

2012s-13

**Portrait de la rémunération des médecins
de 2000 à 2009**

Stéphanie Boulenger, Joanne Castonguay

Série Scientifique
Scientific Series

**Montréal
Mai 2012**

© 2012 *Stéphanie Boulenger, Joanne Castonguay*. Tous droits réservés. *All rights reserved*. Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.
Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère du Développement économique,
de l'Innovation et de l'Exportation

Partenaires corporatifs

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Royale du Canada
Banque Scotia
Bell Canada
BMO Groupe financier
Caisse de dépôt et placement du Québec
CSST
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Financière Sun Life, Québec
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada
Investissements PSP
Ministère des Finances du Québec
Power Corporation du Canada
Rio Tinto Alcan
State Street Global Advisors
Transat A.T.
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École Polytechnique de Montréal
HEC Montréal
McGill University
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

Les cahiers de la série scientifique (CS) visent à rendre accessibles des résultats de recherche effectuée au CIRANO afin de susciter échanges et commentaires. Ces cahiers sont écrits dans le style des publications scientifiques. Les idées et les opinions émises sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement les positions du CIRANO ou de ses partenaires.

This paper presents research carried out at CIRANO and aims at encouraging discussion and comment. The observations and viewpoints expressed are the sole responsibility of the authors. They do not necessarily represent positions of CIRANO or its partners.

ISSN 1198-8177

Portrait de la rémunération des médecins de 2000 à 2009

Stéphanie Boulenger¹, Joanne Castonguay²

Sommaire exécutif

Le système de rémunération des médecins est au cœur de longues négociations entre le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) et les fédérations de médecins. Ces négociations mènent à des ententes ou accords-cadres qui ont pour objet, entre autres, de modifier le mode et le montant de la rémunération des médecins. Depuis 2000, deux changements majeurs sont survenus à cet égard : création des groupes de médecine familiale (GMF) en 2002 et introduction de la rémunération mixte en 1999. Par ailleurs, la littérature empirique et scientifique montre que les modes et structures de rémunération des médecins affectent leurs comportements au regard du nombre et du type d'actes médicaux posés et de la qualité de ces actes. Les auteurs de cette étude se demandent si les modifications dans les modes de rémunération des médecins survenues au Québec depuis une dizaine d'années s'alignent avec la littérature scientifique sur ce sujet.

Pour répondre à cette question, cette étude aborde en premier lieu le système actuel de rémunération des médecins québécois et explique les différents modes possibles, ainsi que leurs avantages et désavantages. En deuxième lieu, l'étude présente une analyse descriptive de l'évolution des montants rémunérés entre 2000 et 2009, par type de rémunération et lieu de pratique pour l'ensemble des médecins, pour les omnipraticiens et pour les spécialistes. Ceci permet de mettre en évidence la répartition des différents modes de rémunération et son évolution entre 2000 et 2009.

Le constat est que ces deux réformes ont effectivement mené à des modifications dans la répartition des dépenses en rémunération des médecins en fonction des modes de rémunération et aussi à des modifications dans la répartition des lieux de facturation.

Chez les omnipraticiens, on observe une baisse, en pourcentage des dépenses totales, de la rémunération à l'acte (RA) au profit de la capitation (ou forfaits). Mais la RA demeure le mode de rémunération le plus courant et de loin, qui représente 68 % des dépenses en rémunération des omnipraticiens. Les GMF et les cliniques privées sont le lieu privilégié de facturation des actes avec 57 % des dépenses ou 71 % du nombre d'actes facturés. Par contre, l'augmentation

¹ CIRANO.

² CIRANO, stephanie.boulenger@cirano.qc.ca

des GMF ne semble pas s'être traduite en un accès accru aux médecins de famille, car depuis l'implantation des GMF en 2002, le pourcentage de personnes ayant un médecin de famille régulier au Québec a diminué de 3 % et l'accès en dehors des heures normales de bureau n'est pas meilleur qu'avant.

Les médecins spécialistes ont, depuis environ l'année 2000, de plus en plus recours à la rémunération mixte qui occupe maintenant presque 20 % des dépenses en rémunération des spécialistes. Leur principal lieu de facturation en 2009, tous modes de rémunération confondus, est les CHSCD, suivi des cliniques externes et des cliniques privées et des GMF. On constate aussi qu'en comparaison du nombre d'actes facturés par les omnipraticiens, qui a augmenté de 18 %, le nombre d'actes facturés par les spécialistes n'a augmenté que de 8 % entre 2000 et 2009. Il semble donc que la rémunération mixte a bien eu pour effet de limiter la croissance des actes facturés.

Cette analyse, qui se veut plutôt un portrait, met en évidence que le système de rémunération est complexe et varié et qu'il a des répercussions sur le comportement des médecins. Cela se reflète en partie dans les modifications de la répartition des différents modes de rémunération et des lieux de facturation. Cette analyse fait aussi surgir bien des questions sur l'impact de ces réformes qui ont été mises en place afin d'améliorer le système de santé : que ce soit en termes d'accès, de qualité ou pour limiter les dépenses. Il devient alors impératif, pour la société québécoise, d'évaluer ces réformes et de déterminer si elles ont produit les effets qu'elles étaient censées créer.

Liste des acronymes

CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CP	Clinique privée
CR	Clinique-réseau
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de la santé publique
ETP	Équivalent temps-plein
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
RA	Rémunération à l'acte
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SLE	Services de laboratoire en établissement

Table des matières

Sommaire exécutif	3
Liste des acronymes	5
Introduction.....	8
La rémunération des médecins au Québec	8
Méthodologie et source de données	14
Portrait d'ensemble de la rémunération	15
Portrait de la rémunération des médecins omnipraticiens	16
Portrait de la rémunération des médecins spécialistes.....	22
Conclusion	26
Bibliographie	28
Annexe 1 : Rémunération des omnipraticiens.....	30
Annexe 2 : Rémunération des spécialistes.....	31

Liste des figures

Figure 1: Rémunération totale des médecins omnipraticiens et spécialistes (milliards, \$ constants), Québec, 2000-2009	15
Figure 2 : Types de rémunération des omnipraticiens en pourcentage de la rémunération totale, Québec, 2000 et 2009.....	17
Figure 3: Lieux de facturation des omnipraticiens, Québec, 2000 à 2009	19
Figure 4: Pourcentage de personnes déclarant avoir un médecin de famille régulier, Québec (Statistique Canada, 2009).....	21
Figure 5: Difficultés d'accès à des soins immédiats pour un problème de santé mineur, parmi ceux qui ont eu besoin de soins à n'importe quel moment de la journée, population à domicile de 15 ans et plus, Pourcentage, Québec, 2003 à 2009	22
Figure 6: Répartition de la rémunération des spécialistes par type de rémunération, 2000 et 2009, Québec	23
Figure 7: Répartition des montants rémunérés des spécialistes par lieu de facturation, 2000 à 2009, Québec	24

Liste des tableaux

Tableau 1: Nombre de médecins totaux, omnipraticiens et spécialistes au Québec entre 2000 et 2009.....	15
Tableau 2: Types de rémunération de l'ensemble des médecins en pourcentage de la rémunération totale, Québec, 2000 et 2009	16
Tableau 3 : Variation des montants entre 2000 et 2009 par type de rémunération et sources d'augmentation.....	18
Tableau 4: Taux de croissance annuel moyen entre 2000 et 2009 par type de rémunération	18

Tableau 5: Investissements du MSSS dans les GMF, 2002 à 2011.....	20
Tableau 6: Répartition des montants rémunérés par type de rémunération selon le lieu de facturation, 2000 et 2009 (%)	24
Tableau 7: Variation des montants entre 2000 et 2009 par type d'acte et sources d'augmentation.....	26

Introduction

La rémunération des médecins occupe une part non négligeable des dépenses publiques de santé au Québec, soit en moyenne 16 % sur la période 2000-2010, en deuxième place après les dépenses pour les hôpitaux qui représentent 36 % des dépenses publiques de santé (ICIS, 2011). Le système de rémunération des médecins est au cœur de longues négociations entre le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) et les fédérations de médecins, soit la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Ces négociations mènent à des ententes ou accords-cadres, dont les derniers en date couvrent la période 2010-2015, qui ont pour objet, entre autres, de modifier le mode et le montant de la rémunération des médecins. Depuis 2000, plusieurs changements majeurs sont survenus à cet égard : création des groupes de médecine familiale (GMF) en 2002, introduction de la rémunération mixte en 1999, augmentation de la rémunération pour rattraper l'écart avec d'autres provinces, etc.

La littérature empirique et scientifique montre bien que les modes et structures de rémunération des médecins affectent leurs comportements au regard du nombre et du type d'actes médicaux posés et de la qualité de ces actes. La rémunération à l'acte a souvent comme effet, par exemple, la sur-prestation de soins et n'est pas adaptée à la médecine préventive. La capitation incite quant à elle le médecin à fournir moins de soins et la rémunération mixte permet de limiter les effets négatifs de ces deux derniers modes. (Hennig-Schmidt, Selten, & Wiesen, 2011; Léger & Strumpf, Système de paiement des médecins : bref de politique, 2010) Il n'y a pas de mode de rémunération optimal, mais certains sont plus efficaces que d'autres pour introduire des incitatifs favorisant la qualité, limitant la sur-consommation de soins ou favorisant la prestation de soins préventifs, par exemple. Dès lors, on peut se demander si les modifications dans les modes de rémunération des médecins survenues au Québec depuis une dizaine d'années s'alignent avec la littérature scientifique sur ce sujet.

Ce rapport propose donc de faire un portrait de la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes québécois et de connaître son évolution entre 2000 et 2009, avec comme toile de fond les négociations ayant mené à des changements de rémunération. En premier lieu, ce rapport décrit le système actuel de rémunération des médecins québécois et explique les différents modes possibles, ainsi que leurs avantages et désavantages. En deuxième lieu, nous présentons une analyse descriptive de l'évolution des montants rémunérés entre 2000 et 2009, par type de rémunération et lieu de pratique pour l'ensemble des médecins, pour les omnipraticiens et pour les spécialistes. Ceci permet de mettre en évidence la répartition des différents modes de rémunération et son évolution entre 2000 et 2009.

La rémunération des médecins au Québec

Au Québec, les médecins sont rémunérés de cinq façons : à l'acte, à salaire, à la vacation, à la capitation et selon un mode mixte, sachant que c'est la rémunération à l'acte qui prédomine largement chez les médecins omnipraticiens et spécialistes.

Avec la **rémunération à l'acte (RA)**, un tarif est associé à chaque acte médical posé, peu importe sa durée. Le médecin facture à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) le nombre et le type d'actes posés et il se fait rémunérer selon le tarif par acte prévu. Dans la tarification à l'acte, on peut ajouter un modificateur au tarif qui est un pourcentage qui s'ajoute au tarif de base d'un acte médical en vue de tenir compte, par exemple, des soins d'urgence dispensés en dehors des heures normales de travail. À noter aussi qu'une rémunération majorée s'applique dans certains établissements situés dans des régions ou des territoires isolés où le nombre de médecins s'avère insuffisant.

Il y a également la rémunération à l'acte pour les médecins offrant des **services de laboratoire en établissement (SLE)** qui est considérée à part par la RAMQ. Cela comprend les disciplines de la biologie médicale, de la médecine nucléaire et de la radiologie diagnostique. (RAMQ, 2011)

Puisqu'avec la RA, le médecin est rémunéré en fonction du nombre d'actes facturés, ce mode incite le médecin à facturer plus d'actes et à voir plus de patients (ou les voir plus souvent) que nécessaire, mais également à moins référer à un spécialiste pour voir le patient plus souvent. L'augmentation de l'offre de soins n'est pas nécessairement une mauvaise chose, ce qui est négatif c'est que les médecins ont la possibilité d'influencer la demande de soins au-delà de ce qui est nécessaire et de s'engager dans une surproduction de certains types de soins. Bien souvent, la qualité des interventions fournies par le médecin n'est pas évaluée et la rémunération n'en dépend pas. Puisque le médecin peut aussi prendre la liberté de raccourcir le temps de consultation pour voir plus de patients, cela peut des fois se faire au détriment de la qualité. Également, puisque ce mode incite à la quantité, plus qu'à la qualité, il n'est pas adapté aux exigences de la prévention et de la médecine familiale, des traitements chirurgicaux et autres nécessitant le travail en équipe et le suivi des malades, particulièrement en ce qui a trait aux maladies chroniques. Dans certains pays, il y a des mécanismes qui permettent tout de même de limiter le volume d'actes : le plafonnement d'activité et le co-paiement. On peut penser au plafond comme un maximum que le médecin peut facturer et le co-paiement comme un mécanisme qui limite la demande de services. C'est aussi les pays où le paiement à l'acte prédomine où les dépenses de santé par médecin sont les plus élevées, par rapport au salariat ou à la capitation. (Simoens & Hurst, 2006; Albouy & Deprez, 2008; Léger & Strumpf, Système de paiement des médecins : bref de politique, 2010; Fujisawa & Lafortune, 2008)

La **rémunération à salaire (ou salariat)** est basée sur une semaine de travail de 17 heures et demie ou de 35 heures et s'applique, entre autres, aux médecins qui travaillent dans un centre local de services communautaires³ (CLSC) ou une direction de la santé publique (DSP). Les

³ La mission d'un CLSC est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire (art. 80 LSSSS). (FMOQ, 2012)

médecins sont alors payés d'après le nombre d'heures travaillées et non en fonction du nombre et du type d'actes médicaux posés.

Contrairement à la RA, le salariat n'incite pas à une provision excessive de soins, mais plutôt à fournir moins d'actes et à prescrire moins de tests. Le salariat est aussi associé à des consultations plus longues et un nombre de patients par médecin moindre. On pourrait être porté à croire que puisque le médecin passe plus de temps avec son patient, la qualité de sa prestation est meilleure. Cependant, l'effet empirique sur la qualité des soins avec le salariat n'est pas clair. L'effet pervers de ce système est que le médecin n'est pas incité à accroître le nombre de patients qu'il voit. Cela peut être un problème en situation de pénurie. Le salariat a plusieurs avantages pour le médecin : des heures de travail davantage prévisibles et viables, davantage de temps avec les patients et de liberté devant les pressions que le revenu exerce sur le volume de patients, et des avantages en termes d'assurance-maladie, de régimes de retraite et de congés. Pour le MSSS, ce mode signifie aussi des dépenses plus prévisibles. (Simoens & Hurst, 2006; Le Collège des médecins de famille du Canada, 2007; Albouy & Deprez, 2008)

La **vacation** consiste en une période de trois heures que le médecin consacre exclusivement à des activités professionnelles. La vacation peut être effectuée et rémunérée en périodes de service distinctes d'au moins une heure chacune. L'une des utilisations de la rémunération à la vacation est la rémunération des psychiatres; on exige d'eux de consacrer un temps important à des consultations d'équipe ou dans la consultation directe auprès des patients. Cela serait en quelque sorte injuste de rémunérer à l'acte puisque la quantité de temps requis avec le patient peut devenir très disproportionnée par rapport au montant de la rémunération à l'acte. Ce mode, comme le salariat, a également l'avantage de présenter, pour le système de santé, des coûts prévisibles. (Le Collège des médecins de famille du Canada, 2007) (Simoens & Hurst, 2006)

Entrée en vigueur le 1er septembre 1999, la **rémunération mixte** combine un per diem ainsi qu'un supplément à l'acte. En d'autres termes, une partie de la rémunération mixte est indépendante du volume de soins fournis (per diem) et l'autre varie en fonction du volume de soins (supplément à l'acte). Le per diem est un montant fixe pour une période de temps de 7 ou 3,5 heures qui peut être réclamé pour certains types d'activités médicales et non médicales qui comprennent « les activités cliniques et de laboratoire (avec ou sans encadrement des médecins résidents et étudiants en médecine) ainsi que le travail en équipe multidisciplinaire » (RAMQ, 2003). Les activités non médicales pour lesquelles le médecin peut réclamer un montant forfaitaire sont les tâches d'enseignement pour lesquelles le médecin ne reçoit aucune autre forme de rétribution et les activités médico-administratives. Par activités médico-administratives, la RAMQ entend :

- les activités effectuées par un médecin spécialiste comme chef de département clinique ou chef de service clinique;
- la participation du médecin spécialiste aux réunions, à titre de membre, de tout comité mis sur pied en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et son Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement;
- les activités du médecin spécialiste à titre de responsable de programme clinique;

- la participation du médecin spécialiste aux réunions du département clinique ou service clinique;
- toutes autres activités dont pourront convenir spécifiquement les parties négociantes qui en aviseront la Régie par écrit. (RAMQ, 2003)

La rémunération mixte touche les médecins spécialistes qui exercent leur profession dans un département de clinique, un service de clinique ou un secteur d'activité d'un établissement et, dans une infime mesure, les médecins omnipraticiens.

La rémunération mixte a été mise en place dans le but, d'une part, d'atteindre une meilleure équité entre les médecins qui faisaient surtout des activités cliniques (qui étaient donc rémunérés à l'acte) et les médecins qui préféraient faire d'autres activités comme l'enseignement, la recherche ou les activités médico-administratives, qui elles, n'étaient pas rémunérées avant l'instauration du nouveau régime. D'autre part, la rémunération mixte visait à améliorer la prestation de soins en « désincitant » le médecin à facturer à outrance et pour que les médecins passent plus de temps avec leur patient. (Dumont, 2006) Nous verrons dans les prochaines sections l'impact de ce nouveau mode de rémunération chez les médecins spécialistes.

Le mode de rémunération mixte constitue un contrepoids aux inconvénients et aux effets négatifs de la RA et des autres modes (vacation, capitation, salariat), mais il ne supprime pas leurs défauts. En théorie, le médecin rémunéré selon un mode mixte passe plus de temps avec le patient et limite la provision excessive de soins. L'instauration de ce mode, parallèlement à une surveillance des médecins, pourrait les inciter à tenir compte des coûts et des avantages des différentes possibilités de traitement, engendrant ainsi un niveau et une qualité des soins efficaces. « Le mode de paiement mixte pourrait constituer une solution profitable pour le Canada dans la mesure où l'on y recourt de façon plus généralisée (et pas seulement au sein de petits groupes de spécialistes, comme c'est le cas au Québec) en offrant des mesures incitatives « adéquates » selon le type et le volume de soins. Bien qu'en l'absence de concurrence, le mode de paiement mixte soit à privilégier par rapport au paiement à l'acte ou à forfait, d'autres mesures (comme la surveillance des médecins ou la rémunération au rendement) pourraient s'avérer nécessaires pour atteindre les niveaux recherchés de qualité des soins. » (Léger, Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada, 2011)

À ces principaux modes s'ajoutent des **montants forfaitaires** (qu'on peut appeler aussi **capitation**) que les médecins peuvent réclamer pour eux-mêmes ou leur pratique. Plus génériquement, la capitation est une forme de rémunération selon laquelle le médecin ou le groupe de médecin de famille perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à sa clinique, indépendamment du volume de soins prodigués par le médecin. On peut également utiliser la capitation pour la prestation d'un panier de services que les médecins de famille acceptent de dispenser à leurs populations de pratique.

Au Québec, des montants forfaitaires sont alloués pour corriger certaines situations particulières, lorsque des médecins travaillent pour pallier une pénurie d'effectifs, par exemple.

Cette banque de rémunération est disponible depuis l'année 2007, elle est constituée exclusivement de forfaits : (i) forfait annuel de prise en charge de la clientèle vulnérable, (ii) forfait d'inscription générale, (iii) forfait prime de responsabilité⁴ (à salaire ou à la vacation), (iv) forfait prime horaire de soutien aux services de première ligne (à salaire ou à la vacation).

Des forfaits sont également prévus dans le cadre des GMF qui sont un nouveau mode d'organisation des soins primaires créé afin de faciliter l'accès de la population à un médecin de famille et pour améliorer la qualité des soins médicaux. Les premières accréditations de GMF ont eu lieu en 2002 et leur nombre augmente régulièrement. En avril 2011, on comptait 223 GMF accrédités dans tout le Québec. Le pourcentage de la population inscrite varie entre 25 % et 33 % selon les estimations (25 % : Breton et al. (2011); 33 % : MSSS (2011)).

Un GMF est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pour dispenser des services auprès de personnes inscrites. En moyenne, un GMF dessert une clientèle de 15 000 personnes, regroupe environ dix médecins, deux infirmières ainsi que deux personnes affectées au travail administratif. En principe, les services y sont offerts du lundi au vendredi, selon un mode sur rendez-vous et sans rendez-vous. Les samedis, dimanches et jours fériés, un niveau minimal de services est offert sans rendez-vous. Une garde téléphonique, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, est assurée par un médecin en dehors des heures d'ouverture du GMF pour les personnes inscrites qui répondent à divers critères de vulnérabilité (p. ex. personnes âgées, maladies chroniques).

Quand un médecin travaille dans un GMF, en plus de la rémunération à l'acte, il peut aussi recevoir d'autres compensations, pour lui-même ou sa pratique, via différents forfaits :

- Forfait pour le médecin responsable du GMF : 1 forfait hebdomadaire de 338,15 \$;
- Forfait pour les activités médico-administratives : Peut être partagé entre plusieurs médecins d'une semaine à l'autre;
- Forfait pour les activités clinico-administratives (pour 1 médecin ETP) : 3 heures par semaine de travail pour le suivi de dossiers de patients, les réunions d'équipe, et rémunérées selon le tarif FMOQ en vigueur;
- Forfait pour l'inscription de la clientèle et le forfait du patient vulnérable;
- Forfaits pour la garde en disponibilité : pour le médecin de garde, 3 forfaits les fins de semaine et les jours fériés.

En théorie, avec la capitation (forfait), le médecin reçoit le bénéfice net et il assume entièrement le risque financier du traitement, ce qui force le médecin à être responsable d'une partie du coût du traitement et à avoir une pratique médicale efficace, notamment à ne voir ses patients que lorsque c'est nécessaire. Il a alors la possibilité d'embaucher d'autres

⁴ Entrée en vigueur le 1er décembre 2007, la prime de responsabilité est une prime de 15,6 % applicable sur tous les services dispensés au sein d'un CHSLD, d'un département clinique de psychiatrie, d'une unité de courte durée gériatrique, d'une unité de longue durée en CHSGS, d'un centre de réadaptation, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse ou d'un centre de détention. Cette prime permet de rehausser la rémunération du médecin pour ses activités cliniques dans ces milieux, où les patients requièrent une prise en charge plus intensive et plus de suivi et de coordination.

professionnels de la santé pour des services dispensés selon la formule du paiement par capitation. Avec la capitation, on encourage la référence et la médecine préventive, car le médecin omnipraticien, pour éviter de revoir son patient trop souvent, l'encouragera à la prévention, évitant ainsi des épisodes curatifs. C'est un système qui permet au Ministère de la santé de mieux contrôler les coûts et d'avoir des coûts plus prévisibles. Le désavantage est que ce système expose le médecin au risque que sa clientèle ait un état de santé moins bon que la moyenne sur laquelle le forfait par personne a été établi. Certains médecins, par conséquent, pourraient avoir tendance à sélectionner une clientèle de patients en meilleure santé et délibérément refuser dans sa clientèle des patients en moins bonne santé. (Albouy & Deprez, 2008) (Fujisawa & Lafortune, 2008) (Le Collège des médecins de famille du Canada, 2007) (Léger, Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada, 2011) (Simoens & Hurst, 2006)

Il n'est pas certain que ces avantages et désavantages se manifestent au Québec chez les omnipraticiens, car la capitation, sous forme de différents forfaits, est en fait une rémunération additionnelle, qui s'ajoute au montant que le médecin reçoit à l'acte. Il n'y a pas eu de substitution des modes, mais bien ajout, ce qui fait de ces forfaits des incitatifs financiers plutôt qu'un nouveau mode de rémunération visant à pallier les effets néfastes de la rémunération à l'acte.

Une étude empirique de Hennig-Schmidt et al (2011), menée auprès d'étudiants en médecine allemands, nous renseigne sur l'impact de la RA versus la capitation sur le comportement des médecins, sur l'influence de l'état de santé des patients sur le comportement des médecins et sur les bénéfices de santé pour les patients. Sur le volet comportement des médecins, l'étude montre que les médecins payés à la capitation offrent 33 % moins de services médicaux que ceux payés à l'acte, que pour les deux systèmes de paiement, le nombre de médecins qui dévie de la quantité optimale de soins est significativement plus élevé que le nombre de médecins qui ne dévient pas et que les médecins offrent des services médicaux au-dessus de l'optimal pour la rémunération à l'acte (différence significative) et en dessous de l'optimal pour la capitation (différence significative). Quant à l'état de santé des patients, il influence systématiquement l'offre de services médicaux dans les deux systèmes de paiement, mais dans des directions différentes : avec la RA, les médecins ont tendance à « sur-soigner » les patients en bonne santé et avec la capitation, les médecins ont tendance à « sous-soigner » les patients en mauvaise santé. Par ailleurs, les médecins sous la RA offrent plus de soins que nécessaire pour les patients dans un état de santé bon ou intermédiaire et ceux sous la capitation moins que nécessaire pour ceux dans un état de santé mauvais et intermédiaire. En dernier, les auteurs ont voulu estimer la perte de bénéfice de santé du patient lorsque son médecin dévie de la quantité optimale de soins qu'il devrait offrir. En somme, lorsque le médecin d'un patient dans un bon état de santé dévie de la quantité optimale de soins, ce dernier accuse une perte plus importante de bénéfices de santé sous la RA que sous la capitation. Quant aux patients dans un état de santé intermédiaire et mauvais, ils souffrent d'une perte plus importante sous la capitation que sous la RA lorsque leur médecin dévie de l'optimum.

Nous venons de décrire les principaux modes de rémunération que l'on retrouve au Québec, avec leurs avantages et désavantages. Mais d'autres modes voient le jour à l'étranger. On retrouve la rémunération par **enveloppe budgétaire** (Fundholding), dans laquelle le médecin est responsable de (presque) toute la consommation médicale d'un patient, y compris les médicaments d'ordonnance, les services de santé spécialisés et les hospitalisations, **le paiement à la performance**, où une partie de la rémunération est conditionnelle à l'atteinte d'un certain niveau de qualité ou de niveau de santé des patients et **le système avec participation aux profits**, où la rémunération du médecin dépend en partie des profits de l'hôpital. Ce dernier système permettrait de contrecarrer l'effet pervers du système de rémunération des médecins qui travaillent dans les hôpitaux : ils travaillent à l'hôpital, mais ne sont pas rémunérés par l'hôpital mais par la RAMQ ce qui les incite moins à limiter leurs dépenses. (Léger, Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada, 2011; Léger & Strumpf, Système de paiement des médecins : bref de politique, 2010)

Méthodologie et source de données

Pour effectuer cette analyse, le CIRANO a fait une demande de données auprès de la RAMQ qui couvrent les années 2000 à 2009, les médecins omnipraticiens et les spécialistes. Elles étaient subdivisées par lieu et type (à l'acte, mixte, forfait, etc.) de facturation. Les montants analysés et présentés dans ce rapport sont les montants facturés majorés, ce qui représente la dépense réelle de la RAMQ pour la rémunération des médecins et les montants en dollars constants de 2009⁵. Une majoration des montants de facturation s'applique dans certains établissements situés dans des régions ou des territoires isolés où le nombre de médecins s'avère insuffisant. Le tarif de base des actes médicaux peut ainsi être majoré jusqu'à 40 %, en fonction du nombre d'années de pratique des médecins visés.

Il existe plusieurs limites à ces données. Premièrement, elles ne tiennent pas compte de la contribution de la RAMQ aux avantages sociaux de la rémunération à salaire. Rodrigue et Blanchette (2006), à ce sujet, suggèrent d'appliquer une correction de 15 %, qui n'a pas été appliquée dans cette analyse. Également, les montants sont des revenus bruts qui ne tiennent pas compte des dépenses inhérentes à l'exercice de la profession, des frais de déplacement ou frais de voyage.

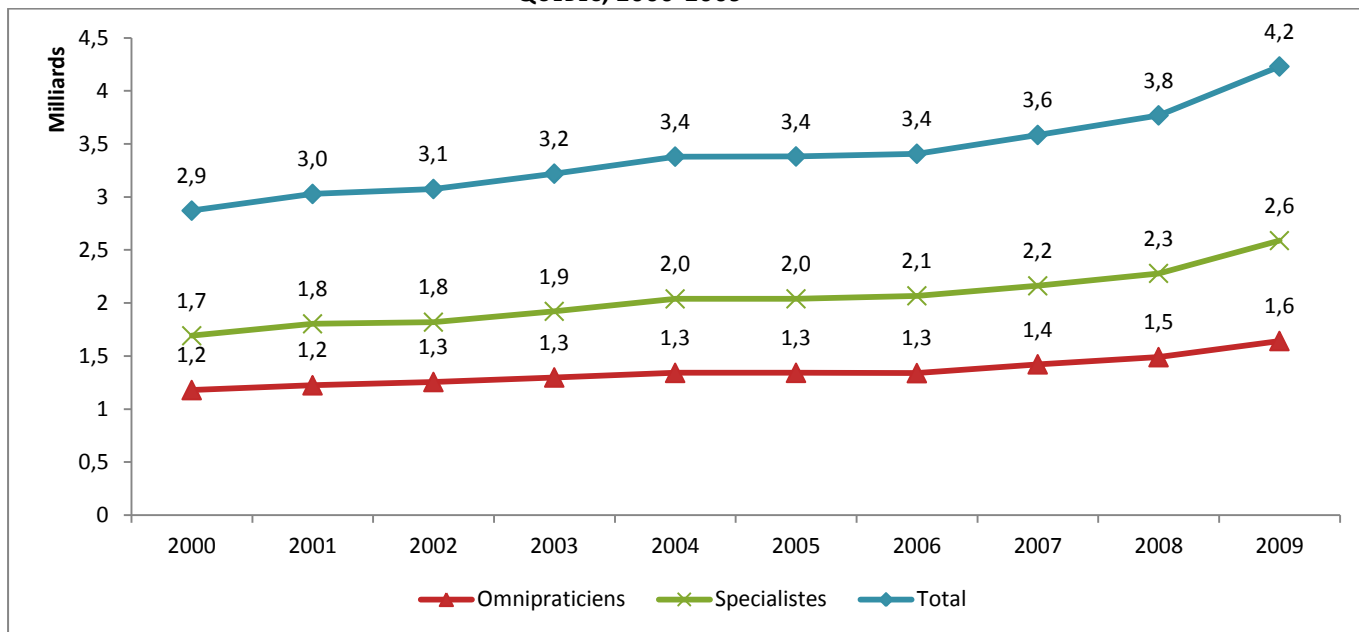
À part les dépenses pour les forfaits réclamés dans le cadre de la mise en place des GMF, il faut aussi tenir compte des sommes versées par le MSSS pour couvrir les frais supplémentaires (infirmière, informatisation, etc.) qu'une telle pratique nécessite et qui ne sont pas compris dans les données de la RAMQ. (Rodrigue & Blanchette, 2006) Nous avons pu obtenir une estimation de ces sommes par le MSSS. Entre 2002 et 2010, le MSSS a dépensé 342 millions \$ dans la mise sur pied et le fonctionnement des GMF, ce qui représente à peu près 300 000 \$ par GMF par année (Tableau 5).

⁵ Données de la RAMQ converties en dollars constants de 2009 avec les IPC fournis par Statistique Canada (2010).

Portrait d'ensemble de la rémunération

En 2009, le Gouvernement du Québec a dépensé 4,2 milliards \$ pour la rémunération des médecins, dont 2,6 milliards pour les spécialistes et le reste pour les omnipraticiens (Figure 1). C'est une augmentation de 47 % par rapport à l'année 2000 pour l'ensemble des médecins, soit une augmentation annuelle de 4,4 %. Pour les omnipraticiens et les spécialistes, l'augmentation annuelle a été de 3,7 % et 4,8 %, respectivement.

FIGURE 1: RÉMUNÉRATION TOTALE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES (MILLIARDS, \$ CONSTANTS), QUÉBEC, 2000-2009



Source : calcul des auteurs à partir des données de la RAMQ

Ce qui peut expliquer en partie l'augmentation des dépenses en rémunération est l'augmentation du nombre de médecins car leur nombre a augmenté de 10,5 % entre 2000 et 2009 (Tableau 1).

TABEAU 1: NOMBRE DE MÉDECINS TOTAUX, OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES AU QUÉBEC ENTRE 2000 ET 2009

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Var %
Spécialistes	7 949	8 009	7 883	7 674	7 980	8 056	8 143	8 200	8 291	8 795	10,6 %
Omnipraticiens	7 821	7 857	7 917	7 844	8 165	8 298	8 390	8 582	8 766	8 635	10,4 %
Total	15 770	15 866	15 800	15 518	16 145	16 354	16 533	16 782	17 057	17 430	10,6 %

Source : ICIS (2011).

Entre 2000 et 2009, la part des montants rémunérés qui revient aux omnipraticiens oscille entre 41 % en 2000 et 39 % en 2009. Les spécialistes qui, en nombre, représentent environ 50 % des médecins se partagent le restant.

La rémunération des médecins représente 17 % des dépenses totales publiques de santé en 2009 et en moyenne 16 % sur la période 2000-2010 (ICIS, 2011). Ces dépenses ont évolué au

même rythme que l'ensemble des dépenses publiques de santé. La hausse de la rémunération des médecins, suite aux ententes et négociations, s'inscrit donc dans un phénomène global d'augmentation des dépenses de santé.

Pour l'ensemble des médecins, le type de rémunération le plus utilisé en 2009 est la rémunération à l'acte avec 73 % des montants versés, suivi de la rémunération mixte qui représente 11 % des montants versés (Tableau 2). Depuis 2000, la rémunération à l'acte demeure le type de rémunération le plus courant et de loin. Mais depuis 2000, avec l'introduction de la rémunération mixte et des forfaits, la part de la rémunération à l'acte a légèrement diminué, de 79 % à 73 %, tandis que la rémunération mixte est passée de 7 à 11 %.

TABEAU 2: TYPES DE RÉMUNÉRATION DE L'ENSEMBLE DES MÉDECINS EN POURCENTAGE DE LA RÉMUNÉRATION TOTALE, QUÉBEC, 2000 ET 2009

	2000	2009
Actes	79 %	73 %
Forfait	0 %	4 %
Mixte	7 %	11 %
Salaire	3 %	2 %
SLE	4 %	3 %
Vacation	7 %	7 %

Source : calcul des auteurs à partir des données de la RAMQ

Dans les prochaines sections, nous ferons la distinction entre la rémunération des omnipraticiens et des spécialistes, car ils utilisent des modes de rémunération différents et exercent leur profession dans des lieux différents.

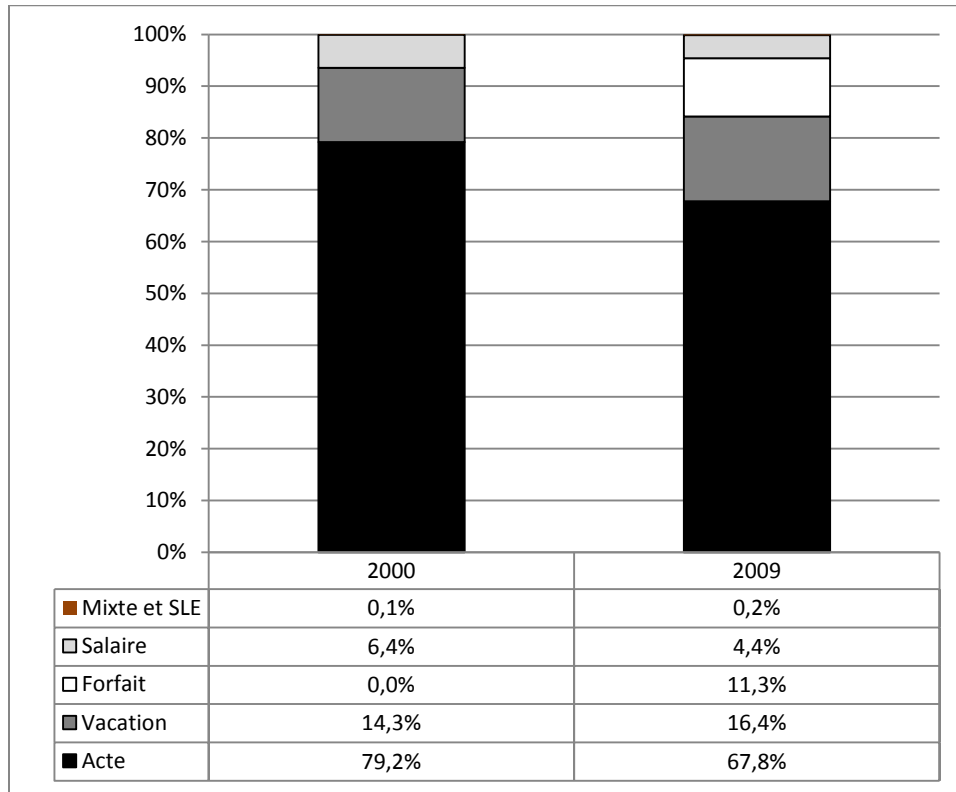
Portrait de la rémunération des médecins omnipraticiens

La rémunération des omnipraticiens est passée de 1,2 à 1,6 milliard de \$ entre 2000 et 2009, soit une augmentation annuelle de 3,7 %.

La RA représente, en 2009, 68 % des dépenses en rémunération des omnipraticiens, suivie de la vacation (16 %) et des forfaits (11 %) (Figure 2). Depuis 2000, il y a eu une baisse de 11,4 points de pourcentage de la rémunération à l'acte en pourcentage de la rémunération totale des omnipraticiens. La rémunération au forfait a pris une part grandissante dans les dépenses et s'établit maintenant à 11,3 % du total des dépenses pour les omnipraticiens. Rappelons que les forfaits incluent les forfaits pour les patients vulnérables, les forfaits d'inscription (lorsqu'un patient s'inscrit auprès d'un médecin de famille), les forfaits prime de responsabilité, les forfaits dans le cadre de la création des GMF et les forfaits prime horaire de soutien. Le détail des montants rémunérés par année par type de rémunération est fourni à l'annexe 1, tableau A1.1.

Ces forfaits sont donc une dépense supplémentaire pour le MSSS. Sans l'ajout de ces forfaits, la rémunération à l'acte a augmenté de 19 % entre 2000 et 2009, soit un taux de croissance annuel moyen de 2 %, ce qui demeure inférieur au taux de croissance annuel de la rémunération globale, de 4,4 % ou des omnipraticiens, de 3,7 %. Mais c'est égal au taux de croissance annuel moyen du nombre d'actes facturés sur la même période.

FIGURE 2 : TYPES DE RÉMUNÉRATION DES OMNIPRATICIENS EN POURCENTAGE DE LA RÉMUNÉRATION TOTALE, QUÉBEC, 2000 ET 2009



Source : calcul des auteurs à partir des données de la RAMQ

Si on décortique la variation des dépenses entre 2000 et 2009, on voit que la plus grosse part de l'augmentation provient des forfaits (29 %) et de la rémunération à l'acte (Tableau 3). La RA compte pour 28 % de l'augmentation des dépenses entre 2000 et 2009. En particulier, ce qui fait augmenter les dépenses c'est ce qui est classé comme « autre » dans la RA, avec 17 % de la variation, et les examens et consultations (11 %). La catégorie « autre » comprend les actes médico-administratifs de la CSST, les autres services (surveillance, millage, actes non négociés et autres, constatation de décès), la supervision clinique des stages et stages-moniteurs cliniques, le comité réseau soutien et validation par les pairs DSQ et le supplément codes d'actes 1098 et 1099⁶. Les données à notre disposition ne permettaient toutefois pas d'identifier ce qui, dans la catégorie autre, est à l'origine de cette hausse.

⁶ Un supplément d'honoraires est prévu, par séance, à titre de frais compensatoires, pour certains actes nécessitant l'utilisation d'un plateau de chirurgie. Le supplément d'honoraires est, pour un plateau principal (code 1098), de 20,80 \$ au 1er avril 2009 et de 21,20 \$ au 1er octobre 2010 et pour un plateau mineur (code 01099), de 10,40 \$ au 1er avril 2009 et de 10,60 \$ au 1er octobre 2010.

**TABLEAU 3 : VARIATION DES MONTANTS ENTRE 2000 ET 2009 PAR TYPE DE RÉMUNÉRATION ET SOURCES
D'AUGMENTATION**

	Variation du montant entre 2000 et 2009	Part dans l'augmentation totale de la rémunération des omnipraticiens
Acte	323 235 779	27,8 %
Autre	126 076 346	17,1 %
Chirurgie	7 057 620	0,3 %
Diagnostic et thérapeutique	8 455 193	-0,5 %
Examens et consultations	181 646 620	10,8 %
Forfaits	184 738 131	28,8 %
Mixte	2 307 248	0,4 %
Salaire	9 275 042	-0,4 %
SLE	-154 236	0,0 %
Vacation	126 158 381	15,6 %

Source : calcul des auteurs à partir des données de la RAMQ

Les dépenses vers certains modes de rémunération ont connu une croissance importante entre 2000 et 2009. C'est le cas des forfaits qui, en termes de taux de croissance annuel moyen, remportent haut la main avec 264 %⁷, suivi de la rémunération mixte (18 %), mais qui représentent une infime partie du montant total, et de la catégorie autre de la rémunération à l'acte (8 %) (Tableau 4).

TABLEAU 4: TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN ENTRE 2000 ET 2009 PAR TYPE DE RÉMUNÉRATION

	Taux de croissance annuel moyen
Acte	2,0 %
Autre	8,3 %
Chirurgie	0,7 %
Diagnostic et thérapeutique	-0,5 %
Examens et consultations	1,0 %
Forfaits	263,7 %
Mixte	17,9 %
Salaire	-0,4 %
SLE	-4,5 %
Vacation	5,3 %
Total	3,7 %

Source : calcul des auteurs à partir des données de la RAMQ

La clinique privée (CP)⁸ était le lieu, en 2000, où 54,5 % des dépenses ont été effectuées. Le deuxième était le centre hospitalier de soins de courte durée⁹ (CHSCD), avec 17 % des dépenses

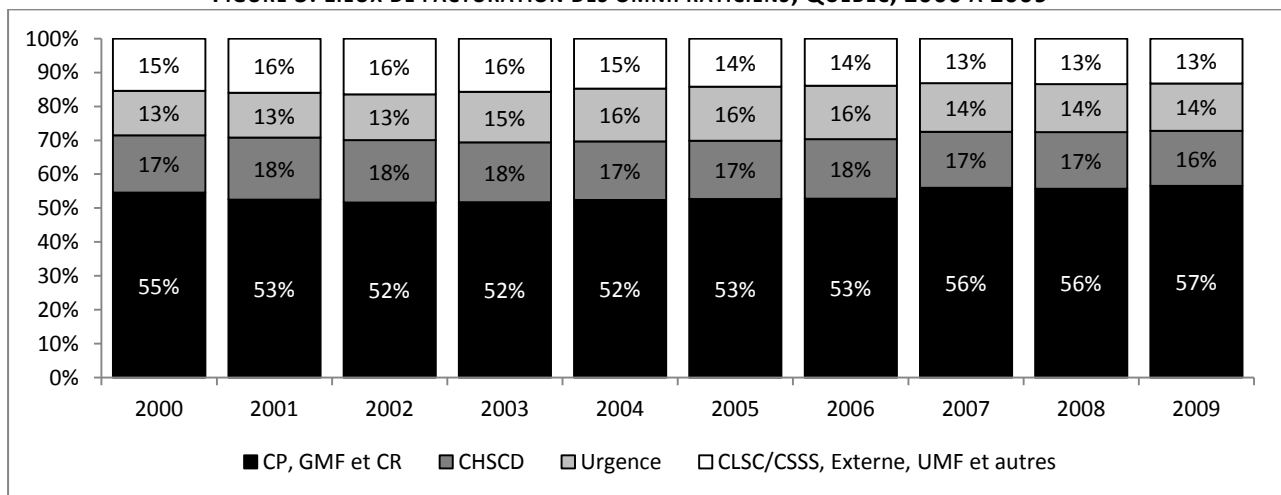
⁷ Le taux de croissance annuel pour les forfaits est calculé sur la période 2002 à 2009 puisqu'ils ont été introduits en 2002. Cela explique aussi le fort taux de croissance puisqu'ils partent de 0 en 2002.

⁸ Cette catégorie comprend le cabinet privé, le laboratoire de médecine générale géré par un médecin radiologiste, le laboratoire spécifique géré par un médecin autre que radiologiste, le laboratoire spécifique géré par un médecin omnipraticien, le cabinet agréé de psychiatrie, la clinique désignée de physiothérapie, la clinique médicale et/ou dentaire privée (avec privilège d'anesthésie), la clinique optométrique et l'organisme privé à but non lucratif pour des services médicaux reliés à une interruption de grossesse.

⁹ Centre hospitalier de soins de courte durée qui comprend, pour les centres hospitaliers, le département de gériatrie, la section générale (courte durée et spécialisée), l'unité de soins coronariens et de soins intensifs, la section psychiatrique et l'unité de soins intensifs reconnue.

(Figure 3 et Tableau A1.2 de l'Annexe 1). En 2009, la clinique privée représente 29,5 % des montants facturés par les omnipraticiens. La facturation s'est désormais déplacée vers les cliniques-réseau et les GMF qui ont été instaurés en 2003, par un phénomène de conversion des cliniques privées en des GMF. Les GMF remplacent les cliniques pour offrir des services plus complets et plus efficaces, mais pour un même type de soins. Par contre, le GMF, hormis le tarif de l'omnipraticien pour chaque acte qui ne change pas, introduit d'autres formes de rémunération pour des activités qui n'étaient par rémunérées auparavant, soit le forfait pour le médecin responsable, la rémunération des activités clinico-administratives et les forfaits de garde, ainsi qu'un forfait pour l'inscription des patients et un forfait pour les patients vulnérables. Si on regroupe les lieux s'apparentant à la clinique privée (CP, GMF et Clinique-réseau¹⁰ (CR)), la répartition a peu évolué, de 55 % à 57 %.

FIGURE 3: LIEUX DE FACTURATION DES OMNIPRATICIENS, QUÉBEC, 2000 À 2009



Source : calcul des auteurs à partir des données de la RAMQ

En 2000, 69 % des actes étaient facturés en clinique privée, suivi des urgences à 18 %. En 2009, il y a eu presque 36 millions d'actes facturés qui se répartissent principalement entre la clinique privée, le GMF et la clinique-réseau. Ces trois catégories réunies représentent 71 % des actes facturés. Quant à la rémunération à salaire, elle se fait à 45 % dans les CLSC/CSSS¹¹ et la vacation dans les CHSCD et les CLSC/CSSS (32 % et 21 %, respectivement).

¹⁰ Une clinique-réseau est un groupe de médecins bien établi (ou un groupe de cliniques) qui offre déjà des services à la population et qui accepte de jouer un rôle de coordination et de liaison avec le CSSS du territoire dans lequel elle est située. Elle offre aux médecins omnipraticiens de son territoire les plateaux techniques appropriés pour des tests urgents : laboratoire, imagerie, etc. Elle est notamment axée sur l'accessibilité à une population avec des heures d'ouverture élargies. (FMOQ : <http://www.fmoq.org/fr/organization/administrative/networkclinics/default.aspx>)

¹¹ Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont nés de la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH). Ces centres assurent à la population d'un territoire local la prestation de services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement institutionnel public; coordonnent les services offerts par l'ensemble des intervenants exerçant dans le territoire local; offrent des services hospitaliers généraux et spécialisés (urgence, services ambulatoires, spécialités médicales locales et plateaux diagnostiques de base).

Les données à notre disposition permettent d'analyser l'évolution du nombre d'actes pour la rémunération à l'acte. On constate que le nombre d'actes facturés a augmenté de 18 % entre 2000 et 2009, soit un taux de croissance annuel moyen de 2 %. C'est égal à l'augmentation annuelle des montants dépensés pour la rémunération à l'acte.

Il y a certains lieux où le nombre d'actes facturés a augmenté bien plus que 18 %. C'est le cas des CHSCD où ils ont augmenté de 50 %. On se pose la question à savoir si c'est dû au vieillissement de la population et à la prévalence plus importante des maladies chroniques car la catégorie des CHSCD comprend les départements suivants des hôpitaux : gériatrie, les unités de soins coronariens et de soins intensifs, le département de psychiatrie et la section courte durée et spécialisée.

Pour la rémunération à salaire ou à la vacation, nous n'avons pas de données nous permettant de savoir si l'activité, ou les services rendus, ont diminué ou augmenté. Par contre, on sait que pour ces catégories de rémunération, le nombre d'heures facturées a diminué de 20 % pour la rémunération à salaire et augmenté de 24 % pour la vacation. Cela est nettement supérieur à la variation des montants alloués à ce type de rémunération : -3 % pour le salariat et 59 % pour la vacation.

Lorsque des médecins décident de mettre sur pied un GMF, le MSSS leur accorde une aide technique et financière pour le personnel infirmier, le soutien administratif, le loyer, les frais de déplacement, l'ameublement et l'informatisation. Étant donné que cette aide est fournie par le MSSS, elle n'est pas comptabilisée à la RAMQ et n'est donc pas comprise dans les chiffres énumérés aux paragraphes précédents. Depuis 2002, le MSSS a investi presque 342 millions dans la mise sur pied de GMF, ce qui représente à peu près 300 000 \$ par GMF (Tableau 5). Ce sont des montants non négligeables et il serait utile qu'une analyse des coûts des GMF versus leurs bénéfices en termes d'état de santé et d'accès aux soins soit effectuée afin de savoir si les Québécois en ont pour leur argent de ce nouveau mode de fonctionnement de la première ligne.

TABEAU 5: INVESTISSEMENTS DU MSSS DANS LES GMF, 2002 À 2011

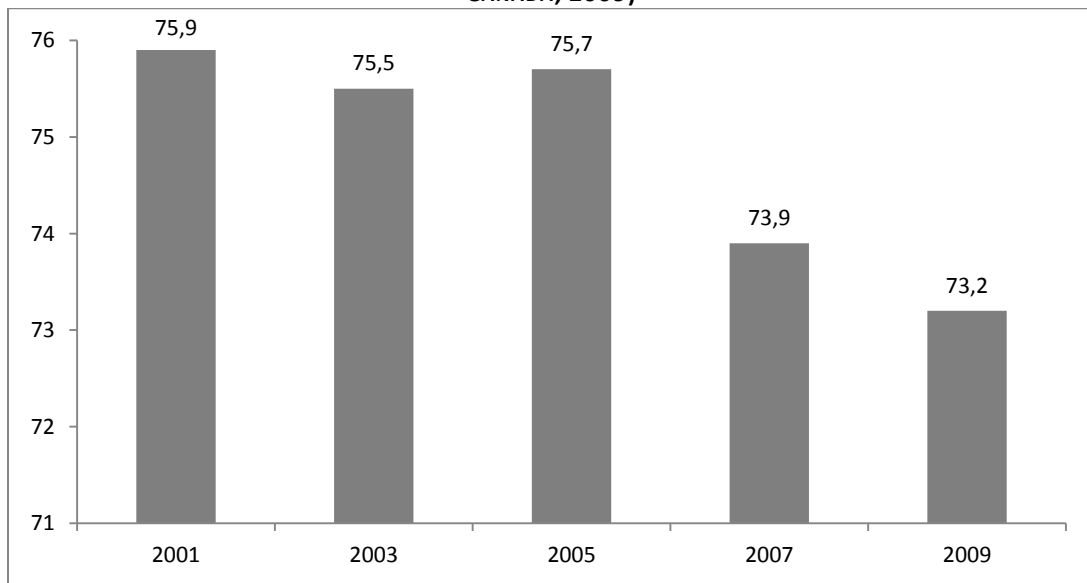
	Nombre de GMF	Dépenses réelles (millions \$)
2002-03	17	7,6
2003-04	76	17,7
2004-05	99	24,1
2005-06	108	28,8
2006-07	125	33,9
2007-08	157	44,2
2008-09	193	56,1
2009-10	209	62,2
2010-11	221	67,1

Source : Étude des crédits (dépenses réelles), MSSS; Tableau transmis par le MSSS
 Note : Les montants excluent la rémunération médicale spécifique pour la pratique en GMF. Les montants comprennent le budget de fonctionnement récurrent (incluant salaires des infirmières et personnel de soutien, l'informatisation des GMF, les laboratoires, l'inscription à la RAMQ, etc.) et le budget de fonctionnement non récurrent (incluant l'ameublement, la formation, la phase préparatoire, le chargé de projet régional et les aménagements ainsi que la partie informatique non récurrente).

Rappelons que les GMF ont été créés dans le but de renforcer la première ligne et d'améliorer l'accès des Québécois à un médecin de famille. Au 31 mars 2011, le Québec comptait 223 GMF accrédités, impliquant 3 239 médecins, soit environ 51 % des omnipraticiens. « 2,6 millions de personnes (32,6 %¹² de la population du Québec) étaient inscrites auprès d'un médecin de famille pratiquant en GMF » (MSSS, 2011). La moitié des GMF se retrouvent dans les régions de la Montérégie (15 % des GMF), de la Capitale Nationale (12,5 %), de Montréal (12 %) et du Centre-du-Québec (10 %). Ceci est pour illustrer que la pratique GMF n'est pas nécessairement répartie selon les besoins de la population. Si presque la moitié de la population se trouve à Montréal, mais seulement 12 % des GMF s'y trouvent, il y a clairement inadéquation. (Breton, Lévesque, Pineault, & Hogg, 2011) (MSSS, 2010)

La création des GMF ne semble pas s'être traduite en un accès accru aux médecins de famille, comme c'était son intention initiale. En effet, depuis l'implantation des GMF en 2003, le pourcentage de personnes ayant un médecin de famille régulier au Québec a diminué de 3 %, de 75,5 % en 2003 à 73,2 % en 2009 (Figure 4).

FIGURE 4: POURCENTAGE DE PERSONNES DÉCLARANT AVOIR UN MÉDECIN DE FAMILLE RÉGULIER, QUÉBEC (STATISTIQUE CANADA, 2009)



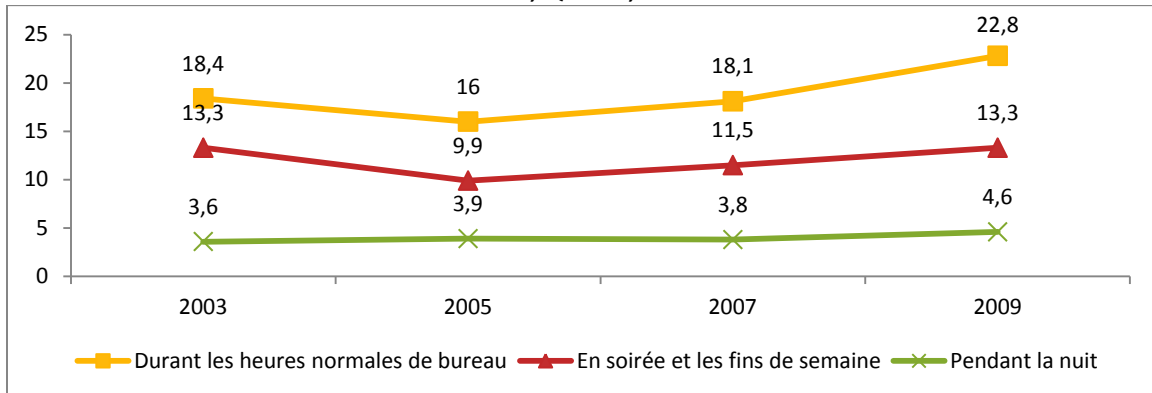
Source : Statistique Canada (2009)

Par ailleurs, les GMF sont aussi sensés offrir des heures et des jours d'ouverture plus étendus. Si on en croit un article récent du quotidien *La Presse* (2011), il semble que les principes ne se soient pas manifestés dans la pratique puisque des quelques GMF contactés dans la région de Montréal, aucun n'offrait des consultations les samedis et dimanche ou 24 heures sur 24. De surcroît, peu acceptaient de nouveaux patients. Les faits rapportés par *La Presse* ne proviennent pas d'une étude exhaustive de tous les GMF du Québec, nous ne les généralisons donc pas à tous les GMF du Québec. Il serait alors essentiel, pour la société québécoise, de savoir si ces

¹² 25 % selon Breton et al (2011).

faits anecdotiques sont généralisables à l'ensemble des GMF. Selon les données de Statistique Canada, provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, le pourcentage de personnes¹³ qui ont déclaré avoir des difficultés d'accès à des soins immédiats pour un problème de santé mineur a augmenté de 3,6 % à 4,6 % pour des demandes la nuit et de 18,4 % à 22,8 % pour des demandes durant les heures normales de bureau. Il est demeuré stable pour les horaires de soirée et de fin de semaine (Figure 5).

FIGURE 5: DIFFICULTÉS D'ACCÈS À DES SOINS IMMÉDIATS POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MINEUR, PARMIS CEUX QUI ONT EU BESOIN DE SOINS À N'IMPORTE QUEL MOMENT DE LA JOURNÉE, POPULATION À DOMICILE DE 15 ANS ET PLUS, POURCENTAGE, QUÉBEC, 2003 À 2009



Source : Statistique Canada (2009)

Nous n'établissons pas ici de corollaire, mais faisons un constat : malgré une nouvelle politique visant à améliorer l'accès aux médecins de famille, on observe qu'il y a une diminution du pourcentage de québécois ayant accès à ce type de professionnel. Mais, sans la création des GMF, peut-être cette baisse aurait-elle été pire? Peut-être que l'effet attendu des GMF ne se fait pas sentir car ils ne voient pas le jour là où les besoins sont les plus criants et où la population en a le plus besoin, soit la région de Montréal.

Portrait de la rémunération des médecins spécialistes

La rémunération totale des médecins spécialistes est passée de 1,7 milliard à 2,6 milliards entre 2000 et 2009, soit une augmentation annuelle de 4,8 %. Comme pour les omnipraticiens, les médecins spécialistes se font surtout rémunérer à l'acte (77 %), puis par la rémunération mixte (18 %) (Figure 6). Depuis 2000, la rémunération mixte a pris plus de place en pourcentage des dépenses totales et a augmenté de 6,6 points de pourcentage. Les chiffres détaillés se trouvent dans le tableau A2.1 de l'Annexe 2.

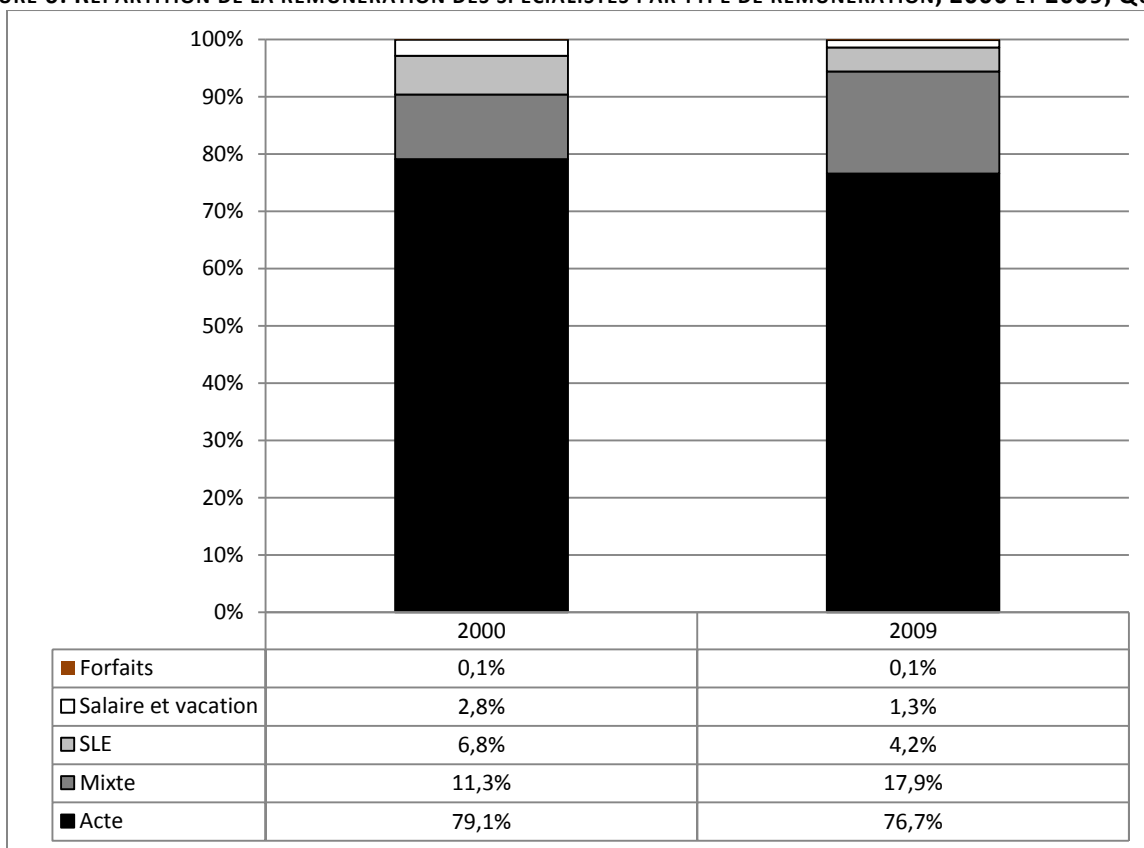
Pour tous les types de rémunération des spécialistes, le principal lieu de facturation en 2009 est les CHSCD, avec 42 % des montants versés, suivi des cliniques externes (27 %) et des cliniques privées, et des GMF (26 %). Depuis 2000, la facturation des spécialistes dans les cliniques privées et les GMF a augmenté légèrement en pourcentage des dépenses totales de

¹³ Analyse fondée sur la population à domicile de 15 ans et plus ayant déclaré, pour soi-même ou un membre de sa famille, des difficultés d'accès à ces services au cours des 12 derniers mois.

rémunération. La part de la rémunération allant dans ce type de pratique est passée de 22 % à 26 % (Figure 7).

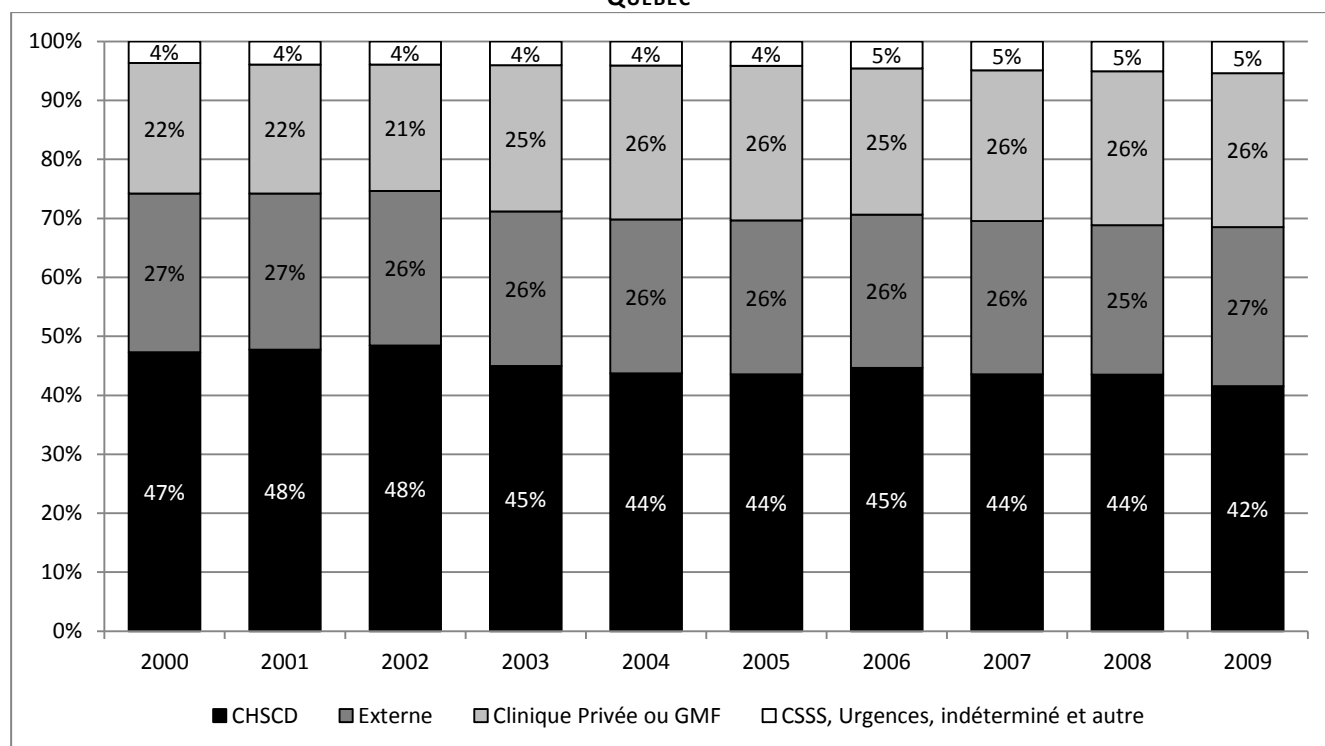
En 2000, 99 % de la rémunération mixte était facturée en CHSCD. En 2009, cela a baissé à 82 %, au profit des GMF (Tableau A2.2 de l'Annexe 2). Est-ce que les spécialistes, depuis 2002, ont déplacé leur pratique vers les GMF?

FIGURE 6: RÉPARTITION DE LA RÉMUNÉRATION DES SPÉCIALISTES PAR TYPE DE RÉMUNÉRATION, 2000 ET 2009, QUÉBEC



Source : calcul des auteurs à partir des données de la RAMQ.

FIGURE 7 : RÉPARTITION DES MONTANTS RÉMUNÉRÉS DES SPÉCIALISTES PAR LIEU DE FACTURATION, 2000 À 2009, QUÉBEC



Source : calcul des auteurs à partir des données de la RAMQ

La répartition des lieux de facturation des actes dépend aussi du type de rémunération. Pour la rémunération à l'acte, cela se répartit entre la clinique externe (35 %), le CHSCD (30 %) et la clinique privée (21,5 %). Pour les autres types de rémunération, plus de 65 % de la facturation s'effectue dans les CHSCD. Mais par rapport à 2000, on voit un déplacement vers les GMF (Tableau 6).

TABLEAU 6 : RÉPARTITION DES MONTANTS RÉMUNÉRÉS PAR TYPE DE RÉMUNÉRATION SELON LE LIEU DE FACTURATION, 2000 ET 2009 (%)

		CHSCD	Externe	Clinique privée	Urgence	Autres	GMF	CLSC/CSSS
2000	Acte	34,3 %	33,5 %	28,0 %	4,0 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
	Mixte	98,9 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,1 %
	Salaire	95,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,5 %	0,0 %	0,4 %
	SLE	95,6 %	3,6 %	0,0 %	0,1 %	0,4 %	0,0 %	0,2 %
	Vacation	89,7 %	2,3 %	0,0 %	0,1 %	6,0 %	0,0 %	1,9 %
	Forfaits	96,7 %	3,2 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	Total	47,3 %	26,9 %	22,2 %	3,2 %	0,4 %	0,0 %	0,1 %
2009	Acte	29,6 %	34,8 %	21,5 %	6,4 %	0,2 %	7,5 %	0,0 %
	Mixte	82,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	16,7 %	0,0 %
	Salaire	91,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8,3 %	0,0 %
	SLE	75,7 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	18,4 %	0,1 %
	Vacation	77,2 %	2,0 %	0,0 %	0,6 %	8,5 %	10,0 %	1,8 %
	Forfaits	65,0 %	4,4 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %	30,4 %	0,0 %
	Total	41,6 %	26,9 %	16,5 %	4,9 %	0,4 %	9,6 %	0,0 %

Source : calcul des auteurs à partir des données de la RAMQ.

Il est intéressant de constater que, en comparaison du nombre d'actes facturés par les omnipraticiens qui a augmenté de 18 %, le nombre d'actes facturés par les spécialistes n'a augmenté que de 8 % entre 2000 et 2009 pour les spécialistes. Par contre, le nombre d'heures facturées dans la rémunération mixte a augmenté de 138 % entre 2000 et 2009 et baissé de 62 % pour le salaire et de 44 % pour la vacation. Voyons ce que cela donne en comparaison des dépenses pour ces types de rémunération :

Acte :	↑ de 8 % du nombre d'actes facturés	→	↑ de 48 % des dépenses
Mixte :	↑ de 138 % du nombre d'heures facturées	→	↑ de 142 % des dépenses
Salaire :	↓ de 62 % du nombre d'heures facturées	→	↓ de 53 % des dépenses
SLE :	↓ de 79 % du nombre d'actes facturés	→	↓ de 5 % des dépenses
Vacation :	↓ de 44 % du nombre d'heures facturées	→	↓ de 30 % des dépenses

On voit bien que le nombre d'actes ou d'heures et les montants dépensés varient dans des proportions très différentes pour certains modes de rémunération comme la RA et le SLE. On peut se demander pourquoi, alors que les dépenses pour la rémunération à l'acte augmentent de 48 %, le nombre d'actes facturés n'a augmenté que de 8 % ou pourquoi le nombre d'actes facturés pour la SLE baisse de 79 % et les dépenses de seulement 5 %. Est-ce qu'il y a eu des augmentations de tarifs importantes pour ces deux modes de rémunération ?

L'effet de l'introduction de la rémunération mixte a été analysé par Dumont en 2006. On fera attention ici dans la comparaison entre cette étude et la présente analyse, puisque les données de Dumont concernent la période 1996 à 2002, période où les GMF n'existaient pas encore. Il montre qu'il y a bien eu un effet de substitution entre les types d'activités effectuées et les lieux de facturation. Les médecins qui ont adhéré à la rémunération mixte auraient haussé le nombre d'heures en établissement aux dépens des heures en cabinet privé et auraient haussé leurs heures en enseignement aux dépens des heures de recherche, mais aucun impact significatif n'a été noté sur les activités médico-administratives. La rémunération mixte aurait entraîné une hausse de 7 % du revenu. Elle aurait aussi engendré des baisses de 22 % du nombre de patients et de 24 % du volume d'actes facturables à la rémunération mixte. Il suggère que ces baisses peuvent se traduire par une hausse importante de qualité des soins de patients offerts, mais ceci demeure à vérifier. En effet, le médecin consacre plus de temps aux patients, ainsi que plus de temps par acte.

Toujours selon Dumont (2006), l'un des bienfaits de la rémunération mixte est qu'elle aurait haussé les heures d'enseignement sans diminuer le temps consacré aux patients. En effet, la rémunération mixte n'aurait pas affecté les heures cliniques. L'amplitude des diminutions du nombre de patients visités et des volumes d'actes est importante. Selon Dumont, la baisse de 24 % des actes facturables est inquiétante dans le contexte où le gouvernement veut réduire les listes d'attente.

Les temps d'attente se sont d'ailleurs allongés. Les Québécois ayant besoin d'une opération ou d'un autre traitement font face à un temps d'attente médian de 19,9 semaines contre 18,8

semaines en 2010, ce qui est l'attente la plus longue depuis 2003. (Barua, Rovere, & Skinner, 2011)

Si on regarde la variation des dépenses pour la rémunération des spécialistes entre 2000 et 2009 (Tableau 7), on voit que la plus grosse part de l'augmentation provient de la RA qui compte pour 72 % de l'augmentation des dépenses. Ensuite, on retrouve la rémunération mixte, avec 30 % de la variation.

TABEAU 7: VARIATION DES MONTANTS ENTRE 2000 ET 2009 PAR TYPE D'ACTE ET SOURCES D'AUGMENTATION

	Variation du montant entre 2000 et 2009	Part dans l'augmentation totale de la rémunération des omnipraticiens
Acte	643 256 901	71,7 %
Autre	144 833 139	16,2 %
Chirurgie	93 463 309	10,4 %
Diagnostic et thérapeutique	192 847 444	21,5 %
Examen et consultation	212 113 009	23,7 %
Forfait	2 742 241	0,3 %
Mixte	271 442 084	30,3 %
Salaire	-1 779 353	-0,2 %
SLE	-5 844 562	-0,7 %
Vacation	-13 080 120	-1,5 %
Total	896 737 192	100,0 %

Source : calcul des auteurs à partir des données de la RAMQ.

Conclusion

Parmi les changements importants à la rémunération des médecins dans les dernières années, il y a eu l'introduction de la rémunération mixte pour les médecins spécialistes et la création des GMF avec son lot de forfaits, que la littérature internationale qualifie de rémunération à la capitation. En théorie, la rémunération mixte doit permettre de limiter les inconvénients de la rémunération à l'acte et des autres modes, en incitant le médecin à passer plus de temps avec le patient et limiter la provision excessive de soins. Les GMF, quant à eux, devaient augmenter l'accessibilité de la population à la première ligne, tout en introduisant une rémunération supplémentaire afin d'inciter les omnipraticiens à accepter un plus grand nombre de patients, en général, et de patients vulnérables aussi et afin d'améliorer l'efficacité de ce type de pratique. Les motifs, ou motivations, qui ont été à la source de ces deux changements importants concordent donc avec ce qui est relaté dans la littérature internationale. Mais en pratique, qu'en est-il?

On constate que ces deux réformes ont effectivement mené à des modifications dans la répartition des dépenses en fonction des modes de rémunération et aussi à des modifications dans la répartition des lieux de facturation.

Chez les omnipraticiens, on observe une baisse, en pourcentage des dépenses totales pour leur rémunération, de la RA au profit des forfaits (forfaits pour les patients vulnérables, les forfaits d'inscription, les forfaits prime de responsabilité, les forfaits dans le cadre de la création des GMF et les forfaits prime horaire de soutien). Mais la RA demeure tout de même le mode de

rémunération le plus courant et de loin, qui représente 68 % des dépenses en rémunération des omnipraticiens. Les montants en RA et le nombre d'actes ont augmenté de 2 % par an entre 2000 et 2009.

Avec l'introduction des GMF en 2003, on a observé la substitution du lieu de facturation des omnipraticiens entre les GMF et les cliniques privées, qui demeurent le lieu privilégié de facturation des actes avec 57 % des dépenses ou 71 % du nombre d'actes facturés. Par contre, l'augmentation des GMF ne semble pas s'être traduite en un accès accru aux médecins de famille, car depuis l'implantation des GMF en 2003, le pourcentage de personnes ayant un médecin de famille régulier au Québec a diminué de 3 % et l'accès en dehors des heures normales de bureau n'est pas meilleur qu'avant. Sans la création des GMF, peut-être qu'on aurait assisté à une baisse encore plus drastique? Peut-être que l'effet attendu des GMF ne se fait pas sentir car ils ne voient pas le jour là où les besoins sont les plus criants et où la population en a le plus besoin, soit la région de Montréal et les zones urbaines? En tout état de cause, il serait essentiel, pour la société québécoise, que le MSSS fasse une évaluation exhaustive des GMF afin de savoir s'ils ont produit les effets attendus : soit un meilleur accès à la première ligne. Car à la lumière de cette analyse, on est loin de pouvoir l'affirmer.

Les médecins spécialistes ont, depuis environ l'année 2000, de plus en plus recours à la rémunération mixte qui occupe maintenant presque 20 % des dépenses en rémunération des spécialistes. Leur principal lieu de facturation, tous modes de rémunération confondus, en 2009 est les CHSCD, suivi des cliniques externes et des cliniques privées et des GMF. Cela a légèrement varié entre 2000 et 2009 : de 47 % à 42 % pour les CHSCD et de 22 % à 26 % pour les cliniques privées et les GMF. Les heures qui sont facturées à la rémunération mixte le sont à 82 % dans les CHSCD et à 16 % dans les GMF. On constate aussi qu'en comparaison du nombre d'actes facturés par les omnipraticiens, qui a augmenté de 18 %, le nombre d'actes facturés par les spécialistes n'a augmenté que de 8 % entre 2000 et 2009. Il semble donc que la rémunération mixte a bien eu pour effet de limiter la croissance des actes facturés. L'autre constat que l'on peut faire est que peu importe la direction de la variation entre 2000 et 2009, le nombre d'actes facturés et les montants dépensés pour la RA et les SLE varient dans des proportions très différentes. Pourquoi, alors que les dépenses pour la rémunération à l'acte augmentent de 48 %, le nombre d'actes facturés n'a augmenté que de 8 % ou pourquoi le nombre d'actes facturés pour la SLE baisse de 79 % et les dépenses que de 5 %. Ceci devrait être mis en parallèle avec des indicateurs de performance du système de santé, comme l'état de santé des patients ou la longueur des listes d'attente.

Cette analyse, qui se veut plutôt un portrait, met en évidence que le système de rémunération est complexe et varié et qu'il a des répercussions sur le comportement des médecins. Cela se reflète en partie dans les modifications de la répartition des différents modes de rémunération et des lieux de facturation. Cette analyse fait aussi surgir bien des questions sur l'impact de ces réformes qui ont été mises en place afin d'améliorer le système de santé, que ce soit en termes d'accès, de qualité ou pour limiter les dépenses. Il devient alors impératif, pour la société québécoise, d'évaluer ces réformes et de déterminer si elles ont produit les effets qu'elles étaient censées créer.

Bibliographie

- Albouy, V., & Deprez, M. (2008, septembre). Mode de rémunération des médecins. *Trésor-Éco* (42).
- Barua, B., Rovere, M., & Skinner, B. J. (2011). *Waiting Your Turn : Wait Times for Health Care in Canada, 2011 report*. Institut Fraser.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R., & Hogg, W. (2011). L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins* , 42 (2), pp. 101-9.
- Chiasson, A.-K. (2009). *L'impact des tarifs sur le comportement des médecins spécialistes du Québec. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du programme de maîtrise en économie pour l'obtention du grade de maître ès arts (M.A.)*. Québec : Faculté des Sciences Sociales, Université Laval.
- Dumont, E. (2006). *Impact de la rémunération mixte sur les médecins spécialistes du Québec. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du programme de maîtrise en science économique pour l'obtention du grade de Maître ès arts (M.A.)*.
- FMOQ. (2012, 16 janvier). *Lexique*. Consulté le 17 janvier 2012, sur FMOQ : www.fmoq.org/fr/organization/lexicon/default.aspx#C
- Fujisawa, R., & Lafortune, G. (2008). *The Remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries : What are the factors influencing variations across countries?* Paris : OCDE.
- Hennig-Schmidt, H., Selten, R., & Wiesen, D. (2011). How Payment Systems Affect Physicians' Provision Behaviour - An Experimental Investigation. *Journal of Health Economics* , 30 (4), pp. 637-646.
- ICIS. (2011, 3 novembre). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*. Consulté le 20 janvier 2012, sur ICIS : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1671>
- Lacoursière, A. (2011). GMF : pas de nouveaux patients, mêmes heures d'ouverture. *La Presse* .
- Le Collège des médecins de famille du Canada. (2007). *Trousse d'outils en soins de première ligne - Rémunération*. Consulté le 10 janvier 2011, sur CMFC : toolkit.cfpc.ca/fr/remuneration/index.php
- Léger, P.-T. (2011). *Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada*. Ottawa : FCRSS.
- Léger, P.-T., & Strumpf, E. (2010). *Système de paiement des médecins : bref de politique*. Montréal, QC : CIRANO.
- MSSS. (2011). *Rapport annuel de gestion 2010-2011*. Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*. Québec : MSSS.
- MSSS. (2010). *Services et ressources > Groupes de médecins de famille*. Consulté le 22 décembre 2011, sur Atlas de la Santé et des Services sociaux du Québec : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=8

MSSS, INSPQ, ISQ, IRDES et OFQSS. (2011, 5 octobre). Consulté le 10 janvier 2012, sur Éco-Santé Québec 2011 : www.ecosante.fr/index2.php?base=QUEB&langh=FRA&langs=FRA

RAMQ. (2011). *Manuel des médecins spécialistes. Services de laboratoire en établissement (no 170)*. Québec : RAMQ.

RAMQ. (2003). *Manuel des spécialistes; Brochure no 5; mise à jour : 01-d*. Québec: RAMQ.

Rodrigue, M., & Blanchette, D. (2006). La situation économique des médecins omnipraticiens du Québec de 2000 à 2010 - I. *Le Médecin du Québec*, 41 (11), pp. 107-112.

Simoens, S., & Hurst, J. (2006). *The Supply of Physician Services in OECD Countries*. Paris : OCDE.

Statistique Canada. (2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Ottawa, Canada.

Statistique Canada. (2009). *Tableau 105-3024 : Personnes déclarant avoir un médecin de famille régulier, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, provinces et territoires, occasionnel*. Ottawa : Statistique Canada.

Statistique Canada. (2010). *Tableau 326-0021 : Indice des prix à la consommation (IPC), panier 2005, annuel (2002=100 sauf indication contraire)*. Ottawa : Statistique Canada.

Annexe 1 : Rémunération des omnipraticiens

Tableau A1.1 : Rémunération totale des omnipraticiens selon le type de rémunération et l'année, Québec (\$ constant)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Acte	934 373 035	962 797 547	975 362 411	1 003 659 148	1 031 271 797	1 036 960 549	1 032 706 862	1 014 590 045	1 041 016 182	1 112 591 482
Autre	105 104 866	119 672 819	125 023 160	138 151 993	148 187 197	163 494 047	166 763 864	172 756 551	188 170 239	214 868 641
Chirurgie	32 076 276	33 159 228	32 233 170	32 024 974	31 732 133	30 447 125	30 641 433	30 715 238	31 391 775	34 155 567
Diag&Therap	73 346 495	75 083 685	76 400 110	71 231 922	68 353 469	67 111 144	66 289 072	65 499 695	64 644 487	70 418 105
Exam&Consult	723 845 398	734 881 815	741 705 972	762 250 259	782 998 999	775 908 233	769 012 493	745 618 561	756 809 681	793 149 169
Forfaits			21 935	1 520 167	4 253 025	5 797 918	7 080 152	102 134 359	126 553 620	184 738 131
Mixte					1 011 485	1 687 952	1 673 052	1 806 593	2 214 356	2 307 248
Salaire	75 344 070	77 560 592	79 507 878	80 228 463	79 242 791	76 405 042	73 812 372	72 395 589	71 985 018	72 925 500
SLE	838 820	683 799	703 640	671 959	636 405	583 613	594 245	566 036	561 527	554 397
Vacation	168 931 603	183 743 624	200 058 995	212 177 511	225 065 294	220 725 589	223 399 053	230 876 653	247 636 432	268 871 323
Total général	1 179 487 527	1 224 785 561	1 255 654 860	1 298 257 249	1 341 480 797	1 342 160 664	1 339 265 736	1 422 369 276	1 489 967 136	1 641 988 080

Tableau A1.2 : Répartition de la rémunération totale des omnipraticiens selon le lieu de facturation et l'année, Québec

	Clinique privée	Clinique GMF	CHSCD	Urgence	Clinique-réseau	CLSC_CSSS	Autres	Externe	UMF
2000	55 %	0 %	17 %	13 %	0 %	10 %	4 %	1 %	0 %
2001	53 %	0 %	18 %	13 %	0 %	10 %	5 %	1 %	0 %
2002	52 %	0 %	18 %	13 %	0 %	10 %	5 %	1 %	0 %
2003	49 %	3 %	18 %	15 %	0 %	10 %	5 %	1 %	0 %
2004	44 %	8 %	17 %	16 %	0 %	9 %	5 %	1 %	0 %
2005	42 %	11 %	17 %	16 %	0 %	8 %	5 %	1 %	0 %
2006	39 %	12 %	18 %	16 %	2 %	8 %	5 %	1 %	0 %
2007	38 %	16 %	17 %	14 %	2 %	7 %	5 %	1 %	0 %
2008	32 %	21 %	17 %	14 %	3 %	7 %	6 %	1 %	0 %
2009	29 %	24 %	16 %	14 %	4 %	7 %	6 %	1 %	0 %

Annexe 2 : Rémunération des spécialistes

Tableau A2.1 : Rémunération totale des spécialistes selon le type de rémunération et l'année, Québec (\$ constant)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Acte	1 337 522 929	1 428 137 321	1 423 158 665	1 480 455 065	1 541 588 748	1 530 780 452	1 545 755 169	1 611 802 756	1 697 571 089	1 980 779 830
Autre	48 827 390	56 476 844	62 391 612	65 932 324	74 412 778	73 339 561	78 225 295	118 000 026	156 438 038	193 660 528
Chirurgie	327 373 450	342 677 593	335 387 256	349 862 393	354 045 570	347 792 030	348 287 987	351 127 827	367 047 165	420 836 759
Diagnostic et thérapeutique	367 125 559	402 003 122	405 297 422	423 723 950	445 303 981	453 870 879	462 467 544	473 697 389	488 363 292	559 973 003
Examens et consultations	594 196 531	626 979 762	620 082 376	640 936 397	667 826 419	655 777 982	656 774 344	668 977 514	685 722 593	806 309 540
Forfait	1 030 590	1 218 644	1 552 144	1 818 543	2 621 066	2 861 184	3 059 990	3 275 036	3 642 560	3 772 831
Mixte	190 829 677	258 973 223	283 896 458	326 663 587	377 518 373	389 015 555	397 930 690	420 872 167	447 871 559	462 271 761
Salaire	3 355 192	3 128 948	2 695 031	2 318 827	2 144 212	2 047 492	1 858 870	1 917 862	1 518 356	1 575 840
SLE	115 078 111	88 188 190	86 435 436	89 669 693	98 029 477	98 705 257	99 649 094	97 834 135	99 874 651	109 233 549
Vacation	43 887 391	24 397 200	21 899 611	20 655 054	17 211 076	16 434 733	20 100 098	26 710 366	29 121 411	30 807 272
Total général	1 691 703 891	1 804 043 526	1 819 637 347	1 921 580 769	2 039 112 952	2 039 844 674	2 068 353 911	2 162 412 323	2 279 599 625	2 588 441 083

Tableau A2.2 : Répartition de la rémunération totale des spécialistes selon le lieu de facturation et l'année, Québec

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CHSCD	47,31 %	47,71 %	48,44 %	44,97 %	43,72 %	43,53 %	44,64 %	43,55 %	43,52 %	41,57 %
Clinique externe	26,87 %	26,51 %	26,21 %	26,18 %	26,07 %	26,10 %	26,01 %	26,01 %	25,33 %	26,94 %
Clinique privée	22,16 %	21,82 %	21,32 %	20,33 %	19,74 %	19,30 %	18,85 %	17,85 %	16,84 %	16,46 %
Clinique GMF	0,00 %	0,00 %	0,08 %	4,48 %	6,38 %	6,94 %	5,91 %	7,67 %	9,27 %	9,64 %
CLSC/CSSS	0,09 %	0,10 %	0,10 %	0,09 %	0,08 %	0,07 %	0,06 %	0,07 %	0,05 %	0,04 %
Urgences	3,16 %	3,46 %	3,45 %	3,57 %	3,60 %	3,64 %	4,09 %	4,41 %	4,54 %	4,94 %
Autres	0,41 %	0,39 %	0,39 %	0,39 %	0,41 %	0,42 %	0,45 %	0,45 %	0,45 %	0,42 %
Total général	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %