous une forme alternative à la rémunération à l'acte⁸¹. Cette somme était en augmentation comparativement aux 10,6% des sommes versées sous forme alternative lors de l'année 1999-2000. En outre, la majorité des médecins canadiens reçoivent leur rémunération sous forme de combinaison de rémunération à l'acte et alternative. En effet, durant la période 2015-2016, 97% des médecins avaient reçu au moins un versement à l'acte et 69% au moins un versement alternatif⁸². Une minorité de médecins est donc exclusivement rémunérée à l'acte alors qu'une très faible minorité est uniquement rémunérée sous forme alternative. De plus, une disparité existe entre les différents types de médecins quant à la proportion de rémunération versée sous forme d'acte ou alternative. Effectivement, alors que 35% des médecins de famille canadiens recevaient au moins la moitié de leur salaire sous forme alternative, seulement 8% des médecins exerçant une spécialité chirurgicale recevaient plus de la moitié de leur rémunération sous forme alternative⁸³.

Malgré cette apparente homogénéité des modes de rémunération à l'échelle canadienne, d'importantes différences subsistent quant aux procédures de négociation et aux types de médecins et pratiques visés par ces formes alternatives. En effet, la part de chaque modalité dans les provinces et territoires canadiens varie de façon substantielle. Le tableau 1 présente de façon sommaire le système de rémunération alternative en place dans quelques provinces canadiennes et la part de la rémunération qui y est associée. Par exemple, l'utilisation la plus élevée de la rémunération à l'acte est en Alberta, où 87% des paiements sont versés sous forme d'acte⁸⁴. À l'opposé, la proportion d'utilisation la plus faible de rémunération à l'acte est trouvée en Nouvelle-Écosse, où seulement 52% des paiements sont versés sous forme d'acte⁸⁴. De façon similaire, alors que 93% des médecins néo-écossais reçoivent au moins une part de rémunération sous forme alternative, seulement 16% des médecins albertains font de même. En comparaison, les deux systèmes de rémunération coexistent de façon très imbriquée chez les médecins du Québec. Effectivement, bien que seulement 21% de la rémunération totale y soit versée sous forme alternative (avant dernier-rang canadien quant à la proportion), 87% des médecins ont reçu au moins un versement sous forme alternative au cours de l'année 2015-2016 (deuxième rang canadien en termes de proportion de médecins).

⁸¹ Institut canadien d'information sur la santé, *Op. cit.*, 14.

⁸² Institut canadien d'information sur la santé, *Op. cit.*, 15.

⁸³ Institut canadien d'information sur la santé, *Op. cit.*, 18.

⁸⁴ Institut canadien d'information sur la santé, *Op. cit.*, 16.

TABLEAU 4: Exemples d'organisation de la rémunération alternative au Canada^{85,86,87,88}

Province	Part de la rémunération alternative (%)	Rémunération <i>alternative</i>
Nouvelle-Écosse	52	<i>Academic Funding Plans</i> : Rémunération des médecins travaillant en milieu académique dans la région d'Halifax pour leurs activités cliniques, académiques et administratives. <i>Alternative Payments Plans</i> : Plans de rémunération alternative signés de façon individuelle pour les médecins ne pratiquant pas dans la région d'Halifax
Ontario	30-40	<i>Blended Capitation Model</i> : Capitation basée sur le nombre de patients dans certaines pratiques de groupe de médecins de famille. <i>Alternative Payment Plans</i> : Rémunération mixte pour les médecins spécialistes, basée sur plus d'une centaine d'entente avec des groupes de médecins.
Alberta	13	<i>Alternative Relationship Plans</i> : Ententes de rémunération alternative en contexte académique ou non-académique (paiement sous forme annualisée, horaire ou de capitation mixte)
Colombie-Britannique	21	<i>Alternative Payment Plans</i> : Ententes de rémunération forfaitaire ou de capitation entre le ministère de la santé et une agence de santé ou un médecin.

Modes de rémunération à l'international

Afin de comprendre l'idée globale de rémunération des médecins, il peut être intéressant de prendre connaissance de ce qui se fait ailleurs dans le monde. Cette section portera sur les pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) dont fait partie le Canada.

Comme mentionné précédemment, il existe trois principaux types de rémunérations pour les médecins : la rémunération à salaire, la rémunération à l'acte ainsi que la capitation. En pratique, ceux-ci peuvent être combinés. D'ailleurs, l'OCDE, qui compare les médecins salariés aux médecins libéraux (i.e. rémunérés à l'acte), affirme que les limites entre les deux types de pratique médicale ne sont pas claires ; un médecin libéral peut avoir un salaire pour une partie de sa pratique et, pour sa part, un médecin salarié peut travailler au privé⁸⁹. Selon les pays, l'État joue un rôle

⁸⁵ Institut canadien d'information sur la santé, *Op. cit.*

⁸⁶ Jean-Louis Denis et al., *Op. cit.*

⁸⁷ Province of Nova Scotia. « Remuneration. » 7 avril, 2019.
<https://physicians.novascotia.ca/remuneration.html>

⁸⁸ Government of Alberta. « Alternative Relationship Plans (ARP). » 7 avril, 2019.
<https://www.alberta.ca/alternative-relationship-plans.aspx>

⁸⁹ Organisation de coopération et de développement économique, *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE* (Paris : Organisation de coopération et de développement économique, 2017), 162, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr.

différent en ce qui a trait à la rémunération. En effet celui-ci peut agir afin de réglementer les honoraires, être employeur des médecins ou encore en être leur client⁸⁹.

France

En France, le mode de rémunération est souvent en corrélation avec le milieu de pratique. En effet, les médecins travaillant à l'hôpital sont plutôt salariés alors que ceux exerçant en clinique reçoivent davantage une rémunération à l'acte⁹⁰.

À propos de ce pays, il est important de noter qu'il existe une différence marquée entre le revenu brut des médecins français et celui des médecins québécois. Par exemple, en France en 2014 et 2015, les médecins libéraux omnipraticiens gagnaient en moyenne 74 742 € (environ 112 000\$) et les libéraux spécialistes, 105 772 € (environ 159 000\$)⁹¹.

Pour les médecins généralistes français, la rémunération à l'acte est la plus commune. Cependant, on observe une diversité depuis la réforme, car plusieurs mesures ont été mises en place pour tenter d'augmenter, entre autres, l'efficacité et la qualité des soins offerts par ces médecins. En effet, les rémunérations forfaitaires pour la « prise en charge de certains patients » ainsi que le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) et la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour « l'atteinte d'objectifs de qualité des soins et d'efficience » ont fait leur apparition dans le système de santé français. Dans les faits, ces mesures ont un certain poids pour les généralistes qui, en 2012, ont reçu 10,4% de leur rémunération sous la forme de ces bonus qui visent à remplir les priorités gouvernementales.

Pour ce qui a trait aux médecins spécialistes, la rémunération est davantage limitée aux modes traditionnels représentés principalement par la rémunération à l'acte (40% des spécialistes) et la rémunération fixe (38% des spécialistes). La rémunération des spécialistes suit aussi la tendance mentionnée ci-haut associant la rémunération à l'acte à une pratique en clinique et celle fixe à une pratique en hôpital. À noter, cette proportion est variable selon la spécialité. Il faut aussi noter qu'en France, 30% des médecins spécialistes travaillent au privé et ne sont donc pas rémunérés par l'État⁹².

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, près de 96% des médecins sont employés par l'État, ce qui en fait un des pays européens où les médecins participent le plus au régime d'assurance maladie publique⁹². Dans ce pays, la rémunération à l'acte est peu utilisée, autant chez les omnipraticiens que les spécialistes. La majorité des médecins de famille (85%) travaillent dans des centres de santé gérés par le National Health Service, l'organisme gouvernemental qui prend en charge l'organisation du système de santé britannique. Ceux-ci sont payés par capitation, en fonction du nombre de patients qu'ils ont dans leur clientèle⁹³. L'autre 15% des omnipraticiens est payé à salaire par le gouvernement, avec un

⁹⁰ Muriel Déprez et Valérie Albouy, « Mode de rémunération des médecins, » *Économie & prévision* 188 (2009) : 132, <https://doi.org/10.3406/ecop.2009.7906>.

⁹¹ Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. « Bénéfices non commerciaux (BNC) 2015 des médecins libéraux. » 16 novembre, 2016. <http://www.carmf.fr/page.php?page=actualites/communiqués/2016/bnc2015.htm>.

⁹² Lucy Kok et al., « Remuneration of medical specialists. Drivers of the difference between six European countries, » *Health Policy* 119, n°9 (2015): 1189, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.003>.

⁹³ Profil Médecin, « Médecins en Europe : au Royaume-Uni, le NHS au centre du jeu, » 2 mars, 2017, <https://www.profilmedecin.fr/contenu/medecins-en-europe-au-royaume-uni-le-nhs-au-centre-du-jeu/>.

salaires de départ de 57 655 £ (environ 100 000\$) s'élevant avec l'ancienneté jusqu'à un maximum de 87 003 £ (environ 151 000\$)⁹⁴.

Pour ce qui est des spécialistes, la grande majorité d'entre eux sont payés à salaire. Fait à noter, au Royaume-Uni, le salaire des médecins spécialistes est inférieur à celui des omnipraticiens, débutant à 39 060 £ (environ 68 000\$) pour atteindre un maximum de 72 840 £ (environ 127 000\$) après 17 ans de pratique⁹⁴. Cela diffère de la pratique nord-américaine où les médecins spécialistes ont un salaire significativement plus élevé que leurs collègues omnipraticiens.

Impact des modes de rémunération : données probantes

Afin d'éclairer gouvernements et hôpitaux dans la sélection d'un mode de rémunération médicale optimal pour leur population, la communauté scientifique a cherché depuis plus de 20 ans à étudier les avantages et désavantages de chaque système de rémunération. Leurs travaux se sont globalement orientés autour de deux axes : la comparaison des trois grands types de rémunération (acte, salariat et capitation) et l'étude plus spécifique de la rémunération à la performance.

Comparaison des grands systèmes de rémunération

Dans les 20 dernières années, plusieurs revues systématiques se sont intéressées à la comparaison des trois grands systèmes de rémunération médicale que sont la rémunération à l'acte, le salariat et la capitation. Malgré le nombre important de ces revues, leurs conclusions sont semblables, car elles recensent majoritairement les mêmes études.

D'abord, ces revues observent qu'en comparaison à la rémunération à l'acte, le salariat est associé à une réduction du nombre d'actes et des tests délivrés par patient^{95,96,97}. Cette diminution du nombre d'acte par patient est cependant associée à une augmentation du nombre de patients suivis et à un volume total de soins similaire⁹⁶. La rémunération sous salaire est également associée à une augmentation de l'accès aux soins^{95,97,98} et à une plus grande satisfaction des patients et médecins comparativement à la rémunération à l'acte^{95,96,97}. En outre, le salariat est associé à une part plus importante d'utilisation des soins préventifs et une augmentation des activités académiques et administratives^{95,98}.

Ces revues systématiques permettent également de tirer des conclusions quant à l'effet de la rémunération sous forme de capitation. Elles observent ainsi que la capitation est associée à un volume de soins et à un niveau de références et tests diagnostiques moindre comparativement à la rémunération à l'acte^{95,96,97}. Elles rapportent également une satisfaction moindre du médecin⁹⁷. En comparaison au salariat, ces revues associent la capitation à une réduction de l'accès aux soins et

⁹⁴ NHS Employers, *Pay and Conditions Circular (M&D) 3/2018* (Londres: National Health Service, 2018), <https://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Documents/Pay-and-Conditions-Circular-MD-32018-270918.pdf>.

⁹⁵ Jean-Louis Denis et al., *Op. cit.*

⁹⁶ Toby Godsen et al., « Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians, » *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3 (2000), https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002215/media/CDSR/CD002215/CD002215_abstract.pdf.

⁹⁷ Charles Yan et al., *Financial Incentives to Physician Practices: A literature review of evaluations of physician remuneration models*, Alberta: Institute of Health Economics, 2009, <https://www.ihe.ca/publications/financial-incentives-to-physician-practices-a-literature-review-of-evaluations-of-physician-remuneration-models>.

⁹⁸ Toby Godsen, L. Pederson et D. Togerson, « How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour, » *QJM: An International Journal of Medicine* 92, n°1 (1999): 47-55, <https://doi.org/10.1093/qjmed/92.1.47>.

de la satisfaction des médecins^{95,97}. Cependant, elles associent aussi la capitation à une augmentation d'activités administratives⁹⁵.

En synthétisant les nombreuses études qui ont comparé un ou plusieurs de ces systèmes, ces revues relèvent également leurs limitations méthodologiques importantes. Effectivement, la plupart des études réunies dans ces revues ont adopté un devis avant-après, cas-contrôle ou un devis basé sur des séries temporelles. Or, ces différents devis, par l'absence de randomisation formelle, ne peuvent complètement éliminer la possibilité que des facteurs extérieurs au mode de rémunération puissent confondre l'association observée entre la rémunération et les issues mesurées. Il est donc difficile de conclure avec certitude au rôle causal du mode de rémunération dans les changements observés. En plus, les auteurs de ces revues rappellent à maintes reprises qu'aucune de ces études ne rapporte des issues de santé populationnelle. En effet, bien que des changements au mode de pratique des médecins soient rapportés par ces études, celles-ci ne permettent pas de conclure que l'utilisation d'un de ces modes de rémunération améliore de façon significative la santé des individus.

En contraste aux revues précédemment étudiées, les travaux récents d'une équipe québécoise ont porté sur l'impact des réformes de la rémunération des dernières années dans trois provinces canadiennes (Alberta, Ontario et Québec)⁹⁹. Ces auteurs rapportent premièrement que les changements dans les modes de rémunération (soit le passage à la rémunération à l'acte bonifiée ou à la capitation mixte) ont globalement modifié la pratique des médecins. Par exemple, l'implantation d'une capitation mixte a réduit le nombre de patients vus par médecin sans diminuer le nombre d'heures travaillées. Or, en plus d'étudier l'effet des changements dans le mode de rémunération des médecins, ces auteurs ont également examiné l'impact de l'adoption de pratiques de groupe sur différentes issues. Les auteurs rapportent ainsi que l'adoption de pratiques de groupe a généralement diminué les visites à l'urgence et les admissions des patients suivis par ces médecins. En outre, ils observent que l'adoption de ces pratiques améliore le contrôle de certaines, mais pas de l'ensemble des maladies chroniques.

Enfin, une part importante de la recherche scientifique effectuée dans les dernières années sur la rémunération des médecins a porté sur l'évaluation des modes de rémunération à la performance. Dans ce mode de rémunération, un médecin ou un groupe de médecins voit sa rémunération modulée en fonction de l'atteinte de certaines cibles, comme le taux de vaccination ou le contrôle de certaines maladies chroniques. Les nombreuses revues systématiques conduites à ce sujet rapportent ainsi que l'implantation de rémunération à la performance améliore globalement

⁹⁹ Renée Carter et al., « The impact of primary care reform on health system performance in Canada: a systematic review, » *BMC Health Services Research* 16, n°324 (2016): 1-11, <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1571-7>.

l'atteinte des cibles de performance pré-spécifiées^{100,101,102,103,104,105,106}. Néanmoins, quelques études recensées dans ces revues laissent entrevoir une diminution de l'accès aux soins pour certains groupes de patients non-touchés par les cibles de performance pré-spécifiées. En outre, l'ensemble de ces revues souligne la qualité méthodologique parfois faible des études recensées et l'absence d'études rapportant l'effet de la rémunération à la performance sur les issues de santé populationnelles. Ainsi, les données actuelles permettent de conclure que l'adoption de la rémunération à la performance modifie le comportement des médecins en faveur des cibles sélectionnés, mais ne permettent pas d'établir l'effet de ces changements sur la santé des populations.

¹⁰⁰ Jon B Christianson, Sheila Leatherman et Kim Sutherland, « Lessons From Evaluations of Purchaser Pay-for-Performance Programs: A Review of the Evidence, » *Medical Care Research and Review* 65, n°6 (2008): 5S-35S, <https://doi.org/10.1177/1077558708324236>.

¹⁰¹ Jean-Louis Denis, *Op. cit.*

¹⁰² Flodgren Gerd et al. « An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. » *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7 (2011): 1-83. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4204491/pdf/emss-58491.pdf>.

¹⁰³ Sherilyn K.D. Houle et al., « Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care? A Systematic Review, » *Annals of Internal Medicine* 157, n°12 (2012): 889-899, <https://annals.org/aim/article-abstract/1485311/does-performance-based-remuneration-individual-health-care-practitioners-affect-patient?doi=10.7326%2f0003-4819-157-12-201212180-00009>.

¹⁰⁴ Lauren A. Petersen et al., « Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? » *Annals of Internal Medicine* 145, n°4 (2006): 265-272, <https://annals.org/aim/fullarticle/727450/does-pay-performance-improve-quality-health-care>.

¹⁰⁵ Anthony Scott et al., « The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians, » *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9 (2011), <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008451.pub2/full>.

¹⁰⁶ Pieter Van Herck et al., « Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care, » *BMC Health Services Research* 247, n°10 (2010): 1-13, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-247>.

DÉCONSTRUIRE LES MYTHES

La prime jaquette

En janvier 2018, des journalistes ont découvert l'existence de ce qu'ils ont appelé la « prime jaquette ». Cette « prime jaquette » correspondait à un acte facturable par les médecins internistes de la province lorsqu'ils rendaient visite à un patient en isolement, qui leur exige de mettre une jaquette, des gants et un masque. Il était possible pour les internistes de facturer cet acte une fois par semaine par patient en isolement, leur donnant un montant de 65,95\$¹⁰⁷.

La population a fortement désapprouvé l'existence de cet acte. Plusieurs autres professionnels de la santé se sont également plaints du fait qu'eux ne recevaient aucune bonification lorsqu'ils visitaient des patients en isolement. Au mois de mars, Dre Diane Francoeur, présidente de la FMSQ, reconnaissait d'ailleurs la « prime jaquette » comme faisant partie d'« écarts insolites » et que cet acte disparaîtrait du manuel de facturation des médecins spécialistes¹⁰⁸.

Suivant les explications données précédemment sur le mode de fonctionnement de la rémunération des médecins, l'analyse de cette « prime jaquette » devient intéressante. Tout d'abord, d'après la mécanique de détermination des actes, on peut deviner que c'est l'Association des spécialistes en médecine interne du Québec (ASMIQ) qui a dû, suivant les négociations de 2014, procéder à la création de cet acte et y associer un tel montant. Lorsque les propositions ont été soumises au gouvernement, ce dernier a approuvé l'existence de cet acte. Cependant, comme ces actes ont été déterminés à même l'enveloppe budgétaire fournie aux fédérations médicales, le gouvernement n'a pas eu à déboursier de l'argent supplémentaire pour cette « prime jaquette »; c'est plutôt l'ASMIQ qui a décidé de consacrer une partie de son enveloppe budgétaire à cet acte. Le terme « prime » est peut-être ici mal utilisé dans le cadre d'un système de rémunération à l'acte, cet acte n'étant pas différent aux autres en ce qui a trait à la facturation. Il n'en demeure pas moins que la logique derrière cet acte ne fait pas l'unanimité au sein de la population.

Les frais accessoires

Mon médecin a-t-il le droit de me faire payer un certain montant pour remplir un formulaire d'assurance ? Ou bien si je demande à faire renouveler mes médicaments sans avoir de rendez-vous avec lui ? Et s'il doit mettre des gouttes oculaires précédant un examen ophtalmologique ?

Depuis le 26 janvier 2017, il est interdit au Québec de faire payer des frais accessoires. Les frais accessoires sont définis par la loi comme « des frais liés aux services couverts pour lesquels les professionnels sont déjà payés par la RAMQ¹⁰⁹. » Cela signifie que si un médecin facture un acte à la RAMQ en lien avec le service qu'il prodigue à un patient, il lui est interdit de facturer un frais additionnel directement à ce patient pour quelque partie que ce soit de cet acte. Ainsi, il est maintenant interdit aux ophtalmologistes pratiquant dans le système public de facturer aux patients les gouttes qu'ils mettent en préparation aux examens, comme ces gouttes sont nécessaires à

¹⁰⁷ Éric Yvan Lemay, « Une prime de 66\$ pour chaque patient en isolement, » 24 janvier, 2018, <https://www.journaldemontreal.com/2018/01/24/une-prime-de-66-pour-chaque-patient-en-isolement>.

¹⁰⁸ Patricia Cloutier, « Vers la fin de la prime jaquette, » 9 mars, 2018, <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/vers-la-fin-de-la-prime-jaquette-2ecbffc0367a4ddd4c5e2d1cb6f3de>.

¹⁰⁹ Régie de l'assurance maladie du Québec, « Services couverts et frais accessoires, » 19 avril, 2019, <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/services-couverts/Pages/services-couverts-frais-accessoires.aspx>.

l'examen qui est facturé à la RAMQ. Il en est de même pour ce qui est des injections anesthésiantes en vue d'une intervention mineure.

Cependant, lorsqu'un médecin n'est pas payé par la RAMQ pour une de ses tâches, il est en droit de le facturer au patient. Ainsi, remplir un formulaire pour un congé de maladie ou pour une compagnie d'assurance peut être facturé au patient sans que cela soit considéré comme un frais accessoire. De plus, si un patient manque un rendez-vous médical, le médecin est en droit de lui exiger des frais, considérant qu'il n'a pas pu facturer d'acte à la RAMQ. Encore là, la RAMQ s'assure de protéger les patients, comme des prix sont suggérés aux médecins et les montants demandés doivent être clairement affichés dans la salle d'attente du cabinet où pratique le médecin, sans quoi la RAMQ peut émettre des amendes au médecin fautif.

BIBLIOGRAPHIE

- Archambault, Héloïse. « Deux fois plus de médecins au privé depuis cinq ans. » 16 novembre, 2018. <https://www.journaldemontreal.com/2018/11/16/deux-fois-plus-de-medecins-au-privé-depuis-cinq-ans>.
- Boulenger, Stéphanie et Joanne Castonguay. *Portrait de la rémunération des médecins de 2000 à 2009*. Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, 2012. <https://cirano.qc.ca/pdf/publication/2012s-13.pdf>.
- Bond, Sylvie et Lucie Fortier. « Les modes de rémunération. » Dans *Guide des résidents 2015*. Ottawa : Association médicale canadienne, 2015. https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/practice-management-and-wellness/2015-Chapitre1_Les_modes_de_remuneration-f.pdf.
- Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. « Bénéfices non commerciaux (BNC) 2015 des médecins libéraux. » 16 novembre, 2016. <http://www.carmf.fr/page.php?page=actualites/communiqués/2016/bnc2015.htm>.
- Carter, Renée et al. « Measuring the effect of Family Medicine Group enrolment on avoidable visits to emergency departments by patients with diabetes in Quebec, Canada. » *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 23, n°2 (2017) : 369-376. <https://doi.org/10.1111/jep.12627>.
- Carter, Renée et al. « The impact of primary care reform on health system performance in Canada: a systematic review. » *BMC Health Services Research* 16, n°324 (2016): 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1571-7>.
- Christianson, Jon B, Sheila Leatherman et Kim Sutherland. « Lessons From Evaluations of Purchaser Pay-for-Performance Programs: A Review of the Evidence. » *Medical Care Research and Review* 65, n°6 (2008): 5S-35S. <https://doi.org/10.1177/1077558708324236>.
- Cloutier, Patricia. « Vers la fin de la prime jaquette. » 9 mars, 2018. <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/vers-la-fin-de-la-prime-jaquette-2ecbffc0367a4dd4c5e2d1cb6f3de>.
- Collège des médecins du Québec. « Questions-réponses sur l'exercice en société. » 18 août, 2019. <http://www.cmq.org/page/fr/questions-et-reponses.aspx>.
- Contandriopoulos, André Pierre. « Inertie et changement. » *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 9, n°2 (2003): 4-31.
- Contandriopoulos, André-Pierre, François Champagne et Raynald Pineault. « Système de soins et modalités de rémunération. » *Sociologie du travail* 32, n°1 (1990) : 95-115. https://www.jstor.org/stable/43149637?seq=1#page_scan_tab_contents
- Contandriopoulos, André-Pierre et al. *Analyse de l'évolution de l'offre des services médicaux dans une perspective de planification de la main d'oeuvre médicale au Québec*. Ottawa : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2007. https://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/Contandriopoulos_1_3_25_F_Final.pdf.
- Contandriopoulos, Damien. Courriel à Guillaume Roy. 18 avril, 2019.
- Contandriopoulos, Damien et Astrid Brousselle. *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec*. Rapport de recherche produit dans le cadre de l'action concertée intitulée Regards sur les modes de rémunération des médecins financée par le Commissaire à la santé et au bien-être, Université de Montréal, 2018. <https://www.pocosa.ca/RapportFINAL.pdf>.
- Contandriopoulos, Damien et al. *Au-delà des carottes et du bâton, quelques pistes pour atteindre les objectifs du projet de loi n°20*. Mémoire sur la première partie du projet de loi n° 20: loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. 2015. http://crhclm.ca/wp-content/uploads/2015/03/019m_damien_contandriopoulos.pdf.
- Da Silva, Roxane Borgès et Raynald Pineault. « Impact of physician distribution policies on primary care practices in rural Quebec. » *Journal canadien de la médecine rurale* 17, n°3 (2012) : 92-98. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22735085>.

- Denis, Jean-Louis et al. *Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative*. Québec : Fonds de recherche Société et culture. 2017. http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DenisJ-L_rapport_Remuneration-medicale.pdf/c04d90d6-ef8c-4919-b921-ee508d62aa76.
- Déprez, Muriel et Valérie Albouy. « Mode de rémunération des médecins. » *Économie & prévision* 188 (2009) : 131-39. <https://doi.org/10.3406/ecop.2009.7906>.
- Département régional de médecine générale de Laval. *Trousse d'information : groupe de médecine de famille*. Québec : DRM de Laval, 2017. http://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/ciss_laval/CISSS_de_Laval/DRMG/Trousse_d_information_GMF.pdf.
- Dunlop, Marilyn E. « Health Policy. » 4 mars, 2015. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/health-policy>.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. « Tout sur les AMP. » 6 octobre, 2017. <https://www.fmoq.org/pratique/installation-en-pratique-informatisation/activites-medicales-particulieres/>.
- Fédération des médecins spécialistes du Québec. *Protocole d'accord intervenu entre le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) ayant trait au renouvellement de l'accord-cadre pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2023*. 2018. <https://www.fmsq.org/documents/11415/0/Entente+signée+%2826+pages%29.pdf>.
- Flodgren, Gerd et al. « An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. » *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7 (2011): 1-83. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4204491/pdf/emss-58491.pdf>.
- Financière des professionnels. « Savoir si je dois m'incorporer. » 19 août, 2019. <https://www.fprofessionnels.com/capsule/savoir-si-je-veux-mincorporer-medecin/>.
- Godsen, Toby et al. « Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. » *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3 (2000). https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002215/media/CDSR/CD002215/CD002215_abstract.pdf.
- Godsen, Toby, L. Pederson et D Togerson. « How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. » *QJM: An International Journal of Medicine* 92, n°1 (1999): 47-55. <https://doi.org/10.1093/qjmed/92.1.47>.
- Goupil, Linda. *Au tournant du siècle, les professions évoluent et l'avenir est maintenant*. Québec : Office des professions du Québec. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/1-Plan%20d'action_26%20nov_1999..pdf.
- Gouvernement du Canada. « Commission royale d'enquête sur les services de santé, 1961 à 1964. » 13 juin, 2005. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/commissions-enquetes/commissions-federales-soins-sante/commission-royale-services-sante.html>.
- Gouvernement du Canada. « Le système des soins de santé du Canada. » 24 mars, 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>.
- Government of Alberta. « Alternative Relationship Plans (ARP). » 7 avril, 2019. <https://www.alberta.ca/alternative-relationship-plans.aspx>.
- Guénette, Jasmin et Julie Frappier. « La médecine privée au Québec. » Institut économique de Montréal, 2013. http://www.iedm.org/files/note1213_fr.pdf.
- Hébert, Guillaume. « La rémunération des médecins québécois. » IRIS. juin 2016. https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Re_mune_ration_des_me_decins_WEB_02.pdf.
- Houle, Sherilyn K.D. et al. « Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care? A Systematic Review. » *Annals of Internal Medicine* 157, n°12 (2012): 889-899.

<https://annals.org/aim/article-abstract/1485311/does-performance-based-remuneration-individual-health-care-practitioners-affect-patient?doi=10.7326%2f0003-4819-157-12-201212180-00009>.

Indexsanté.ca. « La petite histoire des CLSC au Québec. » 2 octobre, 2018. <https://www.indexsante.ca/chroniques/560/histoire-des-clsc-au-quebec.php>.

Institut canadien d'information sur la santé. *Les médecins au Canada, 2016 : rapport sommaire*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2017. https://secure.cih.ca/free_products/Les_m%C3%A9decins_du_Canada_2016.pdf.

Kok, Lucy et al. « Remuneration of medical specialists. Drivers of the difference between six European countries. » *Health Policy* 119, n°9 (2015): 1188-1196. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.003>.

Léger, Pierre-Thomas et Erin Strumpf. « Les systèmes de rémunération des médecins et leurs enjeux ». Dans *Le Québec économique : Un bilan de santé du Québec*, sous la direction de Luc Godbout, Marcelin Joanis et Nathalie de Marcellis-Warin, 177-195. Québec: Cirano, 2012. https://qe.cirano.qc.ca/sites/default/files/Chapitres_PDF/Qe2011/qe2011_ch08.pdf.

Lemay, Éric Yvan. « Une prime de 66\$ pour chaque patient en isolement. » 24 janvier, 2018. <https://www.journaldemontreal.com/2018/01/24/une-prime-de-66-pour-chaque-patient-en-isolement>.

Maisonneuve, Vincent et Nathalie Lemieux. « La Vérif : le casse-tête de la rémunération à l'acte des médecins. » 7 mars, 2018. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1087502/verif-remuneration-acte-medical-medecin-quebec-sante-reseau-salaire-revenu>.

Ménard Martin Avocats. « La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). » 24 mars, 2019. <http://www.vosdroitsensante.com/la-regie-de-l-assurance-maladie-du-quebec-ramq#formulaire>.

Ministère des finances du Québec. *Budget 2019-2020 – Plan budgétaire*. Québec : Ministère des finances du Québec, 2019. http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2019-2020/fr/documents/PlanBudgetaire_1920.pdf.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). » 26 octobre, 2018. <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Établissements de santé et de services sociaux. » 3 août, 2018. <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>.

Musée Canadien de l'Histoire. « Histoire de l'assurance maladie au Canada - 1968-1978 - le Québec et l'assurance maladie universelle. » 21 avril, 2010. <https://www.museedelhistoire.ca/cmcc/exhibitions/hist/medicare/medic-6h03f.html>.

NHS Employers. *Pay and Conditions Circular (M&D) 3/2018*. Londres: National Health Service, 2018. <https://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Documents/Pay-and-Conditions-Circular-MD-32018-270918.pdf>.

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. *Rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*. 2005. https://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/OIIQ_FMOQ.pdf.

Organisation de coopération et de développement économique. *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*. Paris: Organisation de coopération et de développement économique, 2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr.

Paris, Valérie et Marion Devaux. « Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. » *Les Tribunes de la santé* 40, n°3 (2009) : 45-52. <https://doi.org/10.3917/seve.040.0045>.

Petersen, Lauren A. et al. « Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? » *Annals of Internal Medicine* 145, n°4 (2006): 265-272. <https://annals.org/aim/fullarticle/727450/does-pay-performance-improve-quality-health-care>.

Plourde, Anne. « Des CLSC aux GMF. » 3 mars, 2016. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/des-clsc-aux-gmf>.

- Profil Médecin, « Médecins en Europe : au Royaume-Uni, le NHS au centre du jeu, » 2 mars, 2017, <https://www.profilmedecin.fr/contenu/medecins-en-europe-au-royaume-uni-le-nhs-au-centre-du-jeu/>.
- Province of Nova Scotia. « Remuneration. » 7 avril, 2019. <https://physicians.novascotia.ca/remuneration.html>.
- Radio-Canada. « Québec “règle ses comptes” avec les omnipraticiens pour près de 1,6 G\$. » 6 octobre, 2017. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1060069/quebec-omnipraticien-moreau-godin-remuneration-arretrage-entente-rattrapage-ontario>.
- Radio-Canada. « Québec s’entend avec les deux fédérations de médecins. » 24 septembre, 2014. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/686029/remuneration-medecins-entente-proche>.
- Régie de l’assurance maladie du Québec. *Accord-cadre se terminant le 31 mars 2023 ayant trait au renouvellement de l’entente générale intervenu entre le Ministre de la santé et des services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*. Québec: Régie de l’assurance maladie du Québec, 2018. http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html.
- Régie de l’assurance maladie du Québec. « Historique. » 24 mars, 2019. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Pages/historique.aspx>.
- Régie de l’assurance-maladie du Québec. *L’étude des crédits 2018-2019 : Réponses aux questions générales et particulières*. Québec : Régie de l’assurance-maladie du Québec, 2018. http://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/seance-publique/etude-credits-2018-2019/Reponses-aux-questions-generales-et-particulieres-RAMQ.pdf.
- Régie de l’assurance-maladie du Québec. « Manuel des médecins spécialistes - rémunération à l’acte. » 1er avril, 2019. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/150-facturation-specialistes/manuel-specialistes-remuneration-acte.html#109075>.
- Régie de l’assurance-maladie du Québec. « Manuel des médecins spécialistes - Services de laboratoire en établissement. » 1er avril, 2019. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/170-sle-specialistes/ManuelSpecialistesSLE.html#102740>.
- Régie de l’assurance-maladie du Québec. « Médecin participant, non participant, désengagé. » 14 avril, 2019. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/salle-presse/sujets-interet/Pages/medecin-participant-non-participant-desengage.aspx>.
- Régie de l’assurance-maladie du Québec. « Pouvoirs en matière de contrôle. » 14 avril, 2019. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Pages/pouvoirs-en-matiere-de-controle.aspx>.
- Régie de l’assurance maladie du Québec. « Services couverts et frais accessoires. » 19 avril, 2019. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/services-couverts/Pages/services-couverts-frais-accessoires.aspx>.
- Richer, Jocelyne. « Hausse de rémunération des médecins spécialistes: 11,2 pour cent d’ici 2023. » 13 février, 2018. <https://lactualite.com/actualites/hausse-de-remuneration-des-medecins-specialistes-112-pour-cent-dici-2023/>.
- Scott, Anthony et al. « The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. » *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9 (2011). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008451.pub2/full>.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « AMPRO OB. » 2017. <https://sogc.org/fr/formation-medicale-continue-fmc/ampro-ob.html>.
- Srivastava, Divya, Michael Muller et Emily Hewlett. *Better Ways to Pay for Health Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, 2016. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>.
- Strumpf, Erin et al. « The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec’s family medicine groups. » *Journal of Health Economics* 55 (2017): 76-94. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.009>.

- Université de Sherbrooke. « Adoption par l'Assemblée législative d'une loi sur l'assurance-hospitalisation. » 24 mars, 2019. <http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/evenements/1342.html>.
- Van Herck, Pieter et al. « Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. » *BMC Health Services Research* 247, n°10 (2010): 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-247>.
- Vérificateur général du Québec, « Rémunération des médecins : administration et contrôle » dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée Nationale pour l'année 2018-2019*. Québec : Vérificateur général du Québec, 2018. https://www.vgq.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2018-2019-novembre2018/fr_Rapport2018-2019-novembre2018-Chap04.pdf.
- Vérificateur général du Québec. *Rémunération des médecins : conception et suivi des ententes*. Québec: Vérificateur général du Québec, 2015. http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR-Chap02.pdf.
- Yan, Charles et al. *Financial Incentives to Physician Practices: A literature review of evaluations of physician remuneration models*. Alberta: Institute of Health Economics, 2009. <https://www.ihe.ca/publications/financial-incentives-to-physician-practices-a-literature-review-of-evaluations-of-physician-remuneration-models>.