

La rémunération des médecins

Une approche économique

Analyse par Alain Dubuc, Professeur associé, HEC Montréal



Un partenariat entre

La rémunération des médecins

Une approche économique

Analyse par Alain Dubuc, Professeur associé, HEC Montréal

À propos de l'Institut du Québec

Issu d'un partenariat entre le Conference Board du Canada et HEC Montréal, l'Institut du Québec axe ses recherches et ses études sur les enjeux socioéconomiques auxquels le Québec fait face. Il vise à fournir aux autorités publiques et au secteur privé les outils nécessaires pour prendre des décisions éclairées, et ainsi contribuer à bâtir une société plus dynamique, compétitive et prospère.

Institut du Québec
3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Bur. 3.450
Montréal (Québec) H3T 2A7

institutduquebec.ca

[@InstitutduQC](https://www.instagram.com/InstitutduQC)

Pour citer ce rapport:

Alain Dubuc –
La rémunération des médecins – Une approche économique,
Institut du Québec, 2019.

Mise en page: Jérôme Boivin  image de page couverture: iStock @relif

© Institut du Québec, un partenariat entre Le Conference Board du Canada et HEC Montréal, 2019

Publié au Canada | Tous droits réservés | Entente n° 40063028

*Constituée en société sous le nom d'AERIC Inc.

L'auteur tient à remercier Joanne Castonguay et André Sormany pour leurs remarques.
Il tient aussi à remercier l'équipe de l'institut du Québec pour son soutien.



Un partenariat entre



Le Conference Board
du Canada

HEC MONTRÉAL

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	4
Introduction.....	6
L'état des lieux.....	7
Le rattrapage.....	7
Les mesures de la rémunération.....	10
L'ensemble des médecins.....	12
Les généralistes québécois.....	13
Les spécialistes québécois.....	17
Des débats à prévoir.....	19
Des critères pour déterminer le niveau de rémunération des médecins.....	21
Des politiques floues.....	21
1- Les équivalences.....	24
2- L'équité.....	30
3- Les critères économiques.....	35
4- Les critères d'efficience et de productivité.....	43
5- Les critères des politiques de santé.....	49
Un dépassement coûteux.....	52
Conclusions et recommandations.....	53
Conclusions.....	53
Recommandations.....	54
Annexe A – Bibliographie.....	55

La rémunération des médecins

Une approche économique

Alain Dubuc

Résumé

Le revenu des médecins a fait l'objet d'un vif débat au Québec depuis que certaines données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont montré que leur rémunération excédait celle de leurs collègues ontariens depuis 2014.

Cette révélation a d'ailleurs mené le chef de la Coalition avenir Québec (CAQ), M. François Legault, à promettre, en campagne électorale, de réduire d'un milliard de dollars l'enveloppe salariale des médecins spécialistes. Une fois au pouvoir, le nouveau gouvernement de la CAQ a choisi d'attendre, avant de prendre une décision, les résultats d'une étude commandée à l'ICIS par la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le précédent gouvernement pour raffiner les comparaisons interprovinciales déjà disponibles.

Nous ne connaissons pas encore les résultats de cette étude, attendus pour l'automne 2019. Mais ceux-ci, aussi utiles soient-ils, ne suffiront pas pour guider le Québec dans la recherche d'une rémunération juste et raisonnable pour les médecins. En effet, une fois que nous aurons cette information, qu'est-ce qu'on fera avec? L'important n'est pas de connaître l'écart actuel de la rémunération entre le Québec et le Canada, mais bien de déterminer quel écart serait approprié.

Depuis que le rattrapage du revenu des médecins s'est amorcé en 2004, il y a plus de 15 ans, ni le gouvernement ni la profession médicale n'ont mis au point des outils qui auraient permis de faire un suivi du processus, pas plus qu'ils n'ont défini de façon claire et formelle quelles devraient être les bases de comparaison, quel devrait être l'écart à atteindre ou sur quelle base devrait être déterminé un niveau de revenu acceptable.

Ce rapport a pour but de proposer un cadre d'analyse pour interpréter les résultats à venir, et pour définir des critères permettant d'établir un niveau de revenu souhaitable pour les médecins.

Dans un premier temps, il fait le point sur le processus de rattrapage et sur l'état actuel de la rémunération à partir des informations disponibles, notamment de nouvelles données plus complètes et plus précises de l'ICIS portant sur les paiements pour les médecins équivalent temps plein (ETP), qui englobent maintenant l'ensemble des sources de revenus des médecins et non pas seulement ceux qui proviennent de la rémunération à l'acte.

Il faut interpréter ces données avec prudence en raison des difficultés liées aux comparaisons de systèmes de santé différents. Il n'en reste pas moins que selon cette nouvelle mesure, en 2016-2017, le paiement moyen pour un généraliste équivalent temps plein au Québec s'établissait à 344 214\$. Cela dépasse de 15,7 % celui des généralistes ontariens, 297 627\$, et de 7,1 % la moyenne canadienne de 321 340\$. Cela place les médecins généralistes québécois au deuxième rang canadien, derrière l'Alberta.

Dans le cas des spécialistes, ces nouvelles données réduisent toutefois les écarts qui ont alimenté le débat public. Pour 2016-2017, le paiement moyen pour un spécialiste québécois équivalent temps plein, à 441 180\$, ne dépasse plus que de 27 079\$ celui de son homologue ontarien. Une situation qui s'explique largement par la baisse de la rémunération des médecins spécialistes dans cette province. Par contre, cette rémunération des spécialistes devient légèrement inférieure à la moyenne canadienne et se situe au septième rang des provinces canadiennes.

La deuxième partie du rapport propose une grille qui pourrait guider le Québec dans l'établissement d'une rémunération raisonnable et retient cinq critères d'évaluation :

- une comparaison avec les rémunérations consenties dans le monde industrialisé et ailleurs au Canada ;
- des critères d'équité, par rapport à l'ensemble des citoyens et des autres professionnels de la santé ;
- des critères de productivité, soit l'adéquation entre la rémunération et la prestation de services,
- des critères liés aux choix de politiques de santé ;
- et des critères économiques pour tenir compte du niveau de richesse et de la capacité de payer de l'État.

Selon tous ces critères, les émoluments des médecins québécois sont actuellement très élevés. Les médecins québécois compteraient parmi les mieux rémunérés du monde industrialisé, et l'écart par rapport au salaire moyen est l'un des plus importants. L'écart de salaire avec celui des infirmières est le plus élevé au Canada. Par ailleurs, des données de l'ICIS indiquent que le nombre de services procurés par les généralistes québécois serait inférieur à celui des autres provinces canadiennes.

Le rapport porte une attention particulière aux critères économiques, dans la mesure où il existe, au Québec, un consensus sur le fait que le rattrapage salarial des médecins avec le Canada devrait tenir compte des écarts de richesse. Il y a plusieurs façons de mesurer cet écart : avec le niveau de vie, soit le PIB par habitant, avec le revenu disponible des ménages, avec le coût de la vie. Il y a également plusieurs bases de comparaison canadiennes possibles : le Canada dans son ensemble, le Canada sans le Québec, l'Ontario. Selon les critères retenus, pour refléter les écarts de richesse, la rémunération des médecins québécois devrait se situer dans une fourchette de 83 % à 91 % de la rémunération canadienne.

Ainsi, la rémunération annuelle des généralistes, de 344 214\$ en 2016-2017, aurait plutôt dû s'établir dans une fourchette de 255 959\$ à 292 419\$. Le même exercice, dans le cas des spécialistes, ferait en sorte que leur rémunération de 441 180\$ aurait dû se situer entre 356 127\$ et 403 631\$. Même si ces calculs doivent être interprétés avec prudence, étant donné les limites inhérentes à ces comparaisons interprovinciales, l'application mécanique de ce critère d'écart de richesse réduirait de façon importante l'enveloppe salariale destinée aux médecins.

À titre d'exemple, si leur rémunération équivalait à 86 % de celle du reste du Canada, pour refléter l'écart dans le revenu des ménages, l'enveloppe des généralistes serait réduite de 505,6\$ millions et celle des spécialistes de 363,3\$ millions. Cela permet de noter que si l'État québécois choisissait la voie de la récupération salariale, celle-ci ne devrait pas viser principalement les médecins spécialistes.

Cela étant dit, le rapport ne recommande pas cette avenue, notamment en raison des contraintes légales et de l'impossibilité de mesurer avec précision le niveau de sur-rémunération et propose plutôt d'utiliser celle-ci comme levier pour accélérer des réformes nécessaires, notamment sur l'augmentation de la productivité, la pratique médicale et l'organisation des soins, le mode de rémunération et la réduction de l'opacité qui a entouré jusqu'ici le dossier de la rémunération des médecins.

*Alain Dubuc est professeur associé à HEC Montréal et conseiller stratégique à l'Institut du Québec (IDQ).
Dans le cadre de ses fonctions, il se prononce et analyse des enjeux de politiques publiques.*

Introduction

Le revenu des médecins a fait l'objet d'un vif débat au Québec depuis que des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) ont montré que leur rémunération avait dépassé celle de leurs collègues ontariens à partir de 2014¹. Cet écart positif de la rémunération, qui s'est par la suite accru au fil des ans selon certaines statistiques de l'ICIS, particulièrement pour les spécialistes, a mené au constat suivant : les mesures pour permettre le rattrapage salarial des médecins québécois avaient atteint sinon outrepassé leur cible. Les trois partis d'opposition à l'Assemblée nationale ont sommé le gouvernement libéral de Philippe Couillard de revoir les ententes signées en 2017 et au début de 2018 pour ramener la rémunération des médecins à un niveau qui leur paraissait acceptable. La Coalition Avenir Québec (CAQ), le Parti Québécois (PQ) et Québec solidaire (QS) ont tous proposé des formules pour revoir l'entente du gouvernement avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

Le parti dirigé par François Legault, qui s'était engagé, lors de la campagne électorale, à réduire d'un milliard de dollars l'enveloppe salariale des spécialistes, a plutôt choisi, une fois qu'il a formé le gouvernement, d'attendre, avant de prendre une décision, les résultats d'une étude commandée à l'ICIS par la FMSQ et le précédent gouvernement dans le cadre de leurs négociations. Cette étude, attendue pour l'automne 2019, a pour but de raffiner la comparaison entre la rémunération des médecins québécois et celle de leurs confrères canadiens, notamment parce que la FMSQ conteste la validité des données publiées par l'ICIS. Elle permettra de vérifier si la rémunération des spécialistes québécois dépasse la moyenne canadienne, comme le croient de nombreux observateurs, ou si au contraire, elle demeure inférieure à celle du Canada et de l'Ontario, comme le croit la FMSQ.

Nous ne connaissons pas encore les résultats de cette étude. Peut-être s'écarteront-ils des données déjà disponibles. Dans tous les cas de figure, ils nous donneront accès à des outils de mesure plus précis et complets, et fourniront des informations plus fines.

Mais nous pouvons déjà affirmer que ces résultats, quels qu'ils soient et aussi utiles soient-ils, ne suffiront pas pour guider le Québec dans la recherche d'une rémunération juste et raisonnable pour les médecins. En effet, une fois que nous aurons cette information, qu'est-ce qu'on fera avec ? L'important n'est pas seulement de savoir quel est l'écart actuel de la rémunération entre le Québec et le Canada, mais bien de décider collectivement quel devrait être l'écart approprié. C'est bien beau de comparer plus précisément les revenus, mais le véritable enjeu, une fois que cela est fait, c'est d'établir un niveau de rémunération équitable pour la profession médicale et acceptable pour la société québécoise qui paie la note.

Depuis qu'on a amorcé le rattrapage du revenu des médecins en 2004, il y a plus de 15 ans, ni le gouvernement ni la profession médicale n'ont mis au point – ou du moins rendu publics – des outils qui auraient permis de faire un suivi du processus. À preuve, il a fallu confier ce mandat à l'ICIS en février 2018. Autrement dit, pour cette enveloppe budgétaire pourtant très importante, l'État québécois ne disposait pas de mécanisme de mesure, d'évaluation ou de validation de ses politiques salariales comparable aux outils sophistiqués dont il dispose pourtant pour les autres postes de rémunération dans les secteurs public et parapublic.

De la même façon, le gouvernement et les fédérations médicales n'ont jamais défini de façon claire et formelle quelles devraient être les bases de comparaison, quel devrait être l'écart à atteindre ou sur quelle base devrait être déterminé un niveau de revenu acceptable. C'est ainsi que, jusqu'ici, non seulement le Québec ne dispose pas d'outils de mesure, mais il ne possède pas non plus d'outils analytiques pour l'aider dans sa prise de décision.

Cette note de recherche a pour but de proposer un cadre d'analyse pour interpréter les résultats à venir, et de définir des critères pour établir un niveau de revenu souhaitable pour les médecins. Et de le faire d'une façon rationnelle, en proposant une approche économique qui se base sur des faits plutôt que sur le jeu des rapports de force propres aux mécanismes de négociation. Il ne s'agit pas de prôner l'application mécanique de critères économiques dans un domaine de l'activité publique qui repose sur la contribution d'humains au service d'autres humains, mais plutôt d'introduire dans ce débat les principes de « *evidence based policy* », des politiques publiques qui reposent sur des faits probants.

Dans un premier temps, le rapport fera un rappel de l'historique du dossier des négociations entre les fédérations de médecins et l'État québécois et fera le point sur la rémunération comparative à partir des données disponibles à l'heure actuelle. Dans un deuxième temps, il proposera une réflexion sur les critères et les considérations qui devraient guider l'État dans ses efforts pour déterminer un niveau de rémunération optimale pour les membres de la profession médicale.

L'état des lieux

Cette première partie a une fonction descriptive. Dans un premier temps, elle rappelle la situation des médecins au tournant du millénaire, quand, en 2003-2004, leur rémunération était inférieure à celle de leurs collègues de toutes les autres provinces canadiennes. Dans un second temps, elle décrit le rattrapage amorcé en 2008-2009. Dans un troisième temps, elle analyse la situation récente en fonction de diverses mesures de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), pour montrer que le rattrapage, selon la mesure utilisée, a fait en sorte que leur rémunération est proche de celle du Canada, ou encore la dépasse.

Le rattrapage

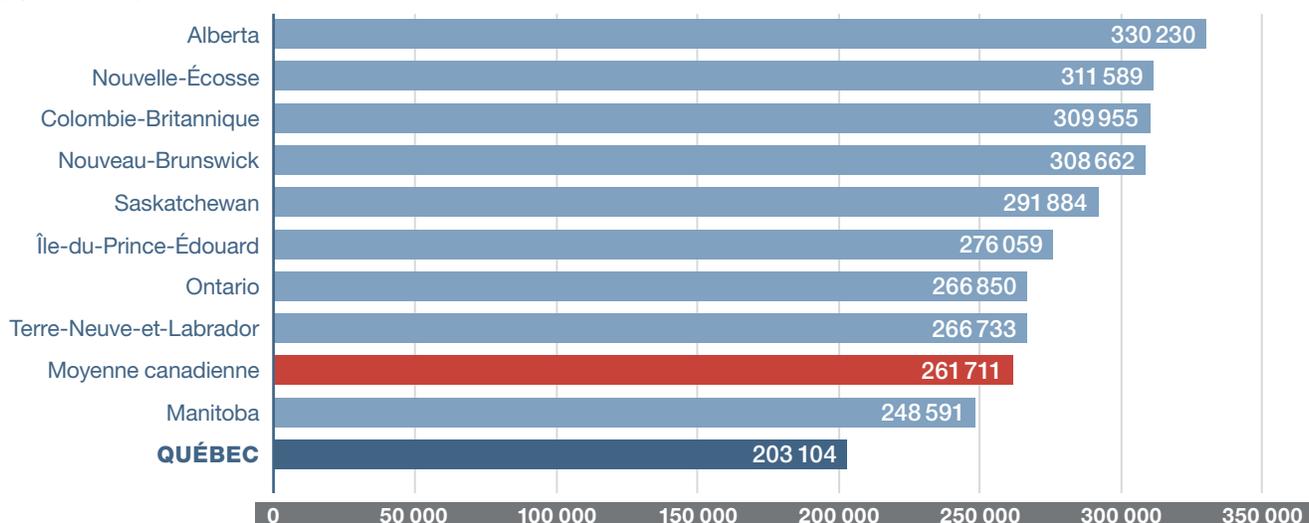
Historiquement, on a observé un écart important entre la rémunération des médecins québécois, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, et celles de leurs confrères des autres provinces canadiennes.

Selon les données de l'ICIS, en 2003-2004, l'année où les spécialistes québécois ont amorcé leur bataille, leur rémunération s'élevait à 203 104\$, soit 58 607\$ de moins que la moyenne canadienne de 261 711\$. Un écart de 22,4%. Ce constat s'appuie sur l'une des mesures couramment utilisées par l'organisme, soit le paiement moyen par médecin rémunéré à l'acte en équivalent temps plein (ETP). Les spécialistes québécois étaient les moins bien payés au Canada, devancés même par ceux des provinces maritimes, où le PIB par habitant était inférieur à celui du Québec. L'écart avec l'Ontario s'établissait à 63 746\$, soit 23,9%.

Graphique 1

Paiement moyen par médecin spécialiste ETP rémunéré à l'acte, 2003-2004

(\$ par médecin)



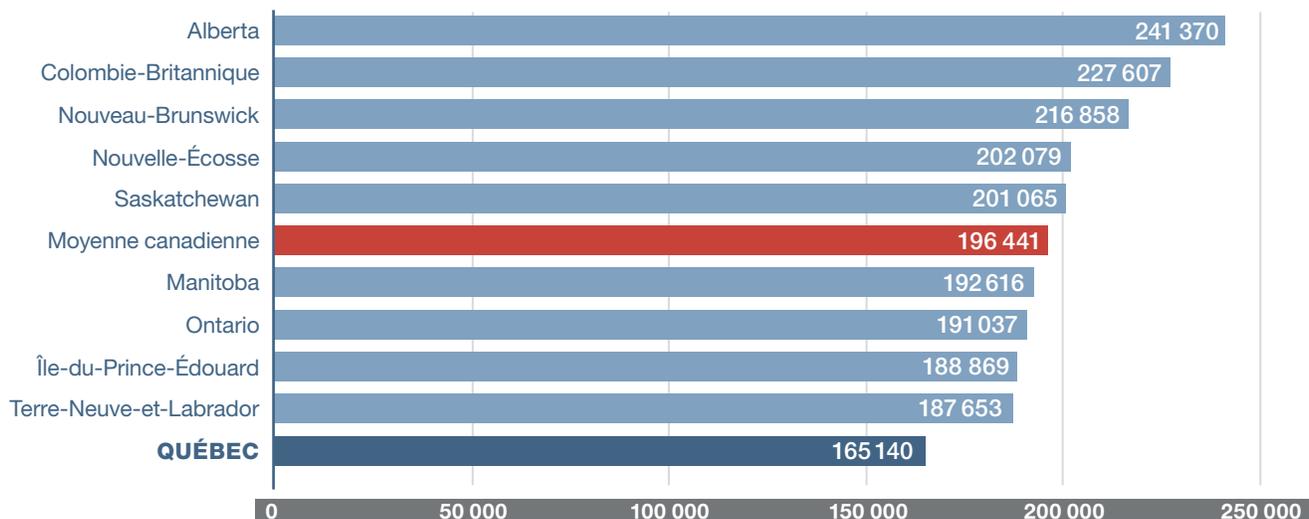
Source : ICIS, *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada 2002-2003 et 2003-2004*, tableau 2.2

Les écarts étaient importants, mais un peu moins marqués, pour les généralistes. Leur paiement moyen, à 165 140\$, était lui aussi le plus bas au Canada. Ils touchaient 31 301\$ de moins que les 196 441\$ que représentent la moyenne canadienne, soit un écart de 15,9%. L'écart était de 13,6% par rapport aux 191 037\$ reçus par les omnipraticiens ontariens.

Graphique 2

Paiement moyen par médecin généraliste ETP rémunéré à l'acte, 2003-2004

(\$ par médecin)



Source: ICIS, *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada 2002-2003 et 2003-2004*, tableau 2.2.

C'est pour répondre à cette problématique que François Legault, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, a signé en 2003 une lettre d'entente (n° 146) avec la FMSQ. Celle-ci reconnaissait l'existence d'un écart entre les spécialistes québécois et canadiens et la nécessité d'un redressement : « le gouvernement s'est engagé à corriger les écarts reconnus par les parties afin d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel visant à permettre la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé ».

La même lettre prévoyait la création d'un Comité d'étude sur la rémunération des médecins spécialistes, composé de représentants de la FMSQ et du gouvernement, et présidé par une experte indépendante, l'économiste Diane Marleau, qui a remis son rapport en 2004.

Les travaux du comité d'étude ont permis de comparer plusieurs éléments, notamment les revenus moyens globaux des médecins spécialistes à travers le Canada, les tarifs correspondant à chaque acte médical, et les différents modes de rémunération. Le comité a conclu à l'existence d'un écart important, mais sans s'entendre sur son ampleur : 47% pour la rémunération brute selon la FMSQ, 34,2% selon le gouvernement. À partir de cet écart mesuré, le comité a pondéré les résultats en tenant compte de divers facteurs, comme le coût de la vie ainsi que la charge de travail. En fin de compte, les médecins évaluaient à 44% leur manque à gagner tandis que le gouvernement le situait plutôt à 10%, notamment en raison de son évaluation de la charge de travail. L'experte indépendante a quant à elle conclu que l'écart de rémunération se situerait « vraisemblablement entre 26% et 38% »².

Nous faisons ce rappel historique parce que les principes alors énoncés par le gouvernement péquiste dirigé par Bernard Landry et le cadre conceptuel dans lequel s'inscrivait cette nouvelle politique salariale à l'égard des médecins – soit l'existence d'un écart de rémunération et l'engagement de le combler en partie en fonction de divers paramètres – n'ont pas été contestés par les gouvernements subséquents et ont inspiré, jusqu'en 2018, les politiques salariales des gouvernements québécois successifs.

Ce rappel montre également que l'évaluation rigoureuse des rémunérations comparatives est très difficile et que cet exercice peut mener à diverses interprétations, notamment parce qu'il est soumis aux pressions propres au jeu des négociations.

2 (Dutrisac, 2004)

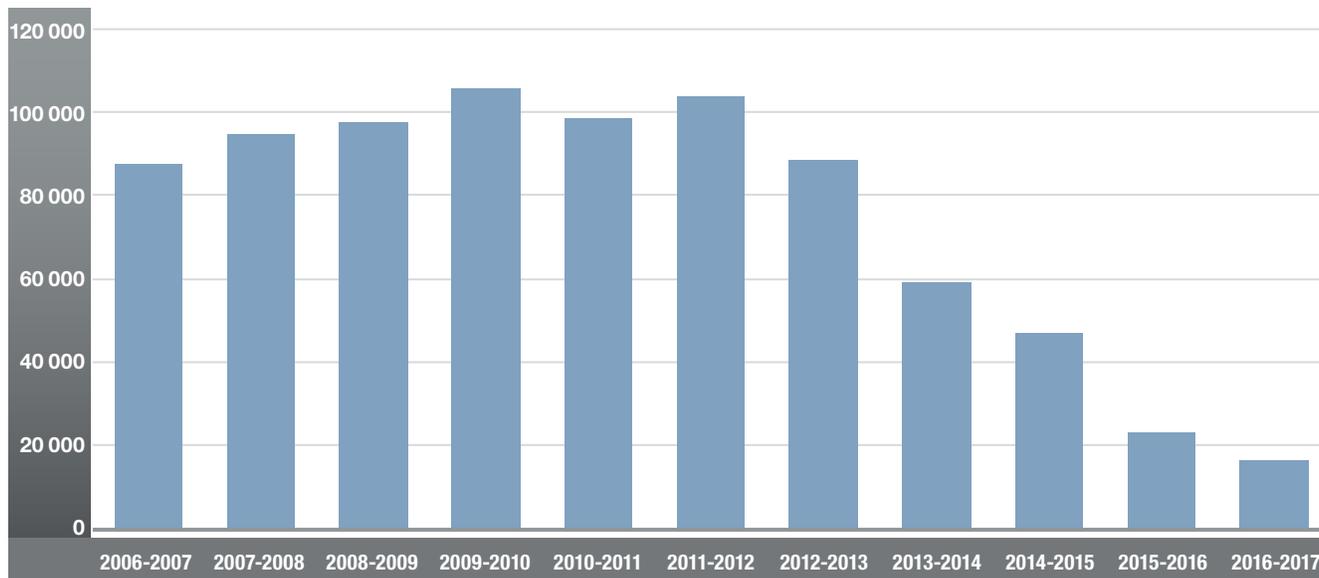
Après la lettre d'entente de 2003 et le dépôt du rapport en 2004, le rattrapage salarial s'est amorcé de façon plus lente et moins vigoureuse que ne le souhaitaient les médecins spécialistes. En 2006, la FMSQ a même accusé le gouvernement libéral de Jean Charest de renier son entente.

Cependant, le processus s'est par la suite accéléré. En 2006-2007, le paiement clinique brut moyen pour l'ensemble des médecins québécois, à 189 651 \$, équivalait à 68,4 % de la rémunération ontarienne de 277 155 \$. Un écart de 87 504 \$. Cet écart a ensuite avoisiné les 100 000 \$ jusqu'en 2011-2012. Depuis, il a fondu comme l'illustre le graphique 3.

Graphique 3

Écart Ontario-Québec, paiement clinique brut moyen pour l'ensemble des médecins

(écarts en \$ par médecin)



Sources : ICIS, Base de données nationale sur les médecins (BDNM) 2010-2011 (pour les données 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009); BDNM, paiements, données historiques 2017 (pour les données 2009-2010 jusqu'à 2016-2017)

Sur une période de dix ans, la croissance de la rémunération a été littéralement trois fois plus élevée au Québec qu'en Ontario (73,1 % contre 24,3 %) et exactement le double de la croissance canadienne (36,6 %). Cette croissance très forte a eu pour effet de réduire de façon importante l'écart de la rémunération québécoise par rapport à celle des autres provinces canadiennes.

Tableau 1

Païement clinique brut moyen de l'ensemble des m ddecins du Québec et de l'Ontario

(en \$ par m ddecin)

	Québec	Ontario	écart (\$ en faveur de l'Ontario)
2006-2007	189 651	277 155	87 504
2007-2008	202 409	296 900	94 491
2008-2009	225 667	323 013	97 346
2009-2010	240 261	345 907	105 646
2010-2011	253 539	351 734	98 194
2011-2012	268 504	372 041	103 537
2012-2013	279 206	367 398	88 192
2013-2014	305 580	364 791	59 211
2014-2015	310 438	357 357	46 920
2015-2016	325 096	348 056	22 960
2016-2017	328 360	344 531	16 171

Sources : ICIS, BDNM 2010-2011 (pour les données 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009) ; BDNM, paiements, données historiques 2017 (pour les données 2009-2010 jusqu'à 2016-2017)

Cela permet de conclure à l'existence d'un rattrapage salarial significatif. Avec les données que nous venons de présenter, soit une mesure générale de la rémunération, les paiements cliniques bruts moyens, et son application à l'ensemble des m ddecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, nous pouvons arriver à deux conclusions : la rémunération des m ddecins québécois demeure inférieure à celle de leurs collègues canadiens et ontariens, mais l'écart qui les sépare, soit un peu moins de 5 %, est maintenant modeste.

Les mesures de la rémunération

Les conclusions varieront toutefois de façon significative selon la mesure du revenu que l'on choisit et selon la population considérée (généralistes, spécialistes ou l'ensemble des m ddecins). Comme la multiplicité des mesures du revenu des m ddecins a été une source de confusion dans le débat public, il est nécessaire d'apporter des précisions sur les façons de mesurer leur rémunération.

Au Canada, les statistiques produites par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), un organisme indépendant crée à la suite d'une initiative des gouvernements fédéral et provinciaux pour améliorer l'information sur la santé, font autorité. L'organisme propose des statistiques et des analyses sur l'ensemble des aspects du système de santé, dont la rémunération des m ddecins. Il publie des données complètes par spécialité, pour les provinces et les territoires, qui servent de référence et qui permettent de faire des comparaisons.

Dans tous les cas, il est important de rappeler que ces données ne décrivent pas le revenu des m ddecins, mais plutôt les paiements qu'ils reçoivent du payeur public (dans le cas du Québec, la RAMQ). Les m ddecins doivent assumer, à même ces paiements, les dépenses reliées à leur pratique (assurances, cotisations, permis). En général, ils ne jouissent pas non plus, en tant que travailleurs autonomes, d'avantages sociaux consentis aux salariés (retraite, congés payés, etc.). Enfin, ils doivent assumer les frais de fonctionnement de leur cabinet (salaires, loyers, équipements, etc.). Ceux-ci sont généralement estimés à 30 % des paiements qu'ils reçoivent.

Mais ce pourcentage ne repose pas sur une analyse des coûts d'exploitation des cliniques médicales. Il s'agit en fait de la majoration de rémunération qu'accorde le gouvernement du Québec aux médecins pour leurs activités exercées en clinique par rapport à la rémunération pour les actes posés dans les établissements du réseau. «Le 30 % est une approximation historique. [...] Il est cependant important de noter qu'il ne s'agit pas d'une majoration (normalement, l'acte professionnel est payé au même tarif en cabinet qu'en établissement), mais bien de la compensation pour les frais de cabinet encourus pour la dispensation de ces services», selon les explications du MSSS au quotidien *Le Soleil*. Utilisé depuis les années 80, ce pourcentage n'a pas été validé de façon récente par une analyse des coûts d'exploitation des cliniques médicales. En outre, ces dépenses peuvent varier de façon importante selon les spécialités et les modes de pratique de chacun³.

Par ailleurs, les modes de paiement ont évolué au cours des dernières décennies. Si le paiement à l'acte reste la forme de paiement clinique dominante, d'autres formules ont pris une place croissante: le salaire à temps plein ou à temps partiel, assorti généralement d'avantages sociaux, la vacation à base horaire ou quotidienne, utilisée par exemple pour les urgences ou les cliniques psychiatriques, la capitation mesurée en fonction du nombre de patients inscrits pour un médecin, le financement global destiné à des groupes de pratique, ainsi que des contrats.

L'ICIS publie plusieurs mesures de rémunération, qui ont toutes leur fonction, mais qui peuvent aussi comporter des limites. La première, les paiements cliniques bruts moyens, porte sur toutes les formes de rémunération (paiement à l'acte, vacation, etc.). Elle consiste en fait à diviser l'ensemble de l'enveloppe allouée aux médecins par le nombre de médecins qui exercent leur activité professionnelle. Les montants obtenus sont une moyenne. Or, tous les médecins ne sont pas égaux ou semblables. Ces moyennes seront affectées par la présence en plus ou moins grand nombre, selon les spécialités et les provinces, de médecins aux pratiques atypiques, notamment ceux qui ont un niveau d'activité plus faible, par exemple le travail à temps partiel ou occasionnel, ou une pratique partagée avec des activités non cliniques, comme la recherche ou l'administration.

L'ICIS a mis au point diverses méthodes pour réduire l'incidence de ces pratiques atypiques pour obtenir un portrait plus juste de ce qu'est la rémunération médicale pour une pratique qui s'inscrit davantage dans les normes. Deux d'entre elles consistent à exclure des calculs des moyennes les médecins dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil. La première tronque les données pour écarter les médecins ayant réalisé des revenus inférieurs à 60 000\$. La seconde, pour des revenus inférieurs à 100 000\$.

L'organisme propose également une autre mesure, largement utilisée comme référence, celle des «équivalents temps plein» (ETP), qui consiste à pondérer le nombre de médecins en appliquant un modèle sophistiqué qui consiste à définir, pour les spécialités et les provinces, des intervalles repères de revenus correspondant à l'activité à temps plein. Un ETP est défini comme un médecin dont les revenus se situent entre le 40^e et le 60^e percentile, tandis que les revenus inférieurs à ces intervalles sont considérés comme des fractions d'ETP et ceux qui les dépassent comme des multiples d'ETP⁴.

Cette mesure comportait cependant jusqu'ici une limite: elle ne s'appliquait qu'à la médecine à l'acte, un mode de rémunération en régression et dont la prévalence varie selon les provinces et les spécialités. Toutefois, dans ses plus récentes statistiques portant sur l'année 2016-2017 et publiées en janvier 2019, l'ICIS a amélioré sa méthodologie. La rémunération des ETP porte maintenant sur l'ensemble des formes de paiement. L'organisme propose également les résultats obtenus avec cette nouvelle méthode pour les deux années précédentes.

Ce changement est important. Il permet de jeter un éclairage plus fidèle sur la rémunération des médecins et modifie de façon significative les conclusions que l'on peut tirer d'une comparaison entre le Québec et le reste du Canada.

Dans les pages qui suivent, nous n'utiliserons que deux de ces mesures: le paiement clinique brut moyen, ainsi que le paiement aux médecins ETP, maintenant qu'il englobe l'ensemble des formes de rémunération. D'une certaine façon, le paiement clinique brut moyen est une mesure de ce que coûte un médecin à l'État. Le paiement pour un médecin ETP est plutôt une mesure de revenu, qui nous dit combien gagne un médecin dont la pratique peut être qualifiée de standard.

Nous analyserons les données plus récentes en regardant d'abord les médecins pris dans leur ensemble. Nous étendrons ensuite notre analyse aux généralistes puis aux spécialistes, en utilisant surtout l'Ontario et le Canada comme base de comparaison.

3 Les frais de cabinet des médecins à la table de négociations?», Élisabeth Fleury, *Le Soleil*, 29 mai 2018

4 ICIS, base de données nationale sur les médecins: publication des données 2016-2017

L'ensemble des médecins

Nous passerons rapidement sur les données regroupant l'ensemble des médecins, toutes spécialités confondues, qui sont peu significatives parce qu'elles masquent les spécificités propres aux deux grands groupes de médecins. Il est cependant nécessaire d'en faire mention parce qu'elles sont parfois utilisées dans le débat public.

Avec la mesure des paiements cliniques bruts moyens, les médecins du Québec, en moyenne, ont une rémunération inférieure à celle de l'Ontario et du Canada. L'écart avec l'Ontario s'est cependant réduit de façon importante sur une période de trois ans, passant de 13,1 % en 2014-2015 à 4,7 % en 2016-2017 (dernière année pour laquelle des données sont disponibles). Par rapport au Canada, pour la même période, l'écart est passé de 8,1 % à 4,1 %.

Ce rattrapage, comme le montre le tableau suivant, s'explique en partie par la progression des revenus québécois et en partie par la baisse des rémunérations en Ontario. Si les médecins québécois, qui touchaient 46 920 \$ de moins que les ontariens en 2014-2015, ont vu cette différence réduite à 16 171 \$ deux ans plus tard, c'est que, sur cette période, leur rémunération a augmenté de 17 923 \$, tandis que celles de leurs collègues de la province voisine, dans le sillage des mesures gouvernementales de lutte au déficit, voyaient la leur baisser de 12 826 \$.

Tableau 2

Païement clinique brut moyen de l'ensemble des médecins

(en \$ par médecin et %)

	Québec	Ontario	Canada	Qc/Ont	Qc/Canada
2014-2015	310 438	357 357	337 888	86,9 %	91,9 %
2015-2016	325 096	348 056	340 302	93,4 %	95,5 %
2016-2017	328 360	344 531	342 228	95,3 %	95,9 %

Source : ICIS, BDNM, paiements, données historiques 2017, tableau D.2

Le portrait est toutefois différent si l'on recourt à l'autre mesure, celle des paiements moyens pour les médecins équivalents temps plein (ETP). Dans ce cas, la rémunération pour l'ensemble des médecins québécois a dépassé la moyenne canadienne en 2015-2016.

Tableau 3

Païement moyen par médecin ETP

(en \$ par médecin et %)

	Québec	Ontario	Canada	Qc/Ont	Qc/Canada
2014-2015	365 737	363 167	370 463	100,7 %	98,7 %
2015-2016	385 383	350 744	372 327	109,9 %	103,5 %
2016-2017	391 907	347 881	374 994	112,7 %	104,5 %

Source : ICIS, BDNM, paiements, données historiques 2017, tableau D.2

Comment expliquer que les résultats obtenus soient aussi différents entre ces deux mesures ? Pour concilier ces données en apparence contradictoires, il faut expliquer l'impact de la nouvelle méthodologie de l'ICIS pour les ETP et distinguer la situation des médecins généralistes de celle des spécialistes.

Les généralistes québécois

Avec la mesure globale, celle des paiements cliniques bruts moyens, les généralistes québécois obtiennent une rémunération inférieure à celle de leurs collègues ontariens et canadiens. À 260 693\$ en 2016-2017, ils touchent 15,1 % de moins que les 307 149\$ de leurs collègues ontariens. L'écart avec la moyenne canadienne de 276 761 \$ est plus modeste, soit 5,8 %.

Comme on l'a vu pour les données portant sur l'ensemble des médecins, la réduction de l'écart avec l'Ontario a été importante entre 2014-2015 et 2016-2017, passant de 23,9% à 15,1%. Cela tient en partie à une progression de la rémunération au Québec et à une baisse légère en Ontario. Avec ces données, en 2017, les généralistes touchaient 46 456\$ de moins que leurs confrères ontariens.

Tableau 4

Païement clinique brut moyen des médecins généralistes

(en \$ par médecin et %)

	Québec	Ontario	Canada	Qc/Ont	Qc/Canada
2014-2015	248 028	326 057	281 108	76,1 %	88,2 %
2015-2016	255 428	314 861	278 338	81,1 %	91,8 %
2016-2017	260 693	307 149	276 761	84,9 %	94,2 %

Source : ICIS, BDNM, paiements, données historiques 2017, tableau D.2

Cependant, les omnipraticiens québécois ne sont plus, comme autrefois, les moins bien payés au Canada. Leur rémunération est supérieure à celle de leurs confrères du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador et de la Colombie-Britannique. Elle reste néanmoins inférieure à celle de l'Ontario, du Manitoba et de l'Île-du-Prince-Édouard. Il y a toutefois trop de provinces pour lesquelles les données ne sont pas disponibles (Nouvelle-Écosse, Saskatchewan et Alberta) pour établir un classement significatif.

Cette mesure des paiements cliniques bruts moyens comporte certaines limites, notées plus haut. Certaines provinces, notamment le Québec, compteraient davantage de médecins touchant des revenus peu élevés en raison d'une plus grande prévalence du temps partiel ou de semaines de travail plus courtes. Ceux-ci font baisser la rémunération moyenne québécoise, ce qui peut fausser les comparaisons avec les autres provinces.

Un des facteurs expliquant ce caractère distinct du Québec tiendrait au fait que la proportion de femmes dans la profession médicale y est plus élevée. Il ne s'agit pas de reprendre un stéréotype. C'est un fait observable qu'il existe une féminisation de la profession médicale au Québec. Les données de la Base de données médicales Scott's de l'ICIS (BDMS) le confirment. Chez les généralistes québécois, les femmes sont majoritaires et constituent 54,7 % des effectifs, une proportion nettement supérieure à la moyenne canadienne (45,5 %) et à l'Ontario (44,0 %).

Est-ce que cette forte présence féminine engendrerait des habitudes de travail différentes, notamment parce qu'elle pourrait être associée à une pratique affectée par les contraintes familiales et la conciliation travail-famille ? C'est la conclusion à laquelle sont arrivés la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le gouvernement du Québec. Ils en tiennent d'ailleurs compte dans la détermination des besoins en effectifs et la planification du travail.

Une étude de la FMOQ⁵ montrait entre autres que le revenu des omnipraticiennes était inférieur à celui des omnipraticiens, et que derrière cet écart se cache le fait qu'en moyenne, la charge de travail d'une omnipraticienne équivalait à 0,89 ETP, tandis que pour les hommes, elle se situait plutôt à 1,03 ETP.

« Dans tous les groupes, les femmes ont un revenu moyen plus faible que les hommes. L'écart de revenu affiché avec leurs confrères est de 24 % pour les médecins ayant 10 ans de pratique et moins, 25 % pour ceux comptant entre 11 et 19 ans et de 20 % pour ceux totalisant 20 ans de pratique et plus. Corollairement, l'équivalent temps plein moyen des femmes est également inférieur à celui de leurs confrères, ce qui signifie que leur offre de service est moindre.

« En début de carrière, les congés de maternité et les responsabilités familiales assumées davantage par la mère expliquent vraisemblablement les différences de revenu et un taux moyen d'équivalent temps plein plus faible. Or, on observe que ces différences prévalent jusqu'à la fin de la carrière. Il semble que la conciliation travail-famille, notamment, soit davantage du ressort des femmes, et ce, tout au long de leur carrière. »⁶

D'autres facteurs peuvent également être à l'œuvre, par exemple le poids plus grand des activités non cliniques dans la pratique ou encore le taux d'activité plus faible qu'ailleurs au Canada pour les 55 ans et plus qui peut se refléter chez les médecins par un choix plus rapide pour la semi-retraite.

Ces habitudes de travail propres au Québec réduisent la rémunération moyenne. Ainsi, si celle-ci est inférieure à la moyenne canadienne, ce n'est pas parce que les généralistes québécois sont moins bien payés, mais parce qu'ils travaillent moins. En quelque sorte, on compare des pommes avec des oranges. Pour avoir un portrait plus juste, il faut pouvoir comparer des généralistes québécois à des généralistes canadiens qui ont une charge de travail similaire.

C'est ce que permettait de faire, en principe, l'autre grande mesure largement utilisée depuis des décennies dans les travaux de l'ICIS, la rémunération pour des médecins équivalents temps plein (ETP), qui permet une analyse sur des bases comparables.

Cependant, comme les mesures sur les ETP ne portaient que sur la rémunération à l'acte, les comparaisons pouvaient être boiteuses et les conclusions qu'on pouvait en tirer risquaient d'être fragiles parce que l'importance de la médecine à l'acte varie d'une province à l'autre, surtout dans le cas des généralistes. Par exemple, en Ontario, la médecine à l'acte ne représentait que 44,5 % des revenus des médecins de famille en 2016-2017, contre 72,0 % au Québec. Avec cette mesure, on se retrouvait ainsi à comparer des revenus québécois représentant presque les trois quarts de la rémunération des omnipraticiens à des revenus ontariens comptant pour moins de la moitié. Pour mémoire, rappelons que c'est cette donnée qui a été utilisée pour conclure que le phénomène de surrattrapage touchait aussi les généralistes. Le paiement moyen par médecin rémunéré à l'acte en équivalent temps plein s'élevait à 268 966 \$ en 2015-2016, soit 11,0 % de plus que les omnipraticiens ontariens, qui touchaient 242 301 \$. Cependant, les omnipraticiens québécois recevaient moins que la moyenne canadienne de 282 829 \$, pour un écart négatif de 4,9 %.

Toutefois, cette mesure des ETP, parce qu'elle ne portait que sur la médecine à l'acte, ne pouvait pas constituer une base de comparaison valide dans le cas des généralistes. C'est sans doute pour cette raison que le débat sur la surrémunération des médecins s'est déplacé pour ne porter finalement que sur les spécialistes.

5 (Paré, 2013)

6 Ibid.

La nouvelle méthodologie permet de corriger ce problème. Elle fournit des données précises et plus robustes. Elle nous permet de comparer de façon plus fidèle les médecins de différentes provinces, qui travaillent à temps plein et qui ont donc une charge de travail similaire.

Les résultats sont sans équivoque. En 2017, avec la mesure qui englobe dorénavant l'ensemble des formes de revenus, le paiement moyen pour un généraliste équivalent temps plein au Québec s'établit à 344 214 \$. Cela dépasse de 15,7 % la rémunération des médecins généralistes ontariens, qui est de 297 627 \$, et cela surpasse de 7,1 % la moyenne canadienne de 321 340 \$.

Tableau 5

Paiement moyen par médecin généraliste ETP du Québec, de l'Ontario et du Canada

(en \$ par médecin et %)

	Québec	Ontario	Canada	Qc/Ont	Qc/Canada
2014-2015	318 832	312 457	318 693	102,0 %	100,0 %
2015-2016	329 226	301 520	318 489	109,2 %	103,4 %
2016-2017	344 214	297 627	321 340	115,7 %	107,1 %

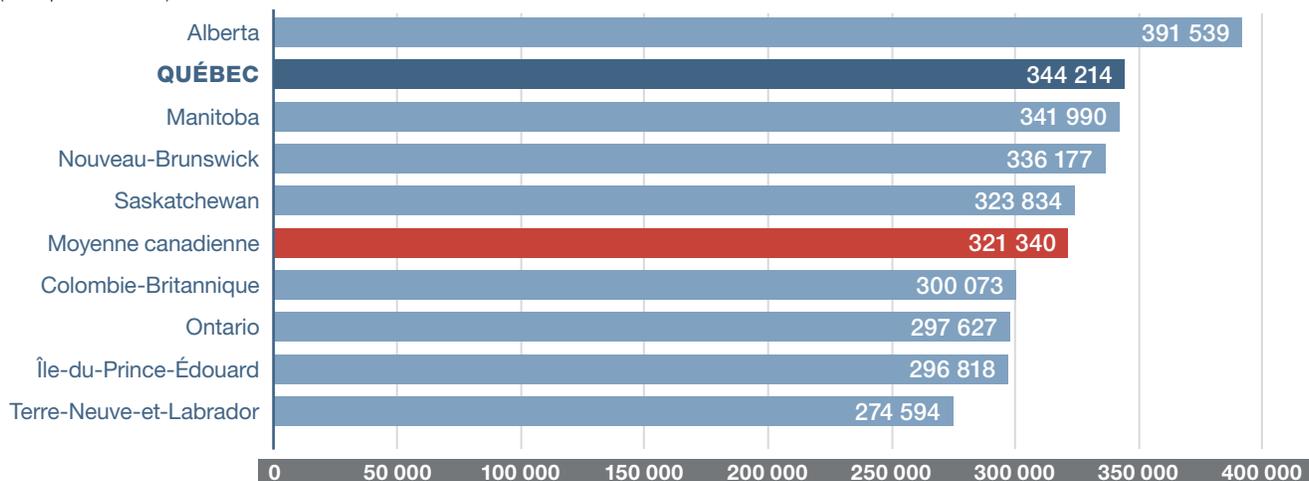
Source : ICIS, BDNM, paiements, données historiques 2017, tableau D.2

Avec cette mesure, les généralistes québécois ont donc non seulement rejoint la rémunération ontarienne et canadienne en 2015, ils ont amorcé un dépassement important et ils se retrouvent au deuxième rang canadien, derrière l'Alberta, comme le montre le graphique 4.

Graphique 4

Paiement moyen par médecin généraliste ETP, 2016-2017

(en \$ par médecin)



Source : ICIS, BDNM, paiements, données historiques 2017, tableau D.2

Il s'agit d'un renversement de situation majeur. Ces données semblent confirmer l'hypothèse que la rémunération moyenne des généralistes québécois, mesurée par les paiements cliniques bruts moyens, était relativement basse parce que ceux-ci comptent dans leurs rangs plusieurs confrères touchant des revenus peu élevés tirant les moyennes vers le bas.

Quand on compare les résultats des tableaux 4 et 5, on note qu'en 2016-2017, le revenu d'un généraliste québécois s'établit à 260 693 \$ avec la méthode du paiement clinique brut moyen, alors qu'il grimpe à 344 214 \$ avec celle du paiement pour un médecin ETP. Cette hausse importante s'explique par le fait que si le Québec comptait, selon les données de l'ICIS, 9 541 médecins généralistes actifs, ceux-ci fournissaient une prestation équivalant à celle de 7 226 médecins à temps plein.

À cet égard, on note toutefois que le rapport du nombre de médecins ETP sur le nombre total de médecins que l'on observe au Québec, soit 75,7 %, n'est pas très différent de celui que l'on retrouve dans plusieurs provinces (73,0 % en Colombie-Britannique, 76,1 % à Terre-Neuve et 76,0 % au Nouveau-Brunswick). Cependant, on observe le phénomène contraire en Ontario, où les activités des 14 903 généralistes actifs équivalaient à celles de 15 380 médecins à temps plein, ce qui semble indiquer que dans cette province, la tâche moyenne est supérieure à ce que l'on définit comme une charge à temps plein.

Ce que nous indiquent ces paiements moyens ETP, c'est qu'un généraliste québécois qui travaille à plein temps et qui a une semaine de travail typique avec des habitudes de travail comparables obtient une rémunération supérieure à celle des généralistes de toutes les autres provinces, sauf l'Alberta.

C'est une donnée fondamentale pour évaluer le niveau de rémunération. Il s'agit d'un renversement de situation important. Au cours de l'année 2018, les généralistes et leur fédération, la FMOQ, ont été relativement à l'abri des critiques sur la rémunération des médecins parce que les données sur les paiements moyens ETP, montrant que leur rémunération dépassait celle du Canada, comportaient alors la fragilité que nous avons décrite. C'est ainsi que le débat sur ce qui a été qualifié de rémunération excessive a essentiellement visé les spécialistes. Ces nouvelles données, qui reposent sur une base méthodologique plus solide, risquent de faire en sorte que la rémunération des généralistes fasse également partie de ce débat public.

Cependant, comme le système de santé canadien est composé de dix systèmes de santé distincts, treize avec les territoires, il est difficile de comparer la situation de médecins qui œuvrent dans des systèmes de santé différents, où l'organisation des soins, la pratique, la répartition des tâches, le mode de rémunération et les méthodes de comptabilisation ne sont pas exactement les mêmes. Certaines activités ne sont pas incluses dans les données. L'ICIS nous prévient d'ailleurs de ces limites. Pour ces raisons, il faut interpréter ces tableaux avec prudence et ne pas considérer les niveaux de revenu et les écarts qu'ils décrivent comme des valeurs absolues, mais plutôt comme des ordres de grandeur et des indicateurs de tendance.

Il est également possible que la nouvelle méthodologie soit en rodage et que ces données connaissent des ajustements. Il faudrait toutefois que ces ajustements méthodologiques soient très importants pour réussir à éliminer des écarts aussi considérables.

Il n'en reste pas moins qu'elles permettent de conclure, avec un degré élevé de confiance, que les généralistes québécois ont plus que rattrapé le reste du Canada: leur rémunération dépasse celle de l'Ontario, elle est plus élevée que la moyenne canadienne et elle dépasse celle de toutes les provinces, sauf l'Alberta.

Les spécialistes québécois

Le portrait est différent dans le cas des médecins spécialistes québécois. Peu importe la mesure choisie, leur rémunération dépasse celle de leurs confrères ontariens. Toutefois, dans leur cas, les changements méthodologiques de l'ICIS jouent dans l'autre sens, et les écarts avec les autres provinces sont moins marqués avec la nouvelle méthode de calcul, comme nous le verrons plus tard.

Mais d'abord, analysons les données avec la mesure de base, soit celle des paiements cliniques bruts moyens. À compter de 2015-2016, les spécialistes québécois ont obtenu les rémunérations les plus élevées des provinces canadiennes, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et du Manitoba. En 2016-2017, avec une rémunération de 404 279\$, ils touchaient 6,2 % de plus que les 380 501 \$ de leurs collègues ontariens, et 3,0 % de plus que la moyenne canadienne de 392 635\$.

Lorsque ces données ont été publiées en février 2019, des observateurs ont conclu à un rétrécissement des écarts et à une amélioration de la situation, puisque l'écart enregistré en 2015-2016 était de 9,9 %. Mais ce rétrécissement s'explique essentiellement par une correction à la hausse par l'ICIS de ses données de 2015-2016 pour l'Ontario.

Tableau 6

Paiement clinique brut moyen des médecins spécialistes du Québec, de l'Ontario et du Canada

(en \$ par médecin et %)

	Québec	Ontario	Canada	Qc/Ont	Qc/Canada
2014-2015	380 831	385 712	382 750	98,7 %	99,5 %
2015-2016	403 537	379 308	388 156	106,4 %	104,0 %
2016-2017	404 279	380 501	392 635	106,2 %	103,0 %

Source : ICIS, BDNM, paiements, données historiques 2017, tableau D.2 publié en 2019

Cependant, ce ne sont pas ces données qui ont lancé, à partir de 2016, le débat public sur la rémunération des spécialistes qui a mené à réclamer ou à promettre une réduction de leurs émoluments, mais bien les paiements pour les ETP payés à l'acte, dont les résultats étaient vraiment plus spectaculaires.

Pour mémoire, rappelons les conclusions que permettaient les données 2015-2016 de l'ICIS, publiées en 2018. À 445 283\$, le paiement moyen pour un spécialiste québécois ETP rémunéré à l'acte dépassait de 110 699\$ celui d'un spécialiste ontarien, qui recevait 334 584\$. Il s'agit d'un dépassement important (33,1 %) quand on devrait s'attendre à ce que cette rémunération soit moins élevée au Québec. L'écart était toutefois deux fois moins marqué par rapport à la moyenne canadienne de 392 241\$. Le dépassement restait néanmoins élevé, à 13,5 %. Ajoutons que cela plaçait les spécialistes québécois au troisième rang des provinces canadiennes : 9,5 % de moins que les 491 692\$ de l'Alberta et 1,5 % derrière les 451 925\$ de la Saskatchewan.

Ce n'est plus le cas. Avec les données ETP de la nouvelle méthodologie qui englobe l'ensemble des modes de revenus, le portrait change dramatiquement dans le cas des spécialistes. Ce changement n'affecte à peu près pas le Québec. Pour 2014-2015 et 2015-2016, les nouvelles données augmentent le revenu des spécialistes québécois d'à peine 400\$. Mais dans les autres provinces, la correction est beaucoup plus substantielle, et s'établit en moyenne à 50 000\$. Elle dépasse même 80 000\$ dans le cas de l'Ontario. Cela fait fondre de façon dramatique l'avance des spécialistes québécois.

Tableau 7

Paiement moyen par médecin spécialiste ETP du Québec, de l'Ontario et du Canada

(en \$ par médecin et %)

	Québec	Ontario	Canada	Qc/Ont	Qc/Canada
2014-2015	415 976	431 844	438 141	96,3 %	94,9 %
2015-2016	445 579	416 559	442 279	107,0 %	100,7 %
2016-2017	441 180	414 101	443 550	106,5 %	99,5 %

Source : ICIS, BDNM, paiements, données historiques 2017, tableau D.2 publié en 2019

Avec cette nouvelle méthode, les écarts sont donc significativement réduits. Ainsi, pour 2015-2016, l'écart entre les

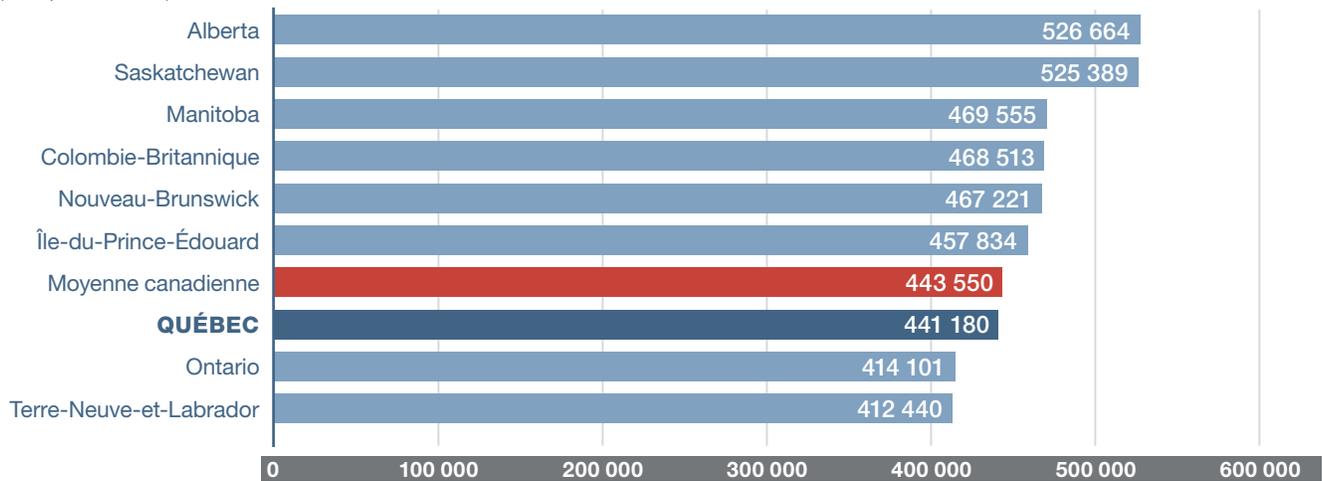
revenus des spécialistes québécois et ceux de leurs confrères ontariens s'établissait plutôt à 29 019\$, soit 7,0 % (contre 110 699\$ avec l'ancienne mesure). Pour 2016-2017, avec une rémunération de 441 180\$ l'écart avec l'Ontario passe à 27 079\$. En outre, cette rémunération ne dépasse plus la moyenne canadienne, et lui est plutôt inférieure de 2 370\$.

Ce que disent ces chiffres, c'est qu'un spécialiste québécois qui a une charge de travail comparable à celle des spécialistes des autres provinces se situe, pour sa rémunération, dans la moyenne canadienne. Ils indiquent aussi que les spécialistes québécois ne se retrouvent plus dans le peloton de tête, mais plutôt au septième rang canadien, ne dépassant que l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador (il n'y a pas de données pour la Nouvelle-Écosse).

Graphique 5

Paiement moyen par médecin spécialiste ETP, 2016-2017

(en \$ par médecin)



Source: ICIS, BDNM, paiements, données historiques 2017, tableau D.2

Ces nouvelles données ne mettront sans doute pas fin au débat sur la rémunération des spécialistes, mais elles réduiront certainement son intensité.

On peut également noter, à la lecture des deux tableaux précédents, que la rémunération des spécialistes s'est stabilisée en 2017, avec une hausse infime pour les paiements cliniques bruts moyens et une très légère baisse pour les paiements pour ETP, ce qui indique que le rattrapage prévu par les ententes salariales est terminé et qu'on entre dans une phase de quasi-gel des rémunérations.

Encore une fois, on doit aussi noter que les écarts entre le Québec et l'Ontario ne tiennent pas seulement aux hausses consenties au Québec. Ils s'expliquent également par les baisses de rémunération en Ontario, que l'on peut observer dans les deux tableaux précédents. Cette différence dans les comparaisons avec l'Ontario et le Canada met en relief un élément dont il faut tenir compte. Intuitivement, il peut sembler étonnant que l'Ontario, une province plus riche que le Québec, soit celle où les médecins sont les moins bien rémunérés au pays, tant pour les spécialistes que pour les généralistes. Nous en reparlerons dans la section suivante, dans une réflexion sur les étalons à choisir et le choix de bases de comparaison pertinentes.

Des débats à prévoir

En conclusion, retenons les éléments suivants. La mesure la plus fidèle de la rémunération des médecins de l'ICIS est celle qui porte sur les paiements pour des médecins équivalents temps plein. Elle permet de comparer des comparables, soit le revenu de médecins qui occupent une pleine charge de travail.

L'introduction de cette nouvelle méthodologie par l'ICIS modifie toutefois les conclusions que l'on peut tirer des données. D'une part, avec cette nouvelle mesure, les généralistes québécois obtiennent une rémunération qui dépasse sensiblement celle de leurs confrères de l'Ontario – 46 587 \$ de plus, soit un écart positif de 15,7 % – et qui surpasse celle du Canada – 22 874 \$ de plus, soit 7,1 %. Les médecins de famille québécois sont les mieux payés au Canada, après ceux de l'Alberta. Cela montre clairement que le débat sur le niveau juste de rémunération doit porter également sur les généralistes.

D'autre part, ces mêmes données atténuent les écarts qui avaient été observés dans le cas des spécialistes. En 2016-2017, ils touchaient 27 079 \$ de plus que leurs collègues ontariens, soit un écart de 6,5 %, mais 2 370 \$ de moins que la moyenne canadienne. Cela les place au septième rang canadien, mais à 99,5 % de la moyenne canadienne. Ces niveaux n'atteignent plus les proportions qui ont alimenté le débat public.

La conclusion de ces comparaisons est claire. Peu importe les mesures utilisées ou les bases de comparaison, la rémunération des médecins québécois a fait d'énormes progrès, tant et si bien que dans le cas des généralistes, elle dépasse celle de la quasi-totalité des provinces et qu'on peut dire que le rattrapage semble avoir dépassé la cible. Dans le cas des spécialistes, le rattrapage a été atteint.

Cependant, les conclusions prudentes que l'on peut tirer des données de l'ICIS ne permettront pas, à elles seules, de clore le débat public sur la rémunération des médecins, d'abord et avant tout parce que les deux fédérations médicales ont des réserves sur ces données, qui selon elles, ne tiennent pas compte de certaines spécificités des politiques de rémunération de chaque province. C'est pour cette raison que la FMOQ et le gouvernement, dans l'accord-cadre signé en 2015, prévoyaient confier à l'ICIS des études supplémentaires, et que la FMSQ et le gouvernement ont fait de même en 2018.

En 2018, la FMSQ a exprimé ses réserves de la façon suivante :

« Le piège est de s'en remettre à un seul tableau (A.6.1), produit par l'ICIS, pour tirer ses conclusions. Pourtant, sur une douzaine de pages, l'ICIS explique que les résultats qu'il présente doivent être interprétés avec une extrême prudence puisque les données recueillies varient d'une province à l'autre en raison de l'organisation intrinsèque des différents systèmes de santé. Une fois de plus, ce n'est pas la FMSQ qui le dit, mais bien l'ICIS. À cet égard, la pondération a ses limites. Par exemple, la façon dont certaines spécialités sont regroupées diverge selon les provinces. La fameuse méthode "temps plein et temps partiel" (TPÉTP) ... découle de données pondérées. Même le mode de paiement, dont la classification varie d'une province à l'autre, pose problème, notamment parce que dans certains endroits, la rémunération comprend des avantages sociaux, ce qui n'est pas le cas au Québec. Ajoutons que même la composition de la rémunération diffère grandement d'une province à l'autre, ce qui ajoute à la difficulté de réconcilier les données et fausse le portrait. »⁷

Dans ces différences de régime, citons par exemple les paiements liés à la sécurité au travail. Dans le cas du Québec, les actes posés pour la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) sont dans le périmètre public et ainsi inclus dans les rémunérations mesurées par l'ICIS, tandis que le travail équivalent ne figure pas dans la rémunération ontarienne. De la même façon, les paiements versés par les universités seraient inclus au Québec, mais pas en Ontario. Il est également possible que les algorithmes de pondération permettant le calcul des ETP, comme c'est la première année où la méthodologie est utilisée, puissent par exemple être sujets à révision.

Par contre, d'autres facteurs pourraient jouer dans l'autre sens. Par exemple, on a assisté à une évolution de la pratique médicale en Ontario, avec une réduction importante du poids de la médecine à l'acte, mais aussi le développement du travail d'équipe et le recours croissant aux infirmières praticiennes, des facteurs qui pourraient contribuer à une augmentation de la productivité relative des médecins ontariens.

⁷ <https://www.fmsq.org/fr/nouvelle/-/contenu/lettreopinion-21012016-vailles/10351296>

On verra, en 2019, si les données que nous avons utilisées dans cette note de recherche restent valides, ou s'il faudra réviser ces conclusions à la lumière d'éléments nouveaux. Mais nous pouvons croire, d'une part, que ces nouvelles données dont nous disposons dressent un portrait de la situation plus fidèle que les anciennes données. D'autre part, nous pouvons croire que ces données permettent d'observer des tendances, puisque les méthodes de calcul de l'ICIS, malgré leurs limites, sont constantes dans le temps.

L'hypothèse que nous soumettons, c'est que ces corrections éventuelles, si on réussit à établir une comparaison plus précise entre les provinces, ne seront pas d'une ampleur telle qu'elles effaceraient le dépassement observé chez les généralistes québécois. Elles ne placeraient pas non plus les spécialistes québécois dans une situation où ils se retrouveraient désavantagés par rapport à leurs collègues des autres provinces.

Cette hypothèse repose en outre sur le fait que les données que nous avons présentées ne tiennent pas compte d'une variable qui a toujours été présente dans les discussions sur la rémunération des médecins, à savoir que le rattrapage par rapport aux autres provinces devait tenir compte des conditions économiques. La notion de rattrapage n'impliquait pas la recherche d'une égalité de la rémunération, mais d'une équivalence en tenant compte de facteurs économiques. Nous analyserons ces éléments plus en détail dans la partie qui suit.

Des critères pour déterminer le niveau de rémunération des médecins

Quel que soit l'écart de rémunération observé, il faudra se demander s'il est optimal et s'il correspond à ce qui est souhaité. Et pour établir cet écart souhaité, il faut entreprendre une démarche de réflexion sur les critères qui doivent présider à la détermination du revenu des médecins. Si l'un de ces critères, la prise en compte des écarts de richesse, a souvent été évoqué, d'autres considérations importantes n'ont pas été intégrées à la réflexion. C'est pour combler cette lacune que nous proposons une approche qui pourrait guider le processus de réflexion sur ce que pourrait être une rémunération optimale, en l'évaluant selon différents critères de comparaison. Cette évaluation fournira des balises pour répondre à la question : une fois que l'on connaît les écarts, que fait-on avec ?

Des politiques floues

Il existe un consensus au Québec chez les parties prenantes à la négociation – le gouvernement du Québec et les fédérations médicales – et sans doute l'opinion publique : la rémunération des médecins québécois doit pouvoir se comparer à celle de leurs collègues canadiens, mais en tenant compte des différences du niveau de vie.

En toute logique, cet objectif devrait mener à une rémunération inférieure à la moyenne canadienne puisque les indicateurs économiques pertinents classent le Québec parmi les provinces les moins riches du Canada. Mais quel est cet écart souhaitable? Comment tenir compte des différences dans la richesse collective?

Ce principe général a été formulé par François Legault en 2003, alors qu'il était ministre de la Santé et des Services sociaux du gouvernement Landry. Il avait alors déclaré : « Le gouvernement s'est engagé à corriger les écarts reconnus par les parties afin d'assurer et de maintenir un niveau de rémunération concurrentiel visant à permettre la rétention et le recrutement des médecins spécialistes nécessaires au bon fonctionnement du système de santé ». Il avait également précisé : « L'écart est plus important chez les médecins spécialistes que chez d'autres salariés québécois. On a convenu d'examiner l'écart réel qui existe avec le reste du Canada. On ne veut pas combler tout l'écart avec l'Ontario, mais l'écart additionnel par rapport aux autres professions. »

Ce principe n'a jamais été contesté par les gouvernements subséquents et est resté depuis la base de la politique salariale des médecins, et un guide dans les négociations où l'on a poursuivi l'objectif initial d'un rattrapage salarial. Les gouvernements successifs, cependant, n'ont pas apporté de précisions sur ce que devraient être ces écarts. Le dernier en lice, le gouvernement Couillard, s'est borné à affirmer que le rattrapage était terminé, sans proposer d'analyse plus poussée ni fournir de données.

Ces notions de rémunération concurrentielle et de considération du contexte économique, on les retrouve également dans l'entente-cadre⁸ signée en 2015 par le gouvernement du Québec et la FMOQ, qui prévoyait une étude comparative des rémunérations au Québec et en Ontario réalisée par l'ICIS et qui stipulait que pour l'évaluation de ce rapport, les facteurs suivants devaient être pris en considération : les crédits annuels du gouvernement en santé et en services sociaux, la politique de rémunération pour les employés du secteur public, la situation et les perspectives salariales et économiques du Québec, les exigences relatives à la saine gestion des finances publiques, les particularités de la pratique, la nécessité d'offrir aux médecins praticiens une rémunération concurrentielle permettant la rétention et le recrutement, ainsi que la charge de travail.

8 <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/accord-cadre-MSSS-FMOQ-2015-2023.pdf>

La FMSQ a également reconnu ce critère de niveau de vie, comme on le voit dans une déclaration de l'organisme en 2018 au terme de ses négociations avec le gouvernement du Québec : « Notre lecture actuelle est que cette étude démontrera que le financement affecté aux médecins spécialistes québécois demeure inférieur à la moyenne canadienne, même après prise en compte des écarts de richesse collective »⁹. La FMSQ a même réussi à inclure, dans l'entente signée avec Québec, une clause qui permettrait un ajustement à la hausse de leur rémunération si l'étude leur donnait raison.

En plus de ne pas préciser l'ampleur des écarts à viser, le Québec ne s'est pas doté de critères pour prendre en compte les différences de richesse collective, préciser ce que serait une politique salariale concurrentielle et déterminer quelle base de comparaison utiliser. Le fait de comparer le Québec à l'ensemble du Canada plutôt qu'à l'Ontario, par exemple, peut mener à des résultats très différents.

Cette recherche de paramètres pour nous guider dans l'établissement des rémunérations tient au fait qu'il n'existe pas, au Québec, au Canada et dans bien des sociétés avancées, de mécanismes naturels qui pourraient mener à une détermination du niveau de rémunération des médecins, comme c'est le cas pour la plupart des autres professions. Que ce soit pour les ingénieurs, les avocats, les comptables ou les diplômés de deuxième et de troisième cycles, il existe des mécanismes de marché, des jeux de l'offre et de la demande, pour déterminer les salaires et le niveau de rémunération que les employeurs sont prêts à payer et que les employés sont prêts à accepter.

Ces mécanismes de marché ne jouent pas dans le cas de la profession médicale, ou du moins, très imparfaitement. D'une part, parce que cette profession comporte d'importantes barrières à l'entrée, encouragées autant par les réflexes corporatistes des médecins eux-mêmes que par les mécanismes de rationnement mis en place par l'État pour restreindre les pressions des activités médicales qu'il considère comme des génératrices de coûts. On en a eu un exemple en 2019, avec la réticence du Collège des médecins à accepter que les infirmières cliniciennes puissent poser des diagnostics, ce qui peut être interprété, du moins en partie, comme une façon d'ériger une barrière à l'entrée.

Par ailleurs, au Canada comme dans la quasi-totalité des sociétés industrialisées (à l'exception notable des États-Unis), les systèmes de santé sont soit publics, soit très encadrés par l'État. La rémunération des médecins est donc en bonne partie déterminée dans la sphère étatique, et ainsi soumise aux débats publics, aux considérations politiques et au jeu des rapports de forces. En outre, ces rapports de force sont établis par deux monopoles : l'État d'un côté et les puissantes fédérations médicales de l'autre. Fondamentalement, l'établissement de la rémunération des médecins est un processus politique. Contrairement à d'autres professions présentes dans le secteur public, comme les professionnels ou les infirmières, il n'y a pas non plus, dans le cas des médecins, de marché privé assez important pour servir de base de comparaison.

De façon générale, on s'entend généralement sur le fait que cette profession exige et mérite une rémunération élevée en raison des longues années d'études, de la complexité de la pratique, du niveau de responsabilité important assumé par les médecins, du stress et des exigences de la tâche, ainsi que de l'importance sociale accordée à la profession. Cette rémunération élevée permet d'atteindre plusieurs objectifs : une compensation équitable pour la contribution individuelle des médecins, une reconnaissance de leur rôle, une capacité d'attirer du talent et d'assurer la rétention des professionnels.

⁹ [Note interne de la FMSQ, citée par Radio-Canada en 2018](#)

Mais quel est le niveau optimal de rémunération? Nous proposons, dans ce rapport, cinq familles de critères qui peuvent nous guider dans cette recherche d'une rémunération optimale. Nous les décrivons d'abord brièvement ici avant de les analyser plus en profondeur.

Les critères d'équivalence: Faute de mécanismes de marché, on peut tenter de déterminer un niveau raisonnable de rémunération par les comparaisons et l'étalonnage avec la rémunération des médecins dans d'autres juridictions, pour en quelque sorte déterminer ce qui paraît normal ou raisonnable ailleurs. Cette comparaison peut se faire avec des pays pairs, pour savoir où le Canada se situe. Et ensuite, au sein du Canada, avec les autres provinces, dont les systèmes de santé sont encadrés par la même loi, pour établir une rémunération raisonnable, mais aussi pour tenir compte de la nécessité de maintenir une rémunération concurrentielle au sein d'une profession où existe un certain degré de mobilité géographique.

Les critères d'équité: Il faut également regarder comment la rémunération des médecins se situe par rapport à celle des autres citoyens dans la société où ils pratiquent. Notamment les autres professionnels et travailleurs de la santé, au nom de la recherche d'une certaine harmonie et d'une répartition optimale des ressources pour favoriser le bon fonctionnement du système de santé. Mais aussi au nom d'un certain équilibre social. Ces critères comportent également des éléments liés aux valeurs, notamment l'attitude de la société à l'égard des inégalités.

Les critères économiques: Les comparaisons doivent également tenir compte du contexte économique dans lequel œuvre le médecin. D'une part, parce que la richesse de l'économie nous donne des indications sur la capacité de payer de la société et le niveau d'effort raisonnable requis pour rémunérer ses médecins avec les ressources dont elle dispose. D'autre part, parce que les conditions matérielles et les revenus des médecins, comme ceux des autres membres de la société, évoluent en général dans le même sens que la richesse et le niveau de vie.

Les critères d'efficience et de productivité: Comme pour n'importe quelle activité économique, la rémunération doit tenir compte du niveau d'activité des médecins. On paie les médecins pour fournir des services. Il faut donc être en mesure de tenir compte des prestations qu'ils fournissent, comme le nombre d'actes posés, les heures travaillées, le coût des prestations. À ces mesures quantitatives s'ajoutent des considérations qualitatives, comme l'atteinte d'objectifs de prise en charge et d'amélioration de l'accessibilité, et le résultat des prestations en matière d'efficience et de pertinence.

Les critères de politique de santé: Enfin, les activités des médecins s'inscrivent dans un ensemble plus vaste, celui d'un réseau de santé. Dans la recherche de critères objectifs, on peut notamment, évaluer le niveau de rémunération global des médecins par rapport aux autres dépenses de santé, ou vouloir, à travers la rémunération, orienter les politiques de santé.

Une rémunération optimale devrait, en principe, pouvoir tenir compte de l'ensemble de ces critères.

Analyse des cinq critères d'évaluation

1 – Les équivalences

Le premier critère que nous évoquons, ce sont les comparaisons avec ce qui se fait ailleurs dans des sociétés comparables. Cet étalonnage, ce *benchmarking*, malgré les limites méthodologiques de l'exercice, nous donne une idée de ce que peuvent être les normes dans d'autres pays et nous permettent de voir où se situe le Canada. De la même façon, comme nous l'avons déjà fait, il est également important de pouvoir préciser de quelle façon le Québec peut être comparé au reste du Canada.

Le monde

Dans un premier temps, les comparaisons internationales permettent de voir où se situe le Canada. Elles ne peuvent donner que des indications très générales, parce que les conditions de pratique et de rémunération varient grandement d'un pays à l'autre, tout comme les formes d'organisation des soins. Par exemple, le salariat, pratiquement inexistant au Canada, est très répandu dans plusieurs sociétés. En outre, le niveau de rémunération peut être influencé, selon les pays, par des facteurs sociaux et culturels, comme le statut de la profession médicale, ou encore par des pratiques décourageant les grands écarts de revenus, comme dans les pays scandinaves, ou encore par les mécanismes de gouvernance du système de santé. Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), un organisme pourtant reconnu pour la qualité de ses statistiques, sont ainsi fragmentaires.

Ces données de l'OCDE sur les revenus incluent les cotisations sociales et l'impôt sur le revenu dans le cas des salariés. Dans le cas des médecins dits libéraux, ou autonomes, ce qui est le cas de la quasi-totalité des médecins canadiens, l'OCDE déduit du revenu les sommes destinées à compenser les frais professionnels. Ces chiffres sont donc différents de ceux que nous avons utilisés dans la partie précédente, où la rémunération incluait ces frais de pratique.

Les données suivantes portent sur la dernière année disponible, de 2014 à 2017 selon les pays, et distinguent les médecins salariés des médecins de pratique privée. Les données sont exprimées en dollars US, corrigées pour la parité du pouvoir d'achat. Elles sont difficilement comparables; certains pays ne sont pas inclus, comme les États-Unis et la Suisse, d'autres, comme la Belgique, doivent être exclus parce que leurs données incluent les frais de pratique et ne sont donc pas comparables. Elles ne permettent donc pas d'établir un tableau complet pour classer de façon claire la rémunération selon le pays.

Malgré ces limites, ces données permettent quelques observations. Dans le cas des généralistes, pour les 23 pays répertoriés, le Canada se classe au cinquième rang. Il fait donc partie du petit groupe de pays à rémunération très élevée, derrière l'Allemagne, le Luxembourg, l'Irlande, le Royaume-Uni. On peut d'ailleurs s'interroger sur la pertinence d'inclure le Luxembourg, en raison de sa faible taille et du caractère artificiel de son économie. À cette liste, il faudrait ajouter le grand absent, les États-Unis, dont nous reparlerons plus bas. Par ailleurs, dans environ la moitié de ces pays, on compte des généralistes salariés, dont la rémunération est en général moins élevée que celle des médecins pratiquant ce qu'on appelle une médecine libérale. Au Canada, la quasi-totalité des médecins sont des travailleurs autonomes en pratique libérale.

Dans le cas des spécialistes, sur une liste de 31 pays, le Canada arrive au troisième rang, derrière le Luxembourg et l'Allemagne. Au quatrième rang en comptant les États-Unis. Le Canada est donc un des pays où les spécialistes sont particulièrement bien traités. Le tableau permet également de noter que les spécialistes canadiens échappent à un phénomène généralisé, le recours au salariat, fréquent dans le cas des spécialistes dans plusieurs pays, que ce soit la Nouvelle-Zélande, l'Allemagne, la France, le Royaume-Uni, la Suède et les Pays-Bas, avec des revenus qui sont souvent plus faibles que pour la pratique libérale.

Malgré les limites méthodologiques évoquées plus haut, on peut conclure sans inquiétude que le Canada se classe dans le petit groupe de pays où la rémunération des médecins est la plus élevée.

Tableau 8

Rémunération des médecins, pays de l'OCDE

(USD PPA ; données les plus récentes 2014 à 2017)

	Généralistes		Spécialistes	
	Salariés, revenus, US\$ PPA	Professions libérales, revenus, US\$ PPA	Salariés, revenus, US\$ PPA	Professions libérales, revenus, US\$ PPA
Allemagne		214 289	173 827	261 766
Australie		101 867		205 915
Canada		139 561		231 005
Chili	84 125		150 337	
Espagne	90 097		102 460	
Estonie	44 783	60 345	60 913	
Finlande	82 194		119 716	
France		131 259	99 983	219 425
Grèce			68 587	
Hongrie	46 554		53 932	
Irlande		161 796	205 660	
Islande	139 020		154 338	
Israël	75 076	94 989	147 728	154 146
Italie			100 705	
Lettonie	21 418		34 834	
Luxembourg	361 107	189 613	289 777	405 950
Mexique	43 505		58 077	
Norvège			97 714	
Nouvelle-Zélande			131 745	
Pays-Bas	124 614	132 824	190 390	206 233
Pologne	57 853		37 421	
Portugal	79 893		75 917	
République slovaque			61 224	
République tchèque			60 166	
Royaume-Uni	80 005	145 243	163 647	
Slovénie	82 406		81 431	
Suède			99 154	
Turquie	77 963		114 104	

Source : OCDE Stat

Ces comparaisons internationales nous mènent à une conclusion. Comme les médecins canadiens sont parmi les mieux payés du monde industrialisé et comme les médecins québécois obtiennent une rémunération égale ou supérieure à celle de leurs collègues canadiens, ils se retrouvent nettement eux aussi en tête de peloton mondial, soit autour du sixième rang pour les généralistes (en tenant compte des É.-U.) et au quatrième rang pour les spécialistes. Ce classement n'a bien sûr qu'une valeur indicative.

Les États-Unis

L'OCDE ne fournit pas de données sur les États-Unis, le plus important pays membre de l'organisme. Un pays qui se distingue en outre par le fait qu'il s'agit du seul membre qui ne s'est pas doté d'un système de santé public ou comportant des assurances obligatoires universelles encadrées par l'État. Les données américaines, outre leur importance dans une comparaison, sont particulièrement pertinentes pour le Canada, en raison de la proximité géographique, de la reconnaissance mutuelle des diplômes, de l'intégration assez poussée des systèmes de formation, qui font en sorte que la mobilité professionnelle avec les États-Unis est possible.

Pour les États-Unis, à défaut de statistiques internationales, nous nous sommes tournés vers une importante banque de données médicales américaines, Medscape. En 2017, selon Medscape, la rémunération moyenne se situait à 316 000 USD pour les spécialistes, et à 217 000 USD pour les généralistes. Il est à noter qu'aux États-Unis, la grande majorité des médecins (69%) sont salariés. Dans leur cas, la statistique inclut le salaire, les bonis, les contributions aux profits. Pour les médecins autonomes, il s'agit du revenu après dépenses déductibles.

Pour comparer ces données avec celles dont nous disposons pour le Canada, nous avons converti ces rémunérations en dollars canadiens en utilisant la parité de pouvoir d'achat de Statistique Canada, soit 0,834 USD (2018). Cela augmente les rémunérations à 260 183 CAD pour les généralistes américains et à 378 884 CAD pour les spécialistes américains. Nous avons ensuite déduit des revenus québécois calculés par l'ICIS les frais de pratique évalués à 30 %, ce qui donne un revenu annuel moyen de 193 733\$ pour les généralistes canadiens, et de 274 845\$ pour les spécialistes canadiens.

En rappelant que ces comparaisons ne sont présentées qu'à titre indicatif, on peut conclure que la rémunération canadienne des médecins est nettement inférieure à celle des États-Unis, dans des proportions de 27,5 % pour les spécialistes et de 25,6 % pour les généralistes.

Ces revenus des médecins américains semblent avoir une influence au Canada. Un argument souvent invoqué à travers le Canada pour justifier des hausses salariales est en effet l'importance de contrer l'attractivité du marché américain sur les médecins canadiens. Cela pourrait d'ailleurs contribuer à expliquer le fait que les rémunérations sont élevées au Canada par rapport au monde industrialisé. En somme, le Canada pourrait être indirectement affecté par les distorsions importantes du système de santé américain, le plus coûteux du monde industrialisé (17,2 % du PIB en 2017, contre 11,5 % en France, 11,3 % en Allemagne et 10,4 % au Canada par exemple).

Par un jeu de vases communicants, cette pression exercée sur les provinces anglophones, où les médecins sont plus susceptibles d'être attirés par les États-Unis, s'exerce ensuite sur le Québec, où on a davantage évoqué l'attractivité de la rémunération dans les autres provinces canadiennes. L'argument de compétitivité évoqué dès 2003 faisait référence à cette réalité.

Il faudrait évaluer de façon plus poussée ce mécanisme. Au Canada, il existe une prime à la proximité américaine qui gonfle la rémunération. Une partie de celle des médecins canadiens et québécois ne se justifie pas parce que ceux-ci méritent un tel niveau au nom de l'équité, mais parce que le Canada n'a pas le choix et doit payer plus cher pour éviter une érosion de son bassin de praticiens.

Jusqu'à quel point cette prime se justifie-t-elle au Québec ? L'ajustement de la rémunération des médecins québécois à celle du reste de leurs confrères du reste du Canada ne se justifie que si l'on peut démontrer que le marché américain et le marché des autres provinces canadiennes exercent le même niveau d'attraction au Québec. Par contre, si la mobilité des médecins québécois est moindre que celle des médecins canadiens pour des raisons de langue et de culture, ce que l'expérience des dernières années semble démontrer, il n'y aurait pas lieu d'inclure des provisions similaires à celles dont se sont dotées les provinces canadiennes pour combattre l'attractivité américaine. Si on peut démontrer que la mobilité des médecins québécois est moins grande, ce facteur pourrait justifier que les revenus québécois soient plus faibles que ceux du Canada.

La mobilité des médecins est en effet marginale. De 2016 à 2017, le nombre de médecins résidant au Québec est passé de 20 207 à 20 203 selon l'ICIS, puisqu'on a dénombré le départ de 40 médecins québécois vers les autres provinces et l'arrivée au Québec de 36 médecins des autres provinces. Les mouvements de part et d'autre se sont faits essentiellement avec l'Ontario. Le phénomène est plus limité chez les généralistes – 5 arrivées et 18 départs – que chez les spécialistes – 30 arrivées et 21 départs. Notons que le Québec est légèrement gagnant dans ces échanges pour les spécialistes, ce qui ne semble pas lié aux changements récents à la rémunération. Les mouvements historiques sont du même ordre. Les mouvements vers l'étranger sont également limités. En 2016, on recense 28 départs, dont 23 spécialistes, mais aussi 21 retours de l'étranger, dont 18 spécialistes.

Par ailleurs, les réductions importantes de la rémunération en Ontario ont eu un effet très faible sur les déplacements des médecins. De 2013 à 2017, les cinq années de compressions qui ont placé les médecins ontariens au bas de l'échelle, l'Ontario a réussi à attirer 129 médecins des autres provinces!

À tout le moins, on peut conclure qu'il n'y a pas d'exode, et qu'il n'y en a jamais eu. Cela n'exclut pas la vigilance à l'égard de la mobilité géographique. On peut supposer, par exemple, qu'elle risque davantage de tenter des spécialistes, d'autant plus qu'une certaine proportion d'entre eux ont effectué une partie de leur formation dans des hôpitaux universitaires américains. Elle risque aussi d'attirer davantage les jeunes médecins, plus bilingues et plus mobiles, et qui sont intégrés dans un système de résidences établi à l'échelle du Canada. Cependant, l'attrait exercé par le Canada anglais ou les États-Unis ne tient pas nécessairement aux revenus plus élevés. Il peut aussi provenir des conditions de recherche et de pratique, par exemple la possibilité d'exercer pleinement dans son champ de spécialisation ou de surspécialisation, ou d'avoir un meilleur accès à des plateaux opératoires. Certains médecins peuvent également être attirés vers d'autres lieux, non en raison de la rémunération, mais en réaction au régime québécois d'affectation et aux contraintes des plans régionaux d'effectifs médicaux. Mais dans tous les cas de figure, ces problèmes précis peuvent être gérés autrement qu'en ajustant la rémunération de l'ensemble des 20 000 médecins québécois qui n'ont pas l'intention de pratiquer ailleurs.

Le Canada

Nous avons déjà présenté une analyse de la rémunération des médecins du Québec et d'ailleurs au Canada. Nous avons alors noté que les comparaisons avec l'Ontario menaient à des résultats étonnants parce que les médecins ontariens ont subi d'importantes réductions de leurs émoluments. Ce facteur nous force à nous interroger sur ce que devrait être la base de comparaison canadienne la plus appropriée.

Traditionnellement, et encore aujourd'hui, les comparaisons sont faites avec l'Ontario, la province avec laquelle le Québec a le plus de similitudes par sa taille, son urbanisation et sa structure sociale, et avec laquelle il a des liens de proximité évidents. C'est un mandat de comparaison avec l'Ontario que, par exemple, le gouvernement et la FMOQ avaient confié à l'ICIS en 2015. Mais le fait de se comparer à une seule province comporte des risques, notamment celui que les écarts observés ne s'expliquent pas par les décisions qui ont été prises au Québec, mais par celles de l'Ontario, sur lesquelles le Québec n'a aucun contrôle.

Et c'est justement ce qui s'est produit. Dans ses efforts de lutte au déficit, l'Ontario, dont les finances publiques ont été lourdement affectées par la crise de 2008-2009, a freiné la rémunération de ses médecins. Pour mémoire, la dernière hausse de rémunération a eu lieu en 2011. En 2012, les médecins ontariens, représentés par une seule fédération, ont accepté une réduction de leur rémunération de 0,5 %. En 2015, le gouvernement ontarien leur a imposé, sans négociations, une autre réduction de 3,9 % pour la médecine à l'acte et de 2,65 % pour les autres formes de pratique.

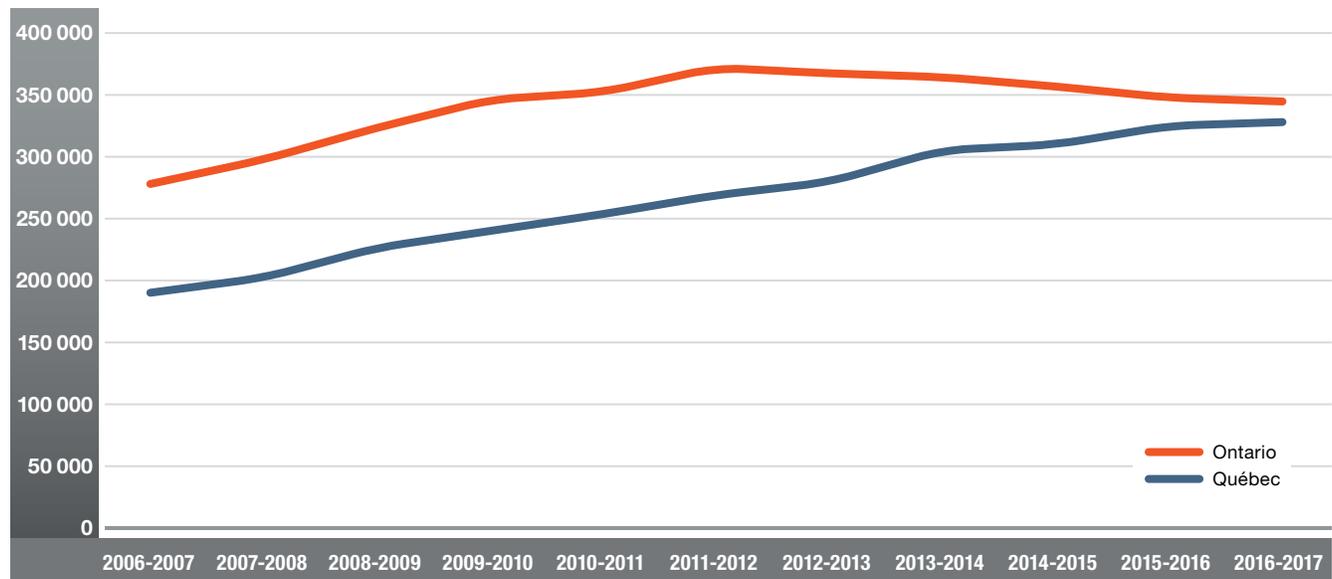
Ce faisant, en Ontario, le paiement clinique brut moyen pour l'ensemble des médecins a baissé au cours de cinq années consécutives, de 2012-2013 à 2016-2017, tant et si bien qu'à 344 531 \$ en 2016-2017, il était plus bas qu'en 2009-2010! Pendant ce temps, celui des médecins québécois augmentait fortement, comme on l'a vu.

C'est ainsi que si le rétrécissement des écarts, et ensuite leur disparition s'expliquent en partie par les fortes hausses québécoises, ils dépendent aussi des baisses ontariennes. Pour cette raison, les comparaisons avec l'Ontario comportent des limites, car le salaire comprimé des médecins ontariens ne constitue pas un barème valide. On le voit très clairement au graphique suivant, qui montre que si la croissance des revenus québécois pour l'ensemble des médecins a été constante, le rapprochement tient également aux baisses spectaculaires ontariennes.

Graphique 6

Paiement clinique brut moyen de l'ensemble des médecins au Québec et en Ontario

(en \$ par médecin)



Sources : 2006-2007 à 2008-2009 : BDNM 2010-2011. Pour 2009-2010 à 2016-2017, BDNM, paiements, données historiques 2017

Or, en Ontario, ce n'est qu'en 2019, après des négociations infructueuses, malgré l'arrivée d'un nouveau gouvernement, et l'échec d'une médiation qu'une entente a été imposée par arbitrage. Celle-ci prévoit l'effacement progressif des deux mesures de réduction des rémunérations, et des hausses annuelles moyennes rétroactives de 1 % à partir de 2017, versées à partir de 2019. Elles représenteront une augmentation d'environ 6,25 %¹⁰.

Les comparaisons avec l'Ontario sur lesquelles se base le Québec seront donc affectées à partir de 2019. Mais pas suffisamment pour renverser les conclusions des sections précédentes. Les généralistes québécois ETP, au lieu de devancer leurs confrères ontariens de 15,7 %, ne les dépasseront plus que de 9,5 %. Quant aux spécialistes québécois ETP, leur avance de 6,5 % avec l'Ontario se transformera en égalité.

C'était d'ailleurs un argument évoqué par l'ex-ministre de la Santé, Gaétan Barrette, qui comptait sur des hausses prévisibles des rémunérations en Ontario pour rétablir un certain équilibre. Dans le même ordre d'idées, il a affirmé que le gouvernement dont il était membre a donné un « avantage » aux spécialistes en se pliant à leur demande d'évaluer leur rémunération à la lumière de celle de leurs confrères et de leurs consœurs non seulement de l'Ontario, mais de toutes les provinces du Canada¹¹.

Cet argument, peut-être approprié dans une logique de négociation traditionnelle, a toutefois le désavantage de ne pas reposer sur des bases factuelles raisonnables. Il consiste d'abord, pour l'une des parties, à choisir la base de comparaison qui lui semble la plus favorable plutôt que de choisir la plus pertinente et la plus appropriée. C'est exactement le genre de tactique de marchandage qui a mené au fouillis qui règne dans ce dossier.

¹⁰ Rapport d'arbitrage *In the matter of an arbitration between: The Ministry of Health and Long term care and The Ontario Medical Association*.

¹¹ Le Devoir, 26 octobre 2018.

En outre, cet argument introduit un risque important, celui que la politique de rémunération à l'égard des médecins ne repose pas sur les choix et les besoins du Québec, mais sur les décisions prises dans la province voisine et constitue ainsi une forme de perte de souveraineté. Les comparaisons avec l'Ontario comportent donc des limites. À l'époque où l'on a choisi cet étalon, on ne pouvait imaginer que cette province deviendrait celle où les rémunérations des médecins seraient les plus basses au Canada.

Il y a eu un choix clair, en Ontario, de la part du gouvernement libéral, de remettre en cause le niveau traditionnel de revenu des médecins et de le réajuster à la baisse. Le Québec peut choisir de faire sienne la philosophie de rémunération ontarienne, mais c'est un choix de société qui devrait faire l'objet d'une réflexion ordonnée. Si, par contre, le Québec souhaite maintenir une approche de rémunération qui s'inscrit dans une logique canadienne, en tenant compte des différences économiques, on ne peut pas se servir de l'Ontario comme étalon et ajuster mécaniquement les rémunérations aux siennes.

Mais avec qui se comparer? Des comparaisons avec l'ensemble du Canada permettent d'éviter en partie les problèmes auxquels peut mener une comparaison limitée à l'Ontario. Cependant, l'utilisation des dix provinces comme base de comparaison comporte aussi des limites, parce qu'il y a des provinces de très petite taille dont les réseaux de santé n'ont pas la même complexité et qui, parfois, doivent consentir des rémunérations anormalement élevées pour résoudre des problèmes de recrutement s'apparentant à ceux de régions éloignées (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard). C'est à plus forte raison le cas pour les territoires, que nous avons exclu de l'analyse. Le Canada compte aussi des provinces enrichies par le pétrole, qui n'ont pas les mêmes contraintes budgétaires.

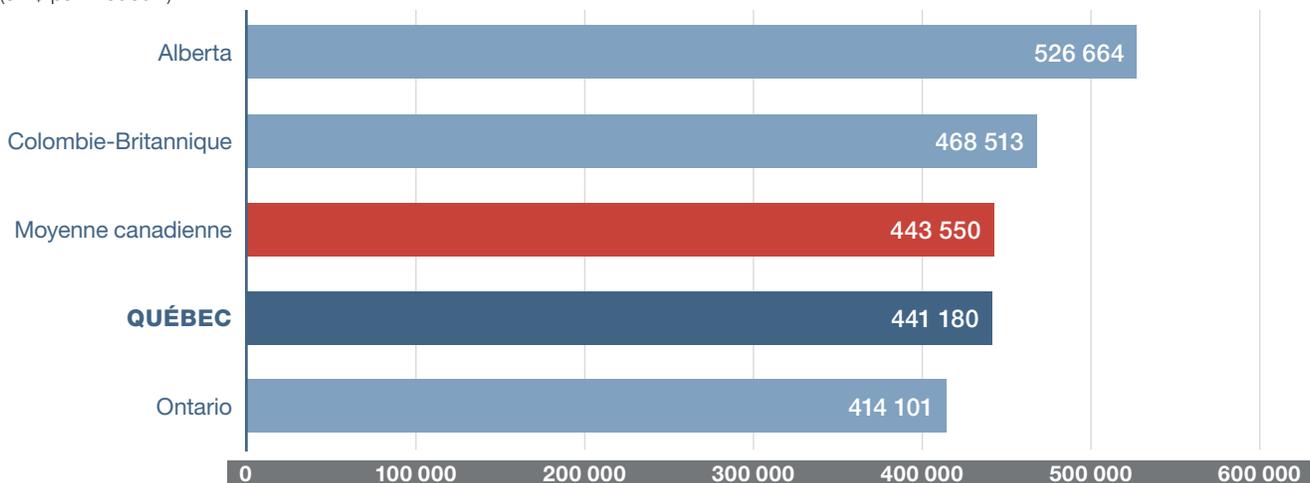
La sagesse voudrait que la comparaison se fasse avec des provinces avec lesquelles le système de santé québécois se compare le mieux, en fonction de la taille, de la population, de l'urbanisation, de la diversité des clientèles, de la complexité du système de santé et du réseau hospitalier. Cela mènerait à nous concentrer sur des provinces paires, soit l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique.

Cet exercice, illustré au graphique 7, fournit un autre éclairage, et montre bien en quoi l'Ontario est une anomalie et ne constitue pas un étalon approprié – ce qui sera encore le cas après la nouvelle entente salariale de 2019.

Graphique 7

Paiement moyen par médecin spécialiste ETP, 2016-2017

(en \$ par médecin)



Source: BDNM, paiements, données historiques 2017, tableau D.2

En poussant plus loin cette logique, il faut également être prudent dans l'utilisation des moyennes canadiennes, puisqu'elles sont affectées par la présence du Québec dans le calcul dont le poids est assez important, avec 24,3 % des paiements. La prudence voudrait que l'on se réfère plus souvent aux données qui portent sur le reste du Canada (ROC). Mais là encore, elles sont largement tributaires de l'Ontario, qui compte pour 51,1 % du ROC.

Il serait ainsi peut-être utile de comparer la rémunération des spécialistes québécois avec le reste du Canada sans l'Ontario, c'est-à-dire les huit autres provinces. À titre d'exemple, dans le cas des spécialistes, pour les paiements pour les ETP en 2017, la rémunération québécoise de 441 180\$ dépasse nettement celle de l'Ontario (414 101 \$) et est pratiquement égale à celle du Canada (443 550\$). Mais le Québec se trouve largement derrière les huit autres provinces, dont la rémunération pondérée s'établit à 486 700\$.

Les conclusions à en tirer sont les suivantes : d'une part, il n'y a pas de base de comparaison parfaite et d'autre part, pour l'analyse de la rémunération médicale comme pour celle d'un grand nombre de phénomènes (par exemple le marché du travail), le recours à un seul outil de mesure ou à une seule base de comparaison comporte des risques importants et mène à des conclusions tronquées. Dans le cas des médecins, il serait imprudent de s'emprisonner dans un seul critère de comparaison, que ce soit la rémunération en Ontario ou dans l'ensemble du Canada. La recherche de l'équilibre doit reposer sur une analyse différenciée des divers outils de mesure dont nous disposons, qui doivent non pas être utilisés de façon mécanique, mais interprétés et contextualisés.

2 – L'équité

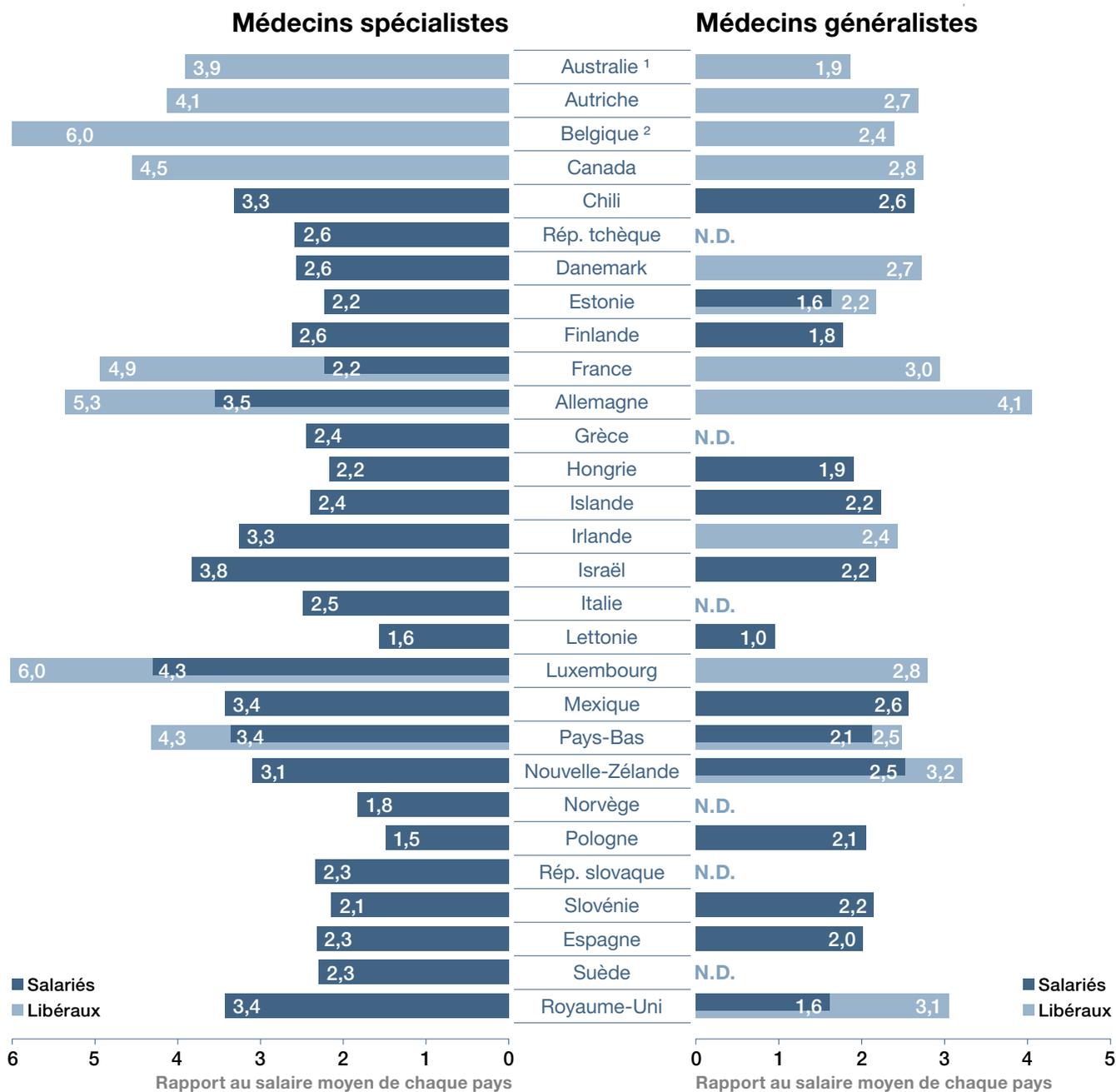
Un outil utile pour évaluer le niveau de rémunération des médecins est son rapport avec les salaires et les revenus qui prévalent au sein de la société. C'est un critère qui nous aide à définir, jusqu'à un certain point, si les rémunérations des médecins sont dans la norme. Il ne s'agit pas d'une règle absolue, puisque les écarts peuvent par exemple refléter des valeurs propres aux différentes sociétés, des conditions de marché ou des particularités des systèmes de santé. Mais ces informations peuvent fournir des balises, des repères que l'on peut inclure dans la palette des outils dont nous disposons. C'est à la fois une mesure qui tient compte du niveau de richesse, en supposant que les revenus augmentent avec la prospérité. Cette équité peut être verticale, à savoir un critère social dans une optique de répartition de la richesse qui fait appel à des notions de justice et d'équité entre les groupes de la société. Elle peut aussi être horizontale, et se mesurer entre groupes de pairs, à l'intérieur et à l'extérieur du monde de la santé.

Le salaire moyen

C'est un indicateur important, assez pour que l'OCDE, dans sa publication annuelle *Panorama de la santé*¹², ne propose pas de données sur la rémunération des médecins en tant que telle et ne présente qu'un tableau portant sur le rapport entre la rémunération des médecins et le salaire moyen.

Graphique 8

Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2015 (ou année la plus proche)



1. Médecins en formation inclus (d'où une sous-estimation).
 2. Dépenses professionnelles incluses (d'où une surestimation).

Source : OCDE, données OCDE médecins-moyens, *Panorama de la santé* 2017, graphique 8,10, Statlink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609188>

Ce tableau montre que le Canada fait partie des pays où l'écart entre la rémunération des médecins et le salaire moyen des travailleurs est élevé. La rémunération des généralistes y équivaut à 2,8 fois le salaire moyen, ce qui place le pays en haut de l'échelle, dans le Top 5, derrière l'Allemagne à 4,1, la Nouvelle-Zélande à 3,2, le Royaume-Uni à 3,1 et la France à 3,0. Des pays auxquels il faudrait sans doute ajouter les É.-U., absents du tableau.

Dans le cas des spécialistes, le Canada est nettement en tête de peloton, dans le Top 3, avec un multiple de 4,5, devancé par l'Allemagne à 5,3 et la France à 4,9. (Nous avons exclu la Belgique, parce que les données sur ce pays ne sont pas comparables, et le Luxembourg, en raison de l'artificialité de ce petit pays.)

Qu'en est-il du Québec? On peut faire le même exercice. Les données que nous obtiendrons ne sont toutefois pas comparables à celles de l'OCDE, parce que la mesure de la rémunération des médecins de l'ICIS n'est pas la même que celle de l'OCDE, et que les rémunérations hebdomadaires moyennes de Statistique Canada ne se font pas sur la même base que celles de l'OCDE. En outre, nous n'avons pas de données pour la Nouvelle-Écosse. Néanmoins, les données dont nous disposons permettent une comparaison interprovinciale valide. Elles permettent également de situer approximativement la place du Québec par rapport à celle du Canada dans une comparaison internationale. Nous utilisons, pour 2017, la mesure des paiements équivalents temps plein, et le salaire hebdomadaire moyen converti en base annuelle.

Tableau 9

Ratio du salaire des médecins sur le salaire hebdomadaire moyen, 2016-2017 (salaire médecin) et 2017 (salaire hebdomadaire moyen)

	Généralistes	Spécialistes
Canada	6,5	8,9
Terre-Neuve-et-Labrador	5,4	8,2
Île-du-Prince-Édouard	7,1	10,9
Nouvelle-Écosse	s.o.	s.o.
Nouveau-Brunswick	7,7	10,6
Québec	7,5	9,6
Ontario	5,9	8,2
Manitoba	7,5	10,3
Saskatchewan	6,2	10,1
Alberta	6,7	9,0
Colombie-Britannique	6,2	9,6

Sources : BDNM, paiements, données historiques 2017, tableau D.2; Enquête sur la population active, Statistique Canada

Comme le montre ce tableau, pour les généralistes, les paiements ETP moyens de 344 214\$ sont 7,5 fois plus élevés que le revenu salarial moyen de 46 965\$. Cela ne veut pas dire qu'un médecin gagne 7,5 fois plus que le travailleur moyen, puisque la rémunération des médecins comporte une part de compensations pour les frais de pratique. Mais ce rapport peut se comparer avec celui des autres provinces. Le multiple québécois de 7,5 est le plus élevé des provinces canadiennes, après le Nouveau-Brunswick, et à égalité avec le Manitoba. Il se situe à un point de pourcentage au-dessus de la moyenne canadienne de 6,5.

Parce que le rapport de la rémunération des généralistes québécois sur le revenu moyen dépasse celui du Canada, on peut en déduire, par un produit croisé simple, que dans une comparaison mondiale, le Québec se retrouverait plus proche de la tête, probablement derrière l'Allemagne, mais devant la France et le Royaume-Uni. Les médecins de famille québécois seraient donc parmi les mieux traités du monde industrialisé par rapport à la société où ils exercent.

Les spécialistes, de leur côté, ne sont pas en tête des provinces, mais plutôt au cinquième rang (sur les neuf provinces présentant des données). Mais avec un multiple du salaire moyen de 9,6, ils dépassent la moyenne canadienne de 8,9 et se retrouveraient au deuxième rang mondial (après l'Allemagne et à égalité avec la France) pour ce qui est du rapport entre leurs revenus et la rémunération moyenne de la population.

Nous pouvons donc arriver à la conclusion suivante: comme le Canada est l'un des pays où la rémunération des médecins est particulièrement élevée par rapport à celle de l'ensemble de la population, et comme ce ratio est plus élevé au Québec qu'au Canada, tant pour les généralistes que les spécialistes, il en résulte qu'à l'échelle des pays industrialisés, la situation des médecins québécois par rapport à celle de la population est particulièrement privilégiée.

On doit ajouter un élément qui relève davantage des valeurs que des calculs économiques. Le rapport entre la rémunération des médecins et celle des autres citoyens doit aussi s'inscrire dans la conception que se fait une société de l'égalité sociale et de la répartition des revenus. Le Québec se distingue du reste du Canada par son côté plus égalitaire, comme en font foi plusieurs indicateurs, comme les coefficients de Gini (l'outil de référence des inégalités de revenus), qui y sont plus bas que dans les autres provinces, ou encore le rapport entre les hauts revenus et les bas revenus¹³. La société québécoise est plus sensible aux écarts de revenus, comme en font foi ses politiques fiscales et de redistribution de la richesse. Autrement dit, le Québec, une province plus égalitaire, l'est moins quand il s'agit de la rémunération de ses médecins. Cela peut contribuer à expliquer, sur le plan des valeurs et de l'acceptabilité sociale, les réactions vives suscitées par le débat sur la rémunération des médecins.

L'équité entre professionnels de la santé

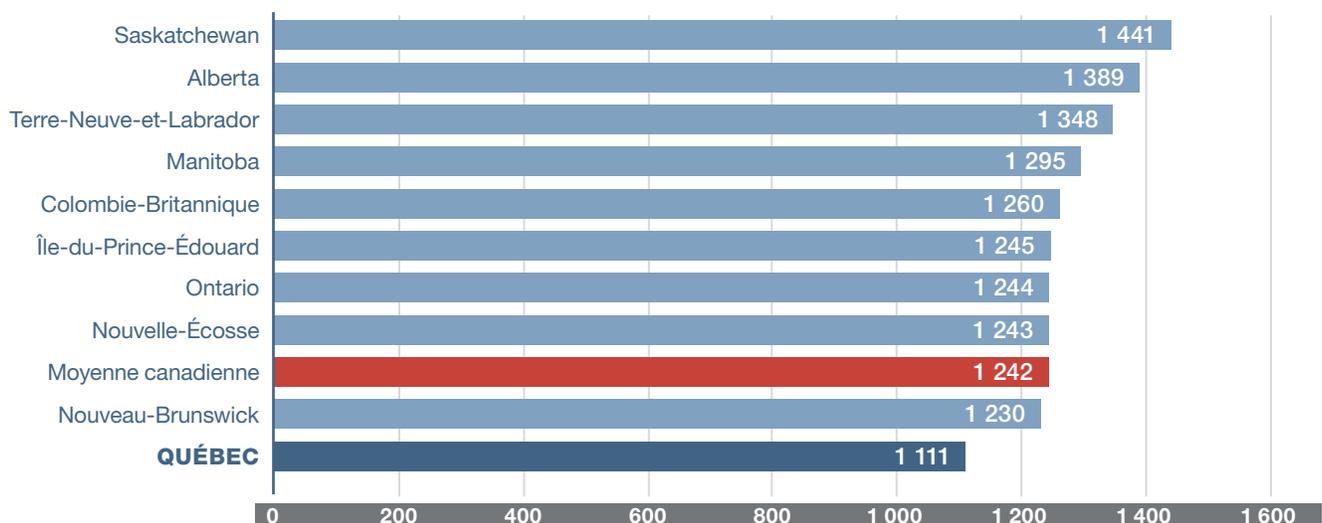
La rémunération des médecins doit tenir compte d'une autre forme d'équité, soit celle avec les autres professionnels de la santé. Des écarts trop importants risquent d'avoir pour effet de mal récompenser la contribution de ces derniers et engendrer un sentiment d'injustice pouvant compromettre les objectifs de collaboration et de multidisciplinarité recherchés par le système de santé. Ils risquent aussi de refléter une mauvaise allocation des ressources au sein du système de santé.

Les données de Statistique Canada portant sur le personnel professionnel en soins infirmiers indiquent que c'est au Québec que leur salaire hebdomadaire est le moins élevé de toutes les provinces, avec 1 110,75\$ en 2018, ce qui en fait la seule province où ce salaire est inférieur à 1 200\$. La province qui paie le moins son personnel professionnel en soins infirmiers, après le Québec, le Nouveau-Brunswick, leur offre 1 230\$ par semaine, soit 6 240\$ de plus par année. L'Ontario, notre étalon classique, plus chiche pour les médecins, paie son personnel infirmier 1 244\$ par semaine. Bref, le Québec se caractérise par un écart entre la rémunération des médecins et celle du personnel professionnel en soins infirmiers qui est, de loin, le plus élevé au Canada.

Graphique 9

Salaire hebdomadaire moyen du personnel professionnel en soins infirmiers, 2018

(en \$ courants)



Source: Enquête sur la population active, Statistique Canada

Cette question se pose également pour les rapports entre la rémunération des spécialistes et celle des généralistes. Une comparaison qui permet de mesurer l'équité entre professionnels, mais qui reflète aussi des choix de politiques de santé et de stratégies de déploiement des effectifs médicaux.

Dans certains pays, on l'a vu avec les statistiques de l'OCDE, les écarts entre généralistes et spécialistes sont faibles, notamment dans les pays scandinaves. Aux États-Unis, les généralistes touchent 68,7 % du revenu des spécialistes, en Allemagne, 81,9 %.

Au Canada ? Tout dépend de la mesure utilisée. Avec la donnée de base, les paiements cliniques bruts moyens, les généralistes québécois ont touché 64,4 % du revenu des spécialistes en 2017. Il s'agit du troisième écart le plus élevé au Canada, après la Colombie-Britannique à 57,7 % et Terre-Neuve-et-Labrador à 59,3 %. La moyenne canadienne s'établit à 70,5 %.

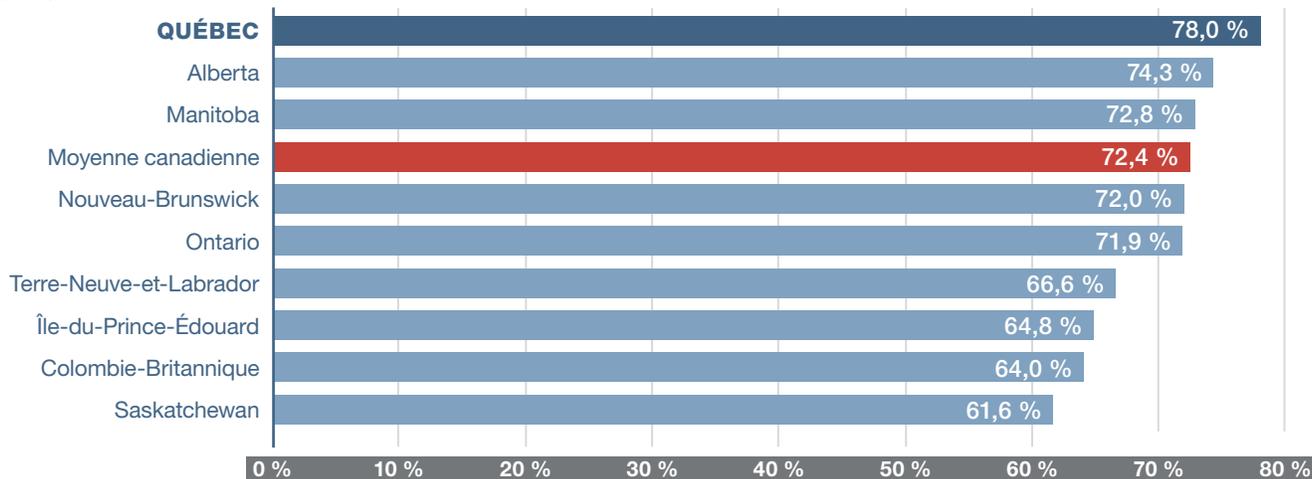
Selon la FMOQ, cet écart serait encore plus important en utilisant les données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) sur le montant moyen de rémunération (tableau SM.25). Selon ces données, en 2017, les généralistes touchaient en moyenne 258 815 \$, soit 62,4 % de ce que recevaient en moyenne les spécialistes (414 723 \$).

Mais on pourrait utiliser l'autre mesure, celle des paiements pour ETP, qui semble plus pertinente parce que nous savons que les paiements bruts moyens sont affectés à la baisse par la présence de médecins dont la charge de travail est faible. Avec la mesure pour ETP, qui permet de comparer des pommes avec des pommes et de tenir compte de la charge de travail, les écarts se rétrécissent considérablement. Le généraliste temps plein québécois touche 78,0 % de la rémunération du spécialiste plein temps. Le ratio le plus élevé au pays, loin devant la moyenne canadienne de 72,4 %.

Graphique 10

Rapport généralistes/spécialistes du paiement moyen par médecin ETP, 2016-2017

(en %)



Source: ICIS, BDNM, paiements, données historiques 2017, tableau D.2

À la lumière de ces données, peut-on dire que les généralistes québécois sont trop peu payés, comme l'affirme la FMOQ, qui a fait de la réduction de ces écarts un objectif de négociation, et qui a obtenu une certaine compensation à cet égard en 2017 ? Les données portant sur les paiements pour médecins ETP, qui s'expliquent largement par la charge de travail, risquent de raviver le débat. En effet, l'atteinte d'un rapport équilibré entre la rémunération des généralistes et celle des spécialistes n'est possible que si l'on tient compte des horaires et de la tâche. Nous reviendrons sur cette question.

On pourrait enfin aborder la question de l'équité en comparant la rémunération des médecins à celle des autres professions exigeant de longues études et une formation poussée. Un exercice ambitieux où il n'est pas évident qu'il soit possible d'en arriver à des résultats concluants. Et donc un terrain sur lequel nous ne nous aventurerons pas. Cependant, on pourrait souligner quelques éléments utiles au débat.

Le statut des médecins, tant au Québec qu'au Canada, est tout à fait unique. D'une part, ce sont des travailleurs autonomes qui peuvent organiser leurs activités comme une entreprise. Mais d'autre part, ils n'ont qu'un seul client, le gouvernement de leur province ou l'un de ses agents, ce qui, *de facto*, s'apparente à un statut de salariés. À cet égard, ils jouissent d'une forme de privilège, parce que selon les lois fiscales, un contribuable ne peut pas se prévaloir du statut de travailleur indépendant s'il n'a qu'un seul client. Et ce, dans un environnement où il y a pénurie de médecins, un facteur qui fait en sorte qu'un étudiant sortant d'une faculté de médecine a la quasi-certitude d'obtenir un emploi, et de ne pas le perdre, sauf dans des circonstances qui ne relèvent que de sa vie personnelle. Il a même la capacité de fixer, jusqu'à un certain point, le niveau de revenu qu'il obtiendra, puisqu'il détermine lui-même sa charge de travail. Cet avantage, celui de la certitude d'emploi, aucun autre groupe de professionnels n'y a droit. Encore moins celui de pouvoir moduler son revenu. À cela s'ajoute l'absence de contraintes commerciales auxquelles sont confrontés plusieurs autres groupes de professionnels non salariés, comme la nécessité de trouver des clients, de gérer les risques, les délais et les coûts encourus pour être rémunérés, parce que le système de santé repose sur un payeur unique. Ces considérations n'ont pas d'effet sur les comparaisons interprovinciales de la rémunération des médecins, puisque l'environnement est sensiblement le même partout au Canada, mais on doit en tenir compte dans les comparaisons avec le reste de la société.

3– Les critères économiques

Dans tous les débats sur la rémunération, il est ressorti, quoique de façon non spécifique, que l'atteinte d'un certain équilibre avec l'Ontario ou le Canada devait tenir compte de la richesse des provinces et de la performance de leur économie. L'objectif consiste en quelque sorte à atteindre une forme de parité corrigée pour tenir compte de ces facteurs économiques. En toute logique, en fonction de ce critère, comme le Québec souffre d'un retard économique avec la moyenne canadienne, les revenus de ses médecins devraient être inférieurs à ceux du reste du Canada pour refléter cet écart de richesse.

Mais la détermination de cet écart, en principe une démarche quantitative simple, est semée d'embûches, notamment parce qu'on cherche en fait à atteindre plusieurs objectifs distincts : tenir compte de la capacité de payer, établir des critères de rémunération équitables et enfin, assurer aux professionnels un certain niveau de vie.

Pour tenir compte de ce critère économique, nous avons retenu trois mesures : le niveau de vie (le PIB par habitant), le revenu disponible des ménages, ainsi que le coût de la vie. Chacune d'elles capte des éléments de ce qu'on a décrit dans le débat public, sans plus de précisions, par le terme d'écart de richesse. À cela s'ajoute un autre niveau de difficulté, celui des bases de comparaison, des étalons choisis. Les résultats varieront de façon importante selon que l'on compare le Québec à l'Ontario plutôt que, par exemple, à la moyenne canadienne.

Le PIB par habitant

L'écart de richesse se mesure d'abord par le produit intérieur brut par habitant, qu'on appelle communément le niveau de vie, même s'il s'agit davantage d'une mesure de production qui décrit la performance d'une économie plutôt que le bien-être et les conditions de vie de ses citoyens.

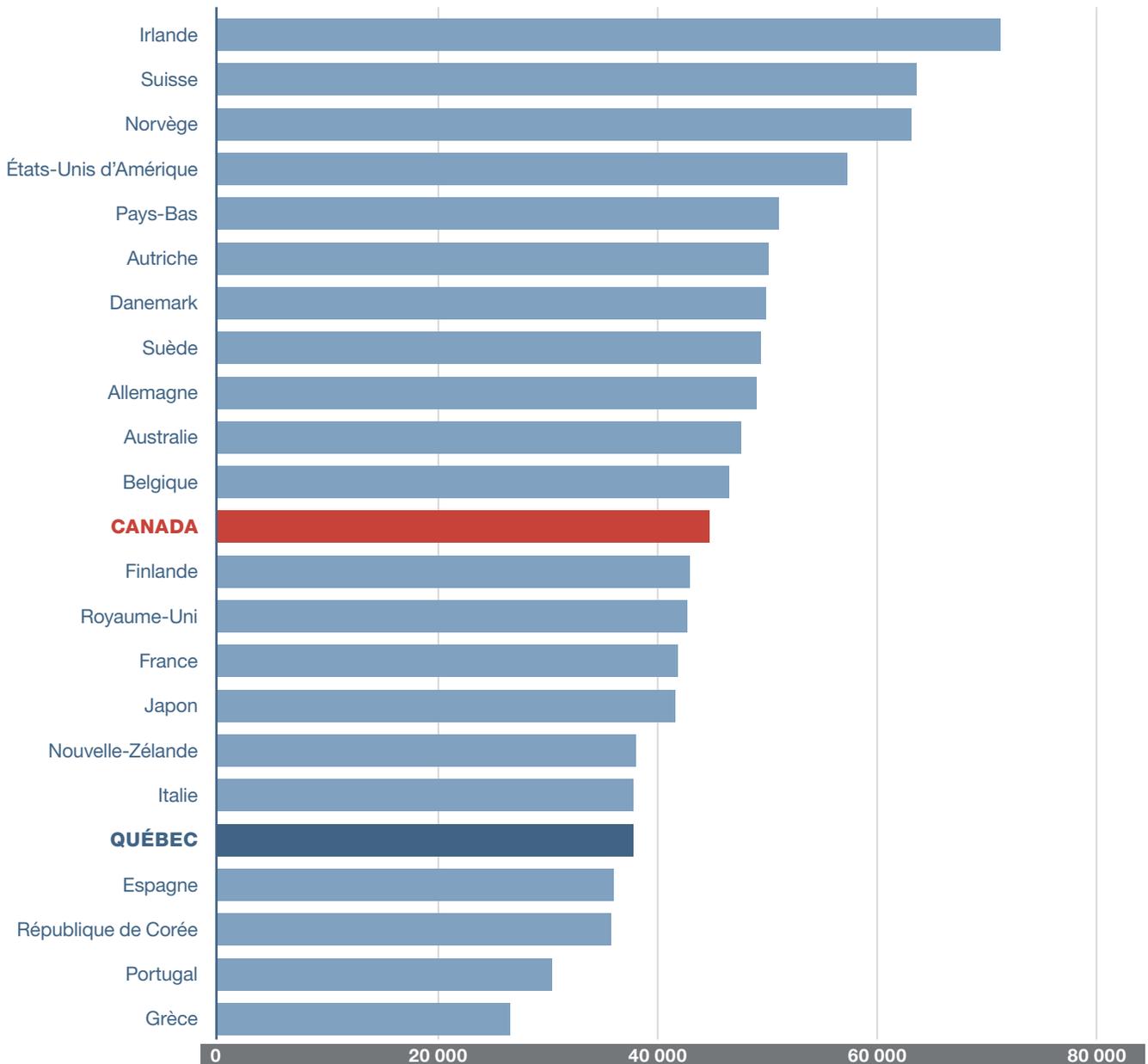
Le niveau d'activité économique est pertinent dans l'établissement du niveau de rémunération pour plusieurs raisons. D'abord, parce qu'en principe, dans une société plus riche, les niveaux de revenus sont plus élevés pour l'ensemble des citoyens. Ensuite, comme les médecins sont payés par l'État au Québec et au Canada, le niveau de richesse détermine l'assiette fiscale et la capacité de payer de l'État. Enfin, parce qu'une société plus riche dispose de plus de ressources, individuelles et collectives, qui peuvent lui permettre des choix, notamment celui de consacrer plus de ressources à la santé. Pour toutes ces raisons, on peut s'attendre à ce que, dans une société plus riche, les médecins soient davantage rémunérés, toutes proportions gardées, que dans une société qui l'est moins.

Or, on constate dans le graphique 6 que le Canada, au sein des pays les plus avancés de l'OCDE, est en milieu de peloton pour son niveau de vie, quand nous avons vu plus tôt qu'il était dans les premiers rangs pour la rémunération de ses médecins. Le contraste est encore plus marqué pour le Québec, avec un des niveaux de vie les plus bas de ce groupe de pays, mais des revenus parmi les plus élevés pour les médecins. Le Québec se situe, pour son niveau de vie, dans le peloton de queue avec l'Italie, l'Espagne ou la Nouvelle-Zélande. Mais dans ces pays, les revenus des médecins sont sensiblement plus bas qu'au Québec. À l'inverse, la rémunération des médecins québécois dépasse celle que l'on observe dans plusieurs pays dont la richesse est significativement plus élevée qu'au Québec, comme les Pays-Bas ou les pays scandinaves.

Graphique 11

Produit intérieur brut par habitant

(\$ US PPA 2016)



Source : Institut de la statistique du Québec, comparaisons internationales

Tournons-nous maintenant vers la situation observée au Canada. En 2017, le PIB par habitant aux prix du marché du Québec équivalait à 86 % de ceux de l'Ontario et du Canada. Le Québec se retrouvait au septième rang canadien, devant les trois provinces maritimes, mais derrière Terre-Neuve-et-Labrador, dont le PIB par habitant est gonflé par les revenus pétroliers. Si l'objectif est « la prise en compte des écarts de richesse collective », comme le formulait la FMSQ, on devrait tenir compte de ces écarts du PIB par habitant.

Mais par rapport à qui? On voit que l'écart est assez semblable avec le Canada et l'Ontario. Mais comme le Québec compte pour près de 20 % du PIB canadien et qu'il contribue ainsi à réduire la moyenne canadienne, il serait plus précis de comparer le niveau de vie québécois à celui du ROC, c'est-à-dire les neuf autres provinces et les territoires. Le PIB par habitant du Québec s'établit à 83 % de celui du ROC.

Tableau 10
Niveau de vie, 2017
(en \$; ratios)

	PIB / habitant	Québec / Région
Canada	58 498	0,86
Terre-Neuve-et-Labrador	62 573	0,80
Île-du-Prince-Édouard	44 180	1,14
Nouvelle-Écosse	44 931	1,12
Nouveau-Brunswick	47 060	1,07
Québec	50 276	1,00
Ontario	58 687	0,86
Manitoba	53 182	0,95
Saskatchewan	69 095	0,73
Alberta	78 213	0,64
Colombie-Britannique	57 333	0,88
Reste du Canada (ROC)	60 914	0,83

Source : Institut de la statistique du Québec

Exprimé autrement, si on voulait appliquer de façon mécanique le critère de l'écart de richesse, mesuré par le PIB par habitant, à la rémunération des médecins, il faudrait que celle-ci, toutes choses étant égales par ailleurs, équivaille à 86 % de celle de l'Ontario ou du Canada, ou à 83 % de celle du ROC.

Est-ce à dire que les niveaux de rémunération des médecins d'une province à l'autre devraient être modulés de façon mécanique en fonction du PIB par habitant? Pas nécessairement, parce que même si cet indicateur mesure le niveau d'activité économique et de richesse, certaines de ses composantes n'ont pas d'incidence directe sur les éléments qui déterminent la rémunération. On le voit entre autres avec les activités pétrolières, qui gonflent le PIB par habitant, mais qui ne se reflètent pas entièrement dans les salaires, les revenus ou l'assiette fiscale de l'Alberta, de la Saskatchewan et de Terre-Neuve-et-Labrador.

Ces données nous rappellent néanmoins pourquoi il serait normal, si on veut appliquer le critère de l'écart de richesse comme le souhaitent le gouvernement et les fédérations médicales, que la rémunération des médecins québécois soit inférieure à celle de l'Alberta, de l'Ontario ou de l'ensemble canadien.

Le revenu disponible des ménages

Si on cherche plutôt, avec ces comparaisons économiques, à établir une certaine équité dans la rémunération des médecins par rapport aux autres provinces, on choisira plutôt un indicateur qui reflète davantage les revenus dont disposent les citoyens : le revenu disponible par habitant. Cette mesure, qui provient de la comptabilité économique, englobe l'ensemble des revenus reçus par les ménages (les salaires, les revenus de location et d'investissement), et tient compte des transferts gouvernementaux (allocations, pensions, prestations) dont on retranche les versements aux gouvernements (impôts, cotisations).

La mesure comporte toutefois des limites. Comme le revenu des ménages est en partie déterminé par les politiques fiscales et les politiques de redistribution, les écarts entre provinces s'expliquent en partie par des choix politiques et institutionnels et ne sont donc pas un reflet exact des écarts de richesse. Par exemple, le revenu des ménages est plus bas au Québec, entre autres parce que la ponction fiscale y est plus élevée et les programmes sociaux, plus généreux. Le revenu disponible des ménages, pour cette raison, doit davantage être vu comme une mesure d'équité interprovinciale plutôt qu'une mesure de la capacité de payer de chaque province.

Avec cette mesure, les disparités entre provinces canadiennes sont moins importantes, notamment en raison des effets des ponctions fiscales et des transferts. La domination de l'Alberta est moins prononcée et le revenu des provinces maritimes augmente. Résultat, pour le revenu disponible par habitant, le Québec arrive au dernier rang des provinces canadiennes. Cependant, les écarts qui séparent le Québec de ses points de comparaison habituels se rétrécissent. Le revenu disponible des ménages québécois s'établit à 89% de celui du Canada, à 88% de l'Ontario et à 86% du ROC.

Tableau 11

Revenu disponible des ménages par habitant, 2017

(en \$; ratios)

	Rev. dispo / habitant	Québec / Région
Canada	32 300	0,89
Terre-Neuve-et-Labrador	31 996	0,90
Île-du-Prince-Édouard	28 997	0,99
Nouvelle-Écosse	28 978	0,99
Nouveau-Brunswick	29 261	0,98
Québec	28 785	1,00
Ontario	32 645	0,88
Manitoba	29 603	0,97
Saskatchewan	32 973	0,87
Alberta	36 705	0,78
Colombie-Britannique	34 976	0,82
Reste du Canada (ROC)	33 333	0,86

Source : Institut de la statistique du Québec

Le recours à cet indicateur suggérerait que la rémunération des médecins québécois devrait s'établir, selon l'étalon choisi, à 88% de celle de l'Ontario, à 89% de la moyenne canadienne, ou à 86% de celle du ROC.

On pourrait utiliser d'autres mesures de revenu, par exemple les salaires. Au Québec, en 2018, le salaire hebdomadaire moyen pour les travailleurs à temps plein était inférieur de 10,9% à celui de l'Ontario. Pourquoi ne pas choisir ce barème ? Il n'est pas approprié parce que les médecins ne reçoivent pas vraiment un salaire, même si le payeur unique est l'État. On comparerait des salaires moyens à une rémunération qui est d'une autre nature. D'une part parce qu'une partie non négligeable des paiements versés par l'État aux médecins est constituée de frais professionnels et de dépenses d'exploitation. D'autre part, parce que le statut particulier des médecins, payés par l'État tout en étant très majoritairement des travailleurs autonomes, fait en sorte que leur rémunération est une forme de revenu d'entreprise. D'autant plus que les médecins peuvent s'incorporer, ce qu'ils font en grand nombre pour des raisons fiscales, et ont ainsi accès à des formes de revenu qui ne sont en aucun cas du salaire, par exemple des dividendes.

Le coût de la vie

Une autre façon de refléter l'écart des conditions économiques, c'est de prendre en compte les différences dans le coût de la vie et de viser un niveau de rémunération qui assure un pouvoir d'achat semblable à celui des provinces auxquelles on choisit de se comparer. Un coût de la vie plus bas traduit en général le fait que l'économie d'une province affiche un niveau de richesse moindre. Il constitue ainsi, jusqu'à un certain point, une mesure de la capacité de payer. C'est également une façon d'assurer une certaine équité interprovinciale en faisant en sorte que la rémunération permette des conditions de vie équivalentes.

C'est par exemple ce qu'a proposé¹⁴ l'économiste Pierre Fortin en 2016, dans une analyse publiée par le magazine *L'actualité* : « Comment déterminer si ces rémunérations annuelles sont insuffisantes ou excessives ? En les comparant à une norme économiquement et socialement acceptable : le revenu que les médecins québécois auraient dû toucher afin d'obtenir exactement le même pouvoir d'achat que leurs confrères ontariens. » Ce raisonnement amenait l'économiste à proposer un écart équivalent à la différence des coûts de la vie, qu'il évaluait alors à 12 % dans le cas de l'Ontario.

Cette proposition repose sur l'idée que les médecins devraient jouir du même bien-être matériel que leurs confrères de provinces plus riches. Limiter l'écart aux différences de niveaux de vie consiste en effet à assurer aux médecins québécois le même pouvoir d'achat et le même train de vie que leurs collègues ontariens.

Pourquoi devrait-il en être ainsi ? Pourquoi cela devrait-il être l'objectif poursuivi ? Cette conception de l'équité ne reflète pas correctement les écarts de richesse. Dans une province moins riche, ce qui est très clairement le cas du Québec comme nous venons de le voir, le niveau de bien-être matériel des citoyens est également plus bas. Il ne serait donc pas anormal que ça soit également le cas pour les médecins, à plus forte raison parce que c'est une profession rémunérée à même les fonds publics et les impôts des citoyens.

Le coût de la vie varie en effet de façon importante d'une province à l'autre. Si le Canada ne dispose pas de mesure officielle pour le coût de la vie par province, le Centre sur la productivité et la prospérité – Fondation Walter-J.-Somers (CPP)¹⁵ propose une bonne approximation à partir de la Mesure du panier de consommation (MPC), qui calcule le coût d'un ensemble de biens et de services nécessaires pour une famille à revenu modeste. Le CPP a ainsi établi qu'en 2015, l'écart du coût de la vie du Québec avec les autres provinces variait de 5 % à 14 % : 11 % avec l'Ontario, 14 % avec l'Alberta, 12 % avec la Colombie-Britannique, 9 % avec le Nouveau-Brunswick. L'écart entre le Québec et le ROC s'établit à 11,4 %.

Cette mesure, qui porte sur des biens et services de base pour des familles modestes, ne s'applique pas parfaitement à la situation des médecins, qui ont un profil de consommation bien différent. Pierre Fortin, dans un article plus récent publié dans *L'actualité* (21 mars 2018), utilise une autre méthode, à partir de l'Indice des prix à la consommation de Statistique Canada, et arrive aussi à un écart de 11 % entre le Québec et l'Ontario pour 2016.

L'application de ce critère moins contraignant justifierait néanmoins elle aussi une baisse importante de la rémunération des médecins. Si la base de comparaison est l'Ontario, le revenu des médecins québécois devrait être inférieur de 11 % avec celui de la province voisine. Si on compare le Québec avec le ROC, l'écart devrait être de 11,4 %. Par contre, une comparaison avec le Canada dans son ensemble mènerait à un écart plus faible, de 9 points de pourcentage, parce que la présence du Québec dans la moyenne fait baisser le niveau du coût de la vie canadien.

On doit également rappeler le fait que même si on retient un autre critère pour tenir compte des écarts de richesse, comme le niveau de vie ou le revenu des ménages, le facteur du coût de la vie interviendra indirectement. Par exemple, si on imposait aux médecins québécois un écart de rémunération de 14 % avec les médecins des autres provinces, pour refléter la différence du revenu personnel des ménages, dans les faits, l'écart réel que devraient subir les médecins québécois ne serait que de 2,6 %, parce que le coût de la vie au Québec est plus bas. De la même façon, avec le recours à la mesure du niveau de vie, l'écart nominal de 17 % générerait un impact réel de 5,6 %.

14 *L'actualité*, 28 avril 2016.

15 (Deslauriers et coll. 2019)

Refléter les écarts de richesse

Dans cette partie, nous mesurons l'impact financier de la prise en compte des écarts de richesse, d'abord pour les médecins eux-mêmes, ensuite pour le payeur, soit l'État. Cela mènerait à une réduction importante de la rémunération des médecins, puisque cet ajustement consiste à passer d'une situation observée où les paiements qu'ils reçoivent sont égaux ou supérieurs à ceux du reste du Canada à un nouvel équilibre où leur rémunération serait inférieure.

Comme nous venons de le voir, il y a plusieurs façons de mesurer l'écart de richesse. Nous avons précédemment examiné trois critères: le niveau de vie (le PIB par habitant), le revenu disponible des ménages et le coût de la vie. Il y a par ailleurs diverses entités auxquelles on peut comparer le Québec. Nous en avons déjà évoqué trois: l'Ontario, le Canada, et le ROC, soit les neuf autres provinces. Il y a enfin plusieurs façons de mesurer la rémunération des médecins, notamment celles que nous avons examinées dans cette étude: les paiements cliniques moyens et les paiements moyens pour ETP.

Nous estimons que la mesure la plus appropriée pour prendre en compte l'écart de richesse est le revenu disponible des ménages, parce qu'elle permet d'atténuer les distorsions qui peuvent affecter le PIB par habitant, particulièrement les revenus pétroliers qui sont une réalité bien présente dans certaines provinces canadiennes. Par ailleurs, nous estimons que la base de comparaison la plus appropriée est le ROC. Enfin, comme nous l'avons expliqué, nous estimons que la mesure la plus pertinente du revenu des médecins est celle des paiements pour des médecins ETP, parce qu'elle porte sur une pratique que l'on peut qualifier de standard. C'est la seule qui permet de comparer des activités similaires d'une province à l'autre. Cela signifie qu'avec le critère consensuel de prise en compte des écarts de richesse, et en faisant abstraction d'autres considérations, la rémunération des médecins devrait équivaloir à 86 % de celle du reste du Canada.

Mais par souci de prudence, et pour refléter le fait qu'aucun débat n'a été mené au Québec sur la façon dont on pourrait introduire la variable de l'écart de richesse dans la politique de rémunération, nous proposons plutôt de mesurer l'impact d'un ajustement de la rémunération en fonction de toutes les hypothèses que nous avons évoquées. Cela permet de proposer un éventail des impacts possibles. Dans le tableau qui suit, nous présentons ainsi les divers facteurs de correction. Par exemple, si la base de comparaison choisie est l'Ontario et que le critère d'écart de richesse retenu est le revenu disponible des ménages, le revenu des médecins québécois devrait équivaloir à 88 % de celui des médecins ontariens. Si la base de comparaison est le ROC et que le critère choisi est le coût de la vie, ce même revenu devrait alors s'établir à 89 % de celui des médecins des autres provinces.

Tableau 12

Facteurs d'ajustement pour tenir compte de l'écart de richesse

	Niveau de vie	Revenu disponible des ménages	Coût de la vie
Ontario	0,86	0,88	0,89
Canada	0,86	0,89	0,91
Reste du Canada	0,83	0,86	0,89

Sources: CPP – Fondation Walter-J.-Somers, Institut de la statistique du Québec, Statistique Canada, adapté par l'auteur

On notera que la fourchette des ajustements est relativement étroite, entre 83 % et 91 %. La correction la plus forte surviendrait si l'on choisit le PIB par habitant comme mesure de l'écart de richesse et le reste du Canada comme base de comparaison, ce qui s'explique en partie par le fait que le niveau de vie du ROC est influencé par celui des provinces productrices d'hydrocarbures. La correction la plus basse est obtenue quand on utilise le critère du coût de la vie, ce qui n'a rien d'étonnant sachant qu'il s'agit du test le moins contraignant, et que la base de comparaison est l'ensemble du Canada, puisque la présence du Québec dans cet étalon géographique fait baisser l'écart du coût de la vie.

Appliquons maintenant cette grille, en commençant par les généralistes. Dans leur cas, les critères d'écart de richesse auront un impact important, parce que leur rémunération pour médecins ETP, de 344 214 \$ en 2016-2017, dépasse celles de l'Ontario et du Canada, qui sont respectivement de 297 627 \$ et de 321 340 \$. Nous avons établi la rémunération du reste du Canada à 318 895 \$, avec une moyenne pondérée en fonction de la rémunération totale des médecins au Canada.

Cette rémunération du ROC est inférieure à celle du Canada parce que l'absence du Québec fait baisser la moyenne.

La correction sera donc marquée. Le tableau suivant montre que selon les critères choisis, cette rémunération de 344 214\$ devrait plutôt se situer entre 255 959\$ et 292 419\$. Le revenu le plus bas de la fourchette provient d'une comparaison avec l'Ontario, parce que la rémunération dans cette province est l'une des plus basses du Canada. L'application du critère du revenu des ménages avec comme base de comparaison le reste du Canada donnerait le milieu de la fourchette, soit 274 250\$.

Tableau 13

Revenu des médecins généralistes québécois après correction pour l'écart de richesse (2016-2017)

(en \$)

	Niveau de vie	Revenu disponible des ménages	Coût de la vie
Ontario (297 627)	255 959	261 912	264 888
Canada (321 340)	276 352	285 993	292 419
Reste du Canada (318 895)	264 683	274 250	283 817

Sources: CPP – Fondation Walter-J.-Somers, Institut de la statistique du Québec, Statistique Canada, adapté par l'auteur

On peut en conclure que l'application de critères d'écart de richesse, peu importe ceux retenus, aurait un effet marqué sur le revenu des généralistes québécois. Les écarts entre ce qu'ils ont touché en 2016-2017 et ce que leur rémunération aurait été si elle tenait compte de ce facteur sont présentés au tableau suivant.

Tableau 14

Écart entre le revenu versé aux médecins généralistes et le revenu ajusté pour l'écart de richesse (2016-2017)

(en \$)

	Niveau de vie	Revenu disponible des ménages	Coût de la vie
Ontario	88 255	82 302	79 326
Canada	67 862	58 222	51 795
Reste du Canada	79 531	69 964	60 398

Sources: CPP – Fondation Walter-J.-Somers, Institut de la statistique du Québec, Statistique Canada, adapté par l'auteur

Ce sont des écarts substantiels, variant de 51 795\$ à 88 255\$ selon les critères retenus. Il est de 69 964\$ en appliquant les critères qui, selon nous, sont les plus raisonnables. Il faut bien sûr traiter ces données de façon prudente. Les statistiques sur lesquelles elles reposent mesurent peut-être imparfaitement les revenus des médecins des diverses provinces. On doit donc éviter de les interpréter, tant que des comparaisons interprovinciales plus fines de l'ICIS n'auront pas été présentées, comme des paiements en trop aux généralistes québécois. Ces chiffres doivent être vus comme des ordres de grandeur et non pas comme des valeurs absolues. Ils permettent néanmoins de montrer quel serait l'impact de l'application de critères pour refléter les écarts de richesse.

Dans le cas des spécialistes, les effets seront importants, quoique moins marqués puisque leur rémunération ne dépasse pas celle du Canada. À 441 180\$ en 2016-2017, elle est légèrement inférieure à celle du Canada, 443 550\$, ainsi qu'à celle du ROC, que nous établissons à 452 592\$.

Si l'on applique les critères d'écart de richesse, la rémunération des spécialistes québécois ETP devrait plutôt s'établir entre 356 127 \$ et 403 631 \$, comme le montre le tableau suivant. La borne inférieure est encore une fois obtenue par une comparaison avec l'Ontario, dont les spécialistes sont les moins rémunérés au Canada.

Tableau 15

Revenu des médecins spécialistes québécois après correction pour l'écart de richesse (2016-2017)

(en \$)

	Niveau de vie	Revenu disponible des ménages	Coût de la vie
Ontario (414 101)	356 127	364 409	368 550
Canada (443 550)	381 453	394 760	403 631
Reste du Canada (452 592)	375 651	389 229	402 807

Sources: CPP – Fondation Walter-J.-Somers, Institut de la statistique du Québec, Statistique Canada, adapté par l'auteur

C'est donc dire que, si l'on tient compte des écarts de richesse, la rémunération des spécialistes devrait se situer à un niveau substantiellement inférieur. Le tableau suivant présente les écarts selon les diverses hypothèses. Ils varient de 37 549 \$ à 85 053 \$. Il est de 51 951 \$ en appliquant les critères le plus appropriés selon nous, l'écart de richesse mesuré avec le revenu disponible des ménages et comparé avec le ROC.

Tableau 16

Écart entre le revenu versé aux médecins spécialistes et le revenu ajusté pour l'écart de richesse (2016-2017)

(en \$)

	Niveau de vie	Revenu disponible des ménages	Coût de la vie
Ontario	85 053	76 771	72 630
Canada	59 727	46 420	37 549
Reste du Canada	65 529	51 951	38 373

Sources: CPP – Fondation Walter-J.-Somers, Institut de la statistique du Québec, Statistique Canada, adapté par l'auteur

Les mêmes remarques s'appliquent sur la prudence à avoir dans l'interprétation de ces données. On notera toutefois qu'en général, la correction nécessaire est moins marquée que pour les généralistes. Et comme le revenu des spécialistes est plus élevé que celui des généralistes, l'impact sur leur rémunération serait moindre. Par exemple, dans le cas de l'ajustement en fonction du revenu disponible des ménages avec le reste du Canada, la réduction serait de 20,3 % pour les généralistes, contre 11,8 % pour les spécialistes.

Et n'oublions pas que, dans tous les cas de figure, le coût de la vie plus bas au Québec constitue un facteur atténuant.

4– Les critères d’efficacité et de productivité

D’autres facteurs doivent entrer dans la détermination du revenu des médecins, notamment leur offre de services et la qualité de leur contribution.

Quand on essaie de définir un niveau de rémunération comparable ou équivalent avec d’autres juridictions, c’est implicitement pour rétribuer un niveau de prestations similaires. Le niveau de rémunération, pour les médecins comme pour n’importe quel professionnel, doit aussi tenir compte du niveau d’activité, du nombre d’actes posés, des heures travaillées, du nombre de patients pris en charge, du respect de critères de performance tant qualitatifs que quantitatifs.

Ce sont ces considérations qui avaient donné le plus de fil à retordre au comité d’étude sur la rémunération en 2004, et qui avaient mené à des interprétations divergentes du rapport de l’ICIS, en raison des multiples obstacles pour comparer des situations de pratique et de rémunération souvent différentes. C’est en effet lorsqu’il s’agit de déterminer une rémunération comparable pour des services comparables que les principaux problèmes méthodologiques peuvent survenir.

De la même façon, les conditions de pratique, les arrangements administratifs et institutionnels, les formes de rémunération ayant un impact sur la pratique sont tous des facteurs dont il faut tenir compte, tout comme la nature du réseau, par exemple la place des hôpitaux et le rôle des médecins à l’intérieur de ces hôpitaux. Tous ces enjeux complexes sont d’autant plus difficiles à traiter que le Canada, et encore plus le Québec, disposent de très peu de données et de statistiques.

Même si elles sont d’une grande importance, ces questions ne font pas l’objet de ce rapport qui porte d’abord et avant tout sur le niveau de rémunération des médecins. Mais on peut néanmoins évoquer deux mesures indirectes de la charge de travail, accessibles avec les données de l’ICIS, qui permettent de jeter un certain éclairage sur ces questions et de nous aider à définir des critères pour établir le niveau de rémunération, le nombre de services et le coût de ceux-ci.

Le nombre de services

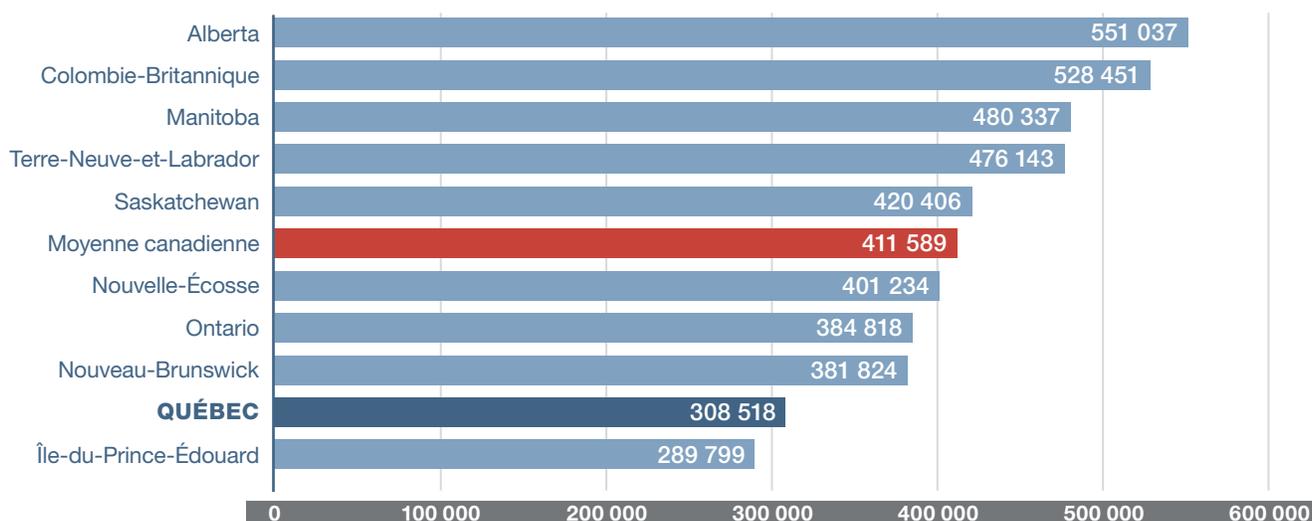
Les données de l’ICIS portent sur le nombre de services par 100 000 habitants. Le Québec se distingue à cet égard, particulièrement pour les généralistes. Dans leur cas, l’ICIS dénombrait 308 518 services médicaux effectués par 100 000 habitants en 2016-2017. Ces données ne portent que sur la médecine à l’acte. Dans l’ensemble du Canada, la prestation s’établit à 411 589, soit 33 % de plus qu’au Québec, tandis qu’elle atteint 384 818 en Ontario. La faiblesse du niveau d’activité médicale du Québec ne se retrouve nulle part ailleurs, sauf à l’Île-du-Prince-Édouard.

Pour exprimer les choses autrement, en 2017, un citoyen québécois avait accès, en moyenne, à 3,1 services de la part d’un généraliste, alors qu’en moyenne au Canada, le citoyen avait droit à 4,1 services, ou à 3,8 services en Ontario.

Cet écart important ne peut pas s’expliquer par la démographie québécoise, puisque le Québec a une population plus âgée que la moyenne canadienne et plus âgée que celle des autres provinces peuplées. En principe, cette population plus âgée devrait requérir davantage de services médicaux. L’écart ne peut pas non plus s’expliquer par le fait que ces données ne portent que sur la médecine à l’acte. Cela devrait plutôt avantager le Québec puisque, en 2016-2017, la médecine à l’acte comptait pour 72 % des revenus des généralistes québécois, un des taux les plus élevés au Canada, bien devant le 44,5 % de l’Ontario.

Graphique 12

Nombre de services des médecins généralistes par 100 000 habitants, 2016-2017



Source: ICIS, BDNM, utilisation 2017, tableau B4

Cet écart dans le nombre de services ne peut pas davantage être expliqué par le nombre moins élevé de généralistes au Québec. C'est plutôt le contraire. En 2017, avec 10 200 généralistes, le Québec compte 121 médecins par 100 000 habitants, très près de la moyenne canadienne de 120.

Une partie de l'explication tient très certainement aux habitudes de pratique et à l'impact des horaires de travail réduits de plusieurs généralistes québécois, un phénomène que nous avons abordé dans l'analyse des revenus. Cela se mesure également du côté des effectifs. En raison de la forte prévalence des horaires réduits, le nombre de médecins équivalent temps plein est bas au Québec. On dénombre 121 généralistes par 100 000 habitants, mais seulement 87 généralistes ETP par 100 000 habitants¹⁶. Plus de médecins, mais une offre médicale moindre. C'est la province qui compte la plus faible proportion de généralistes ETP, à part la Saskatchewan. Le Québec se retrouve ainsi loin derrière la moyenne canadienne de 99 ETP par 100 000 habitants.

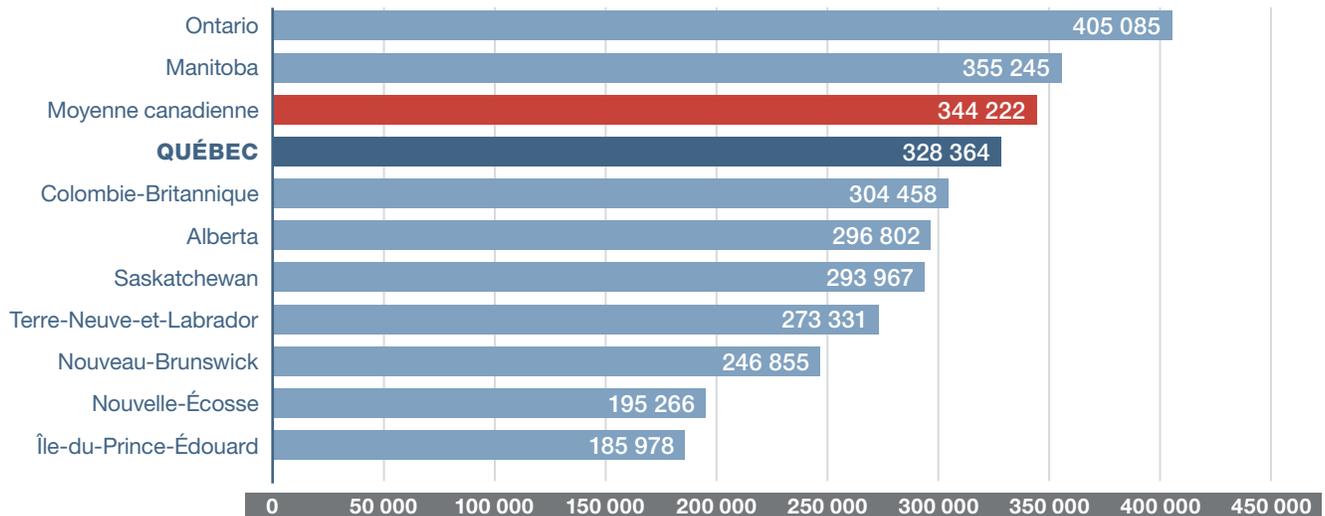
Les généralistes ETP, moins nombreux au Québec, dispensent en outre moins de services chacun qu'ailleurs au Canada. Avec 87 généralistes ETP pour 100 000 habitants et 308 518 services médicaux par 100 000 habitants, on peut déduire que chaque ETP fournit 3 546 services, loin de la moyenne canadienne de 4 460 et derrière toutes les autres provinces où l'offre se situe entre 4 000 et 5 000 services, sauf en Ontario. On dénombre seulement 3 498 en Ontario, ce qui s'explique largement par le fait que ces données ne portent que sur la médecine à l'acte, nettement moins prévalente dans la province voisine.

Ces données reflètent indirectement l'existence d'un problème auquel le gouvernement libéral de Philippe Couillard et son ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, ont voulu s'attaquer, celui de la charge de travail des généralistes.

Du côté des spécialistes, le portrait est tout autre. Le nombre de services par 100 000 habitants, à 330 332, se situe juste sous la moyenne canadienne de 341 597. Mais cette moyenne est portée vers le haut par les spécialistes ontariens, qui se distinguent avec 405 924 services. En fait, le Québec se situe au troisième rang, devancé par l'Ontario, mais aussi très légèrement par le Manitoba.

Graphique 13

Nombre de services des médecins spécialistes par 100 000 habitants, 2016-2017



Source: ICIS, BDNM, utilisation 2017, tableau B4

Cependant, la quantité élevée de services au Québec s'explique en partie par le nombre de médecins spécialistes. C'est au Québec qu'ils sont les plus nombreux, à 127 par 100 000 habitants, bien devant les 112 de l'Ontario et la moyenne de 115 du Canada.

C'est ainsi que le nombre de services par spécialiste s'établit à 2 553 par 100 000 habitants au Québec, nettement sous la moyenne canadienne de 2 943, et loin derrière les 3 596 de l'Ontario. L'écart avec le Canada est ainsi de 13,2% et avec la province voisine, de 29,1%.

Le coût des services

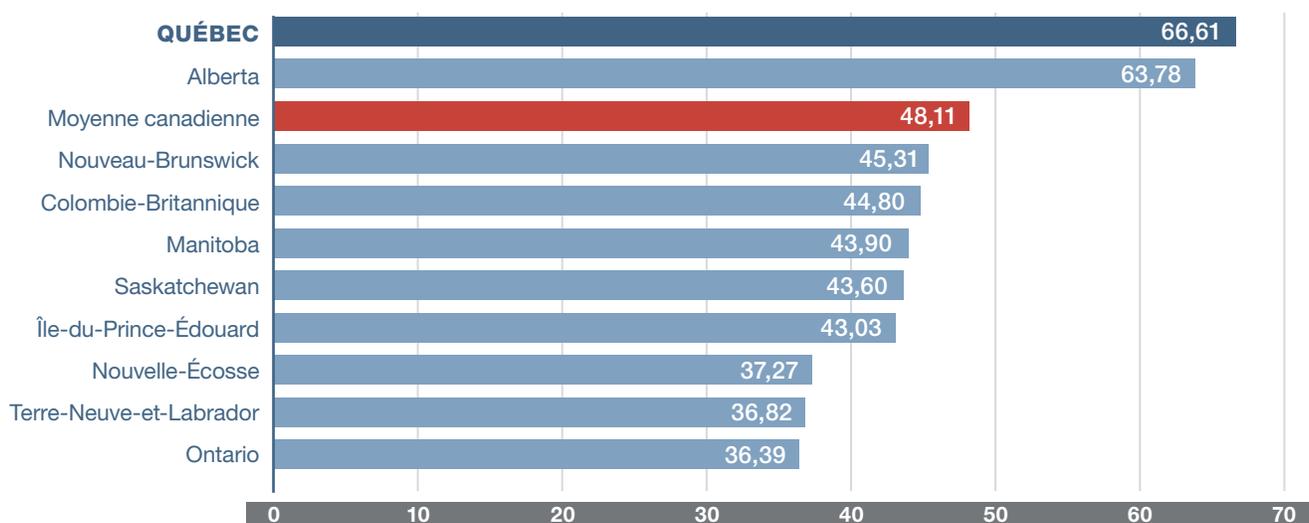
Les points d'interrogation soulevés par le nombre de services au Québec soulèvent un enjeu pertinent, d'autant qu'ils sont renforcés par d'autres données portant sur le coût des services dispensés, une autre variable essentielle pour mesurer la productivité des activités médicales.

Les données de l'ICIS révèlent que le coût par service livré par les médecins est plus élevé au Québec que dans toutes les autres provinces canadiennes. L'écart est considérable dans le cas des généralistes québécois, avec un coût par service de 66,61 \$ en 2016-2017, bien au-delà de la moyenne canadienne de 48,11 \$. Chaque service (consultations, évaluations, interventions, etc.) coûtait 38,5 % plus cher au Québec que dans l'ensemble du Canada, et 83,0 % de plus qu'en Ontario. Dans les autres provinces, ce taux se situe globalement entre 36 \$ et 45 \$, à l'exception de l'Alberta, où il atteint 63,78 \$, un niveau élevé, mais inférieur à celui du Québec.

Graphique 14

Coût par service des médecins généralistes, 2016-2017

(en \$ par service)



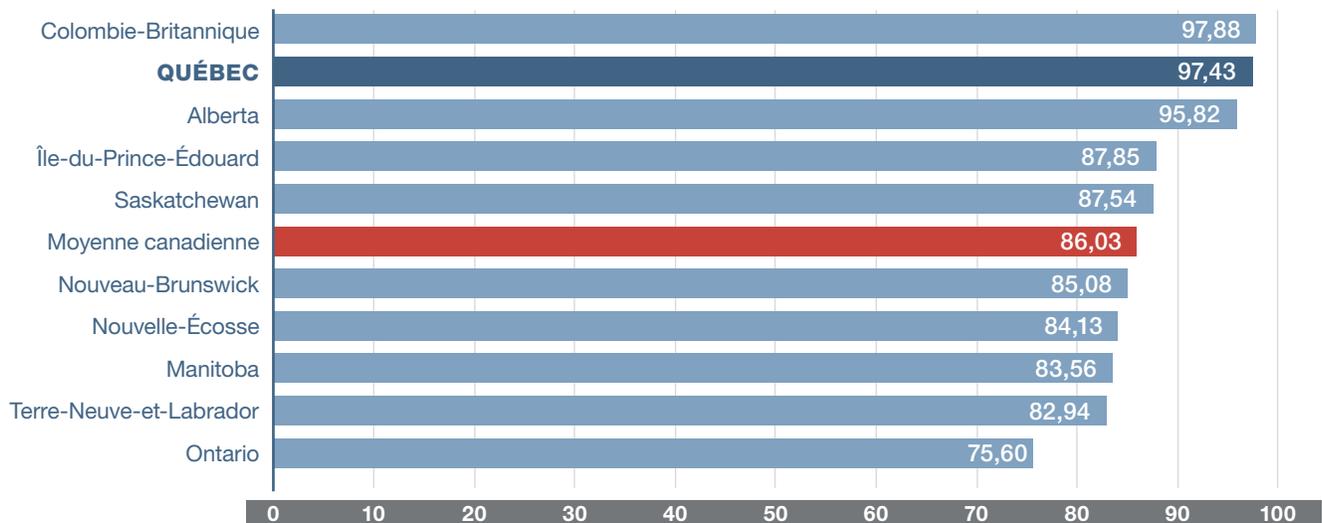
Source: ICIS, BDNM, utilisation 2017, tableau B.3

En ce qui a trait aux spécialistes, les écarts sont réels, mais moins marqués. Avec un coût par service de 97,43\$, le Québec n'est pas seul en tête de peloton. La Colombie-Britannique, avec 97,88\$, et l'Alberta, avec 95,82\$, affichent des coûts unitaires similaires. Il n'en demeure pas moins qu'ailleurs, ces coûts unitaires se situent entre 82\$ et 88\$, avec la notable exception de l'Ontario, où ils sont de 75,60\$, soit 22,4% de moins qu'au Québec. Et même si l'écart avec les coûts moyens canadiens de 86,03\$ est trois fois moins important que dans le cas des généralistes, les coûts unitaires des spécialistes québécois dépassent quand même de 13,3% la moyenne canadienne.

Graphique 15

Coût par service des médecins spécialistes, 2016-2017

(en \$ par service)



Source: ICIS, BDNM, utilisation 2017, tableau B3

Ces résultats reposent en partie sur une évidence arithmétique. Si les médecins québécois, à rémunération supérieure ou équivalente, dispensent moins d'actes que dans les autres provinces, il en découle naturellement que les coûts unitaires seront plus élevés.

Il est possible que ces écarts s'expliquent aussi par des différences dans les habitudes de pratique, l'organisation des soins de santé ou les modes de facturation, par exemple le travail en équipe en Ontario. On peut noter que les coûts unitaires peuvent varier considérablement d'une province à l'autre, selon les spécialités médicales et la nature des consultations et des interventions.

Ces deux séries de données ne peuvent pas, à elles seules, permettre de poser un diagnostic sur l'offre de services des médecins québécois, et encore moins sur la qualité et l'efficacité de leur pratique. Mais elles soulèvent des questions, et peuvent être vues comme des voyants lumineux.

Il n'en reste pas moins que des réponses sont requises pour expliquer pourquoi le nombre et le coût des actes sont plus élevés au Québec qu'ailleurs au pays, surtout chez les généralistes. Ces écarts justifient une analyse, dont les résultats doivent être connus, pour s'assurer que le débat public nécessaire sur la rémunération des médecins puisse prendre en compte l'ensemble des données pertinentes. Et pour mettre fin à un système opaque, où l'on sait très peu de choses sur la façon dont les fédérations médicales gèrent et répartissent les sommes globales qui leur sont consenties par négociation.

Une baisse de la prestation

Dans un rapport de recherche réalisé en 2018 pour le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec et intitulé *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec*¹⁷, Damien Contandriopoulos (Université de Montréal) et Astrid Brousselle (Université de Sherbrooke) en arrivaient aux conclusions suivantes :

«L'effectif médical du Québec a crû de 17 % entre 2006 et 2015, ce qui est nettement plus rapide que le 5 % de croissance démographique qu'a connu la province durant cette période. Chez les médecins omnipraticiens, le nombre d'actes est passé de 26,74 millions d'actes réalisés en 2006 à 24,54 millions en 2015, soit une baisse de 8,2 %. Chez les médecins spécialistes, le nombre ajusté d'actes (voir annexe méthodologique) est passé de 37,85 millions d'actes réalisés en 2006 à 41,29 millions en 2015, soit une hausse de 9,1 %. Toutefois, ces derniers chiffres doivent être interprétés avec prudence, la structure des actes ayant changé.»

«Au cours de la période d'étude, le nombre moyen de visites par médecin omnipraticien a diminué de 3 118 à 2 581, ce qui représente une baisse de 17 % en 10 ans. De même, le nombre moyen de visites par médecin spécialiste a diminué de 3 421 à 3 000, ce qui représente pour sa part une baisse de 12 % en 10 ans. Le nombre moyen de jours travaillés pour la RAMQ chez les médecins omnipraticiens est passé de 203 jours par an en 2006 à 194 jours par an en 2015, ce qui représente une baisse de 4,5 %. Chez les médecins spécialistes, la tendance est très similaire avec une baisse de 210 jours par an en 2006 à 203 jours par an en 2015, soit une diminution de 3,1 %.»

«Ces données montrent que les investissements majeurs pour augmenter le niveau de rémunération des médecins ont été accompagnés d'une baisse de la production de soins.»

Ces conclusions vont dans le même sens que les données que nous avons analysées. Elles semblent indiquer que l'augmentation de la rémunération s'est accompagnée d'une baisse de la prestation de soins, qui contribue à expliquer le niveau élevé des coûts unitaires.

Si nous juxtaposons ces deux ensembles de données, nous pouvons constater qu'au Québec, même s'ils sont un peu plus nombreux qu'ailleurs, les généralistes assurent au total 33 % moins de services par médecin que la moyenne canadienne, en partie parce que leur semaine de travail moyenne est moins grande. En outre, ces services ont un coût supérieur de 38,5 %. Pour ce qui est des spécialistes, avec des coûts unitaires de 13,3 % plus élevés qu'au Canada dans son ensemble, ils offrent 13,2 % de moins de services par médecin.

Outre les différences dans le fonctionnement du système et dans la façon d'exercer la médecine, ces écarts significatifs reflètent vraisemblablement des différences dans l'organisation du travail et dans le comportement professionnel des généralistes québécois, soit les heures travaillées et la prise en charge des patients. Ce sont là des variables dont il faut tenir compte. En somme, ces critères de performance et de production, une fois qu'on pourra les préciser et les expliquer, doivent entrer dans l'établissement de la rémunération.

Nous pouvons ainsi lier les conclusions des deux dernières parties de ce rapport. D'une part, nous avons établi que la rémunération des médecins, tant généralistes que spécialistes, dépasse le niveau qui serait raisonnable si on prend en compte les écarts de richesse entre le Québec et le reste du Canada. Ensuite, nous avons démontré que leur prestation, en matière de coût par service et du nombre de services offerts par médecin, est inférieure à celle des autres médecins canadiens.

Conséquemment, il ne semble pas y avoir de considérations liées à la productivité qui pourraient justifier le fait que les médecins québécois reçoivent des revenus supérieurs à ce que la prise en compte des écarts de richesse suggère.

17 (Contandriopoulos, Damien et coll. 2018)

5– Les critères des politiques de santé

Un dernier ensemble de critères ne porte pas sur la rémunération individuelle des médecins, mais plutôt sur leur rémunération collective: le poids de l'enveloppe qui leur est consacrée dans les dépenses de santé. Ces critères ne nous informent pas sur la situation personnelle des médecins, mais davantage sur l'organisation des soins. Ce sont des mesures qui permettent une comparaison entre les systèmes de santé et qui peuvent fournir des balises propres à orienter les politiques publiques.

Pas de dérapage

Contrairement à ce que l'on peut croire, le Québec n'est pas une province qui se distingue par son niveau élevé de dépenses de santé, malgré sa population en moyenne plus âgée. En 2018, selon l'ICIS (base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS), tableau B.4.2), les dépenses en santé du gouvernement québécois étaient de 4 388\$ par habitant, un niveau parmi les plus bas au Canada. Deux seules autres provinces dépensent moins, soit l'Ontario (4 063\$) et la Colombie-Britannique (4 269\$).

Cependant, comme le niveau d'activité économique du Québec est moins élevé, l'effort en santé par rapport au PIB y est plus élevé. Les dépenses en santé équivalaient ainsi à 13,2% du PIB québécois en 2018, bien devant les 10,9% de l'Ontario et la moyenne canadienne de 11,3%. Cela s'explique en partie par le fait qu'en dollars, le Québec consacre à la santé un montant équivalant à celui que l'on observe ailleurs au Canada. L'effort exigé est donc plus important, puisque cela représente une proportion plus grande de son PIB. C'est ainsi qu'au Canada, les provinces plus pauvres consacrent une part plus grande de leur PIB à la santé.

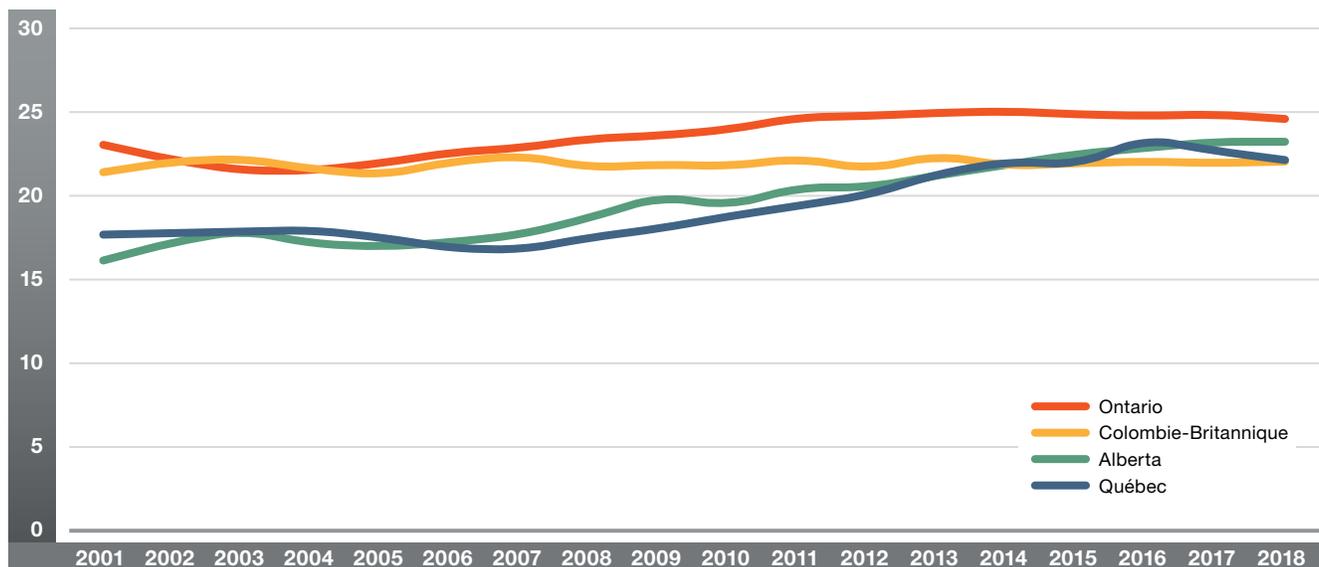
Par contre, le Québec s'est distingué de deux façons ces dernières années en ce qui a trait à ses dépenses globales en santé. D'abord, la croissance de celles-ci a été plus forte que dans les autres provinces. Entre 2014 et 2017, elles ont crû de 16,7%, loin devant la croissance moyenne de 11,9% au Canada, et de 10,1% en Ontario. La hausse des salaires des médecins n'y est pas étrangère.

Ensuite, comme le montre le graphique 16, l'augmentation de la rémunération et le rattrapage ont fait en sorte que les ressources destinées aux médecins ont pris une place croissante dans les dépenses de santé totales. À compter de 2008, année où le rattrapage s'est amorcé, jusqu'en 2018, la rémunération totale des médecins est passée de 4,21 G\$ à 8,21 G\$. Cette hausse de presque 100 % en dix ans a eu pour effet prévisible d'augmenter la part de l'enveloppe destinée aux médecins dans les dépenses totales.

Dans l'ensemble des dépenses de santé du gouvernement québécois, la part consacrée aux médecins, qui avait oscillé entre 16,8 % et 17,8 % de 2000 à 2008, a commencé à augmenter à partir de 2009, pour atteindre un sommet de 22,7 % en 2016. Elle a recommencé à baisser depuis, si bien qu'en 2018, cette proportion s'établit à 22,2 %.

Graphique 16

Dépenses pour les médecins en % des dépenses en santé (en %)



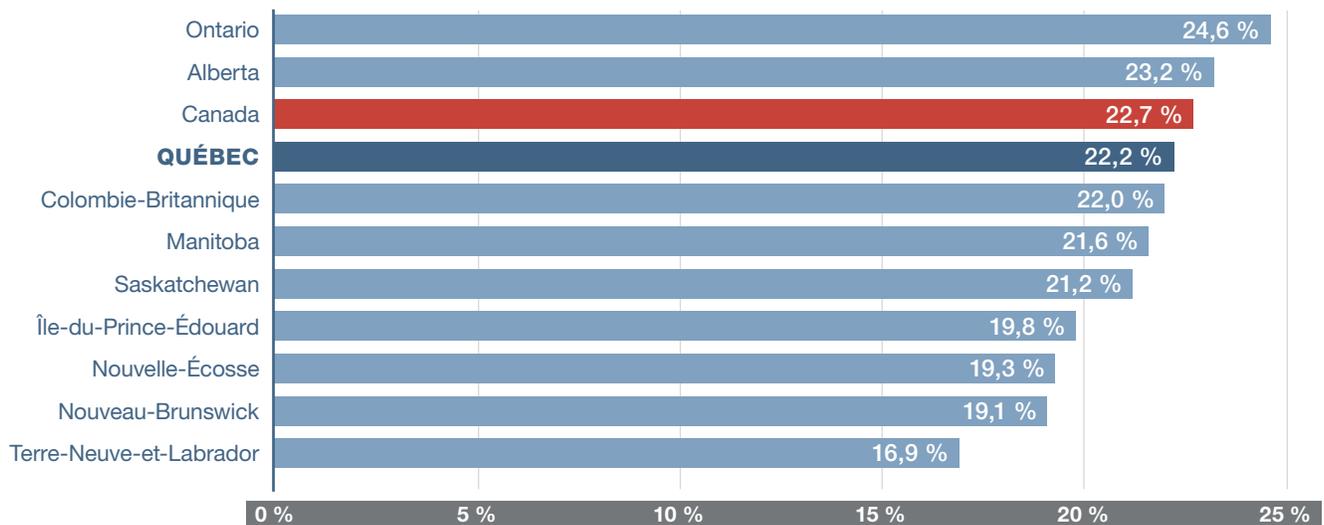
Source : ICIS Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018, Série D.4

Toutefois, malgré ces augmentations importantes, la part que consacre le gouvernement du Québec aux médecins, même si elle est élevée historiquement, n'est pas une anomalie par rapport aux normes canadiennes. Le pourcentage des ressources consacrées aux médecins est de 22,7 % pour l'ensemble du Canada. Il atteint 24,6 % en Ontario, 23,2 % en Alberta et 22,0 % en Colombie-Britannique. Sans être hors normes, ce niveau de dépense reste cependant élevé, le Québec se classant au troisième rang canadien. On peut par ailleurs noter que ce sont dans les quatre provinces les plus peuplées et les plus urbanisées que le poids des médecins dans les dépenses totales de santé est le plus élevé. Peut-être y a-t-il là un phénomène lié à la complexité de leur système de santé.

On doit aussi noter que c'est un enjeu que le gouvernement du Québec a semblé reconnaître lors des dernières négociations qui, selon ses évaluations, mèneraient à une stabilisation de la rémunération des médecins, pour la ramener à une cible de 20 % des dépenses en santé du gouvernement.

Graphique 17

Dépenses pour les médecins en % des dépenses du gouvernement provincial en santé, 2018



Source : ICIS, série F.2 pour le Canada, Série D.2 pour les provinces

Une autre façon de situer l'effort québécois consiste à chiffrer les dépenses par habitant consacrées aux médecins. À 964\$, le Québec se situe bien en dessous de la moyenne canadienne de 1 000\$ et des 1 004\$ payés en Ontario, et derrière toutes les autres provinces, sauf les Maritimes. Il s'agit toutefois d'un effort important exigé des Québécois quand on tient compte de leurs revenus. En effet, pour leurs médecins, ils paient 4 % de moins que les Ontariens et 3,6 % de moins que les Canadiens, alors que les écarts de leurs revenus sont deux fois plus élevés (9,9 % avec l'Ontario et 8,3 % avec l'ensemble du Canada pour le salaire hebdomadaire). Et cet écart est encore plus élevé si on utilise le revenu disponible des ménages comme base de comparaison.

Tableau 17

Dépenses pour les médecins, 2018

	Proportion des dépenses en santé (%)	Par habitant (\$)
Canada	22,7%	1 000
Terre-Neuve-et-Labrador	16,9%	912
Île-du-Prince-Édouard	19,8%	932
Nouvelle-Écosse	19,3%	906
Nouveau-Brunswick	19,1%	864
Québec	22,2%	964
Ontario	24,6%	1 004
Manitoba	21,6%	1 031
Saskatchewan	21,2%	969
Alberta	23,2%	1 184
Colombie-Britannique	22,0%	941

Source : Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018 : Tableaux de données – Séries D.2 et F.2

Bref, même s'il y a eu un déplacement de ressources vers la population médicale, il ne semble pas y avoir eu de dérapage au Québec. L'effort financier consacré aux dépenses pour les médecins n'est pas en soi déraisonnable quand on regarde la part des dépenses de santé consacrées aux médecins. Cependant, les dépenses par habitant sont élevées lorsqu'on les regarde à la lumière de l'écart entre le revenu par habitant du Québec et la moyenne canadienne.

Un dépassement coûteux

Une autre façon de mesurer la charge supportée par le Québec pour les paiements à ses médecins consiste à mesurer l'impact financier du niveau de rémunération que le gouvernement a consenti à verser au terme des négociations avec les fédérations médicales.

Il s'agit d'un exercice d'induction mécanique, qui consiste à multiplier la réduction de la rémunération qui serait obtenue par l'application des critères liés aux écarts de richesse par le nombre de médecins. Cela ne permet pas de mesurer le trop-payé du gouvernement ou encore les économies qu'il réaliserait, parce que les niveaux de rémunération compilés par l'ICIS, et donc les écarts entre les provinces, peuvent être sujets à révision. Mais cet exercice permet d'obtenir un ordre de grandeur des sommes en jeu.

Dans le cas des généralistes, nous avons vu que si on ajustait leur rémunération pour tenir compte des écarts de richesse, en utilisant des critères se situant au milieu de la fourchette, soit le revenu disponible des ménages comme mesure de richesse et le ROC comme base de comparaison, leur revenu annuel devrait être réduit de 69 964 \$. Pour 7 226 médecins ETP, cela représenterait un total de 505,6 M\$. Le montant serait plus élevé si on comparait la différence de revenu disponible des ménages avec l'Ontario (soit 594,7 M\$) et moins élevé si on s'en tenait aux différences du coût de la vie avec le ROC (soit 436,4 M\$).

Dans le cas des spécialistes, toujours avec le revenu disponible des ménages comme mesure de richesse et le ROC comme base de comparaison, une réduction annuelle de la rémunération de 51 951 \$ pour 6 994 médecins ETP, représenterait 363,3 M\$. Les montants seraient beaucoup plus élevés si la base de comparaison était l'Ontario. Par exemple, l'utilisation des différences dans le coût de la vie avec la province voisine représenterait une somme totale de 508 M\$.

Pour les deux groupes de médecins, cela représente une dépense annuelle de 868,9 M\$ avec le critère du revenu disponible comparé à celui du ROC. La fourchette des écarts se situe entre 704,8 M\$, avec le critère des différences du coût de la vie entre le Québec et le ROC, et 1,08 G\$ en se basant sur une différence du coût de la vie avec l'Ontario.

On se souvient qu'en campagne électorale – car il est impossible de ne pas tenir compte du contexte politique quand il s'agit de rémunération des médecins –, le gouvernement Legault avait promis de retrancher 1 G\$ à la rémunération des médecins spécialistes, un engagement maintenant en sourdine en attendant l'étude plus détaillée de l'ICIS.

Si le total de 868,9 M\$ obtenu par notre calcul mécanique n'est pas très éloigné de cette cible gouvernementale, sa répartition est toutefois très différente. C'est du côté des généralistes que le rattrapage semble avoir le plus dépassé sa cible et que la rémunération s'éloigne le plus d'une situation d'équilibre qui refléterait la réalité économique québécoise et son niveau de richesse. Autrement dit, si un gouvernement voulait imposer un mécanisme de récupération salariale, ces données suggèrent que les spécialistes ne devraient pas être la seule cible et qu'en proportion, ce sont les généralistes qui devraient en assumer la part la plus importante.

Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, il faudrait toutefois que ces données soient préalablement validées par des études plus poussées. Ce calcul, pour être significatif, devra également prendre en compte le niveau de prestation des services.

Conclusions et recommandations

Conclusions

Une analyse méthodique de la rémunération des médecins à l'abri des considérations politiques ou corporatistes montre qu'on assiste, au Québec, à un phénomène de surrémunération des médecins. Les données de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent que, dans le cas des généralistes, le rattrapage des rémunérations fait en sorte qu'avec la mesure classique des paiements cliniques moyens, la rémunération québécoise est maintenant très proche de la moyenne canadienne, qui ne la dépasse que par 5,8%. Mais avec une mesure plus raffinée, qui tient compte de la charge de travail et qui permet de meilleures comparaisons avec les autres provinces, celle des paiements aux médecins ETP, le revenu des généralistes québécois dépasse celui de leurs confrères ontariens et de la moyenne canadienne. Dans le cas des spécialistes québécois, les revenus sont supérieurs à ceux de l'Ontario et du Canada à partir de la mesure des paiements cliniques bruts. Ils dépassent ceux de l'Ontario et égalent ceux du Canada en utilisant la mesure des équivalents temps plein. En somme, ces données confirment l'impression souvent exprimée, à savoir que l'objectif de rattrapage salarial des médecins québécois a maintenant été atteint et qu'il a même été dépassé.

Pour évaluer si ces revenus observés sont souhaitables et optimaux, nous avons proposé cinq critères d'analyse. Le premier, portant sur une comparaison avec les rémunérations consenties ailleurs dans le monde, montre que le Canada, pour les généralistes et les spécialistes, se classe parmi le petit groupe de pays industrialisés où le revenu des médecins est le plus élevé, et donc, par la même occasion, que le Québec se retrouve également dans le peloton de tête, même si son niveau de vie est l'un des plus bas des économies avancées membres de l'OCDE.

Le second critère porte sur l'équité de ces revenus par rapport à ceux de la population et des autres professionnels de la santé. L'écart des revenus des médecins québécois, tant généralistes que spécialistes, avec les salaires moyens dépasse l'écart canadien. L'écart avec le personnel en soins infirmiers est le plus élevé au Canada.

Le troisième critère consiste à tenir compte du contexte économique, qui reflète la capacité de payer, et de l'écart de richesse entre le Québec et le ROC, un facteur sur lequel il existe un consensus au Québec. Le rapport évalue l'effet de diverses mesures de richesse. Avec la mesure qui se situe au milieu de la fourchette, soit le revenu disponible des ménages par habitant dans une comparaison avec le ROC, le revenu des médecins devrait équivaloir à 86% de ceux du reste du Canada. Or, en appliquant ce critère de façon stricte, on peut déduire qu'en 2016-2017, les généralistes québécois ont touché, en moyenne, 69 964\$ de plus par année que si on avait respecté l'écart de richesse avec les médecins canadiens. Dans le cas des spécialistes, le montant payé en trop s'établit à 51 951\$.

Selon le quatrième critère, celui de la productivité, de la qualité et de la quantité des services que les médecins doivent produire en échange de leur rémunération, les données dont nous disposons avec l'ICIS montrent que la prestation des médecins québécois est inférieure à celle de la moyenne canadienne au chapitre du coût des services unitaires et du nombre de services.

Enfin, le cinquième critère porte sur la place de la rémunération des médecins au sein des politiques de santé. L'analyse montre que si la hausse de la rémunération médicale a augmenté la part des paiements aux médecins dans l'ensemble des dépenses de santé, cette proportion reste à un niveau comparable à celle de plusieurs autres provinces et que cela n'a pas mené à une perte de contrôle. Cependant, l'effort exigé des Québécois pour financer le revenu des médecins est plus élevé qu'ailleurs au Canada quand on tient compte de leur plus faible niveau de richesse.

Recommandations

Cette étude ne porte pas sur les politiques de santé en tant que telles, mais sur le niveau de rémunération des médecins. Les recommandations que nous pouvons tirer de cette étude se limiteront donc à ce qui est son champ de réflexion.

- Il n'existe pas de balises claires pour guider l'État dans l'établissement d'une rémunération juste pour les médecins. Il semble donc important que le gouvernement du Québec se dote d'outils d'analyse qui lui permettront de faire un suivi constant de la rémunération des médecins. De la même façon, l'État québécois et ses partenaires du monde médical doivent définir des critères clairs qui pourront servir de paramètres pour déterminer cette rémunération.
- Ces outils de mesure, ainsi que les critères de rémunération, doivent être publics et accessibles pour mettre fin à l'opacité qui a entouré depuis des décennies la rémunération des médecins. Cette opacité a été bien illustrée par le fait que l'existence du dépassement salarial n'a pas été annoncé par des documents publics mais révélé par les médias.¹⁸ Un grand nombre d'informations pertinentes ne sont pas accessibles dans le cadre du débat public, ce qui nuit à la transparence. Cela est également le cas pour les données dont dispose la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Au nom de cette même transparence et de l'importance d'un débat public éclairé, le rétablissement de la fonction de commissaire à la santé et aux services sociaux constitue une initiative heureuse.
- Les données de l'ICIS fournissent des détails inquiétants sur la prestation de service des médecins québécois, sur le coût des services et sur le nombre de services assurés par ceux-ci. Il est possible que ces statistiques doivent être contextualisées et raffinées, ou qu'il y ait des explications à ces résultats troublants. Ce n'est pas l'objet de cette étude. Mais les questions qu'elles soulèvent sont assez importantes pour que le Québec s'engage dans une évaluation plus fouillée de la tâche et de la charge des médecins québécois. Pour éviter des pressions lors des négociations, cette analyse devrait être faite par une partie neutre et indépendante.
- Les mécanismes de négociation entre le gouvernement et les fédérations médicales portent sur l'enveloppe globale de rémunération. La répartition de cette enveloppe entre les spécialités médicales et le contrôle sur plusieurs éléments de la rémunération restent entre les mains des fédérations elles-mêmes. Cela pose des problèmes en matière de gouvernance, car un grand nombre d'outils de gestion échappent à l'État.
- L'analyse des données sur la rémunération a également mis en relief le fait que la prévalence de la rémunération à l'acte reste plus importante au Québec que dans d'autres provinces canadiennes. Les résultats obtenus dans cette étude sur le coût important des services médicaux ainsi que sur l'insuffisance de l'offre de services suggèrent que le gouvernement du Québec devrait accélérer sa réflexion sur les modes de rémunération des médecins pour faire en sorte que les sommes qui leur sont versées permettent à l'État de mieux atteindre ses objectifs en matière de prestation de soins.
- Enfin, les calculs de cette étude montrent que les sommes versées aux médecins sont nettement supérieures à une rémunération qui prendrait en compte les écarts de richesse collective. Cela porte à conclure qu'il faudrait, en toute logique, se préparer à des mécanismes de correction pour assurer un retour à l'équilibre. Il n'est toutefois pas évident que l'approche la plus sage, de la part du gouvernement du Québec, serait celle d'une récupération salariale. D'abord en raison des contraintes légales liées au non-respect d'une entente librement consentie. Ensuite en raison du climat de tension et des risques de paralysie du réseau que pourrait provoquer une stratégie d'affrontement. Finalement, comme on l'a vu tout au long de cette étude, parce que les comparaisons avec le reste du Canada et la détermination d'une rémunération optimale sont très difficiles à établir. Toute récupération reposerait ainsi sur une base arbitraire.
- Les indications très claires de l'existence d'une surrémunération justifieraient toutefois d'autres interventions. D'abord, un gel ou une croissance très lente de la rémunération, que l'on observe d'ailleurs dans les dernières ententes avec les fédérations. Ensuite, des réaménagements des enveloppes salariales permettant à l'État d'obtenir de meilleurs résultats en matière de services pour les sommes qu'il a consenties. Enfin, l'utilisation, par le gouvernement, de l'existence de ce déséquilibre dans les rémunérations comme levier lui donnant un meilleur rapport de forces pour modifier les modes de rémunération et la pratique médicale.

18 («Les médecins mieux payés au Québec qu'en Ontario», Francis Vailles, La Presse +, 18 janvier 2016).

Annexe A – Bibliographie

CONTANDRIOPOULOS, Damien, BROUSSELLE, Astrid, BRETON, Mylaine, DUHOUX, Arnaud, HUDON, Catherine, VADEBONCŒUR, Alain (2018), *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*.

DESLAURIERS, Jonathan, GAGNÉ, Robert et PARÉ, Jonathan (2019), *Productivité et prospérité au Québec, Bilan 2018*, Centre sur la productivité et la prospérité – Fondation Walter-J.-Somers.

DUTRISAC, Robert,
« Les médecins spécialistes exigent un rattrapage d'au moins 500 millions », *Le Devoir*, 30 novembre 2004.

FORTIN, Pierre,
« Pourquoi les médecins sourient-ils? », *L'actualité*, 28 avril 2016.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006), *Rapports sur les paiements moyens par médecin, Canada, 2002-2003 et 2003-2004*. ICIS.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2015), *Méthodes de calcul des paiements cliniques moyens par médecin à l'aide des données détaillées sur les autres modes de paiement*, ICIS.

OCDE (2017). *Panorama de la santé 2017 – Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.

PARÉ, Isabelle (2013), *Profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2010-2011*, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).