

La rémunération des médecins, l'urgence d'agir...

Au cours des derniers mois, la rémunération des médecins a reçu une couverture médiatique peu ordinaire. Son ampleur dans un contexte de « rigueur budgétaire » a de quoi faire jaser...

Avec tout ce brouhaha, on passe peut-être à côté du cœur du problème : peut-on développer un système de santé publique, universel et accessible à tous tout en acceptant que les médecins demeurent des travailleurs autonomes, rémunérés à l'acte ?

Dénigrer les médecins? Aucunement ! Prendre conscience de l'absurdité de cet environnement dans lequel ils doivent travailler? Certainement !

Peut-on vraiment développer un système de santé publique en acceptant que les médecins demeurent des travailleurs autonomes ? Et si c'était là la quadrature du cercle ?

« En Occident, on juge de la qualité d'un médecin au taux de remplissage de sa salle d'attente, à la quantité de médicaments qu'il prescrit, alors qu'en médecine orientale un remplissage proche de zéro indique au contraire combien le praticien fait bien son travail de prévention » écrit la docteure Véronique Vasseur dans son livre *Santé, le grand fiasco*.¹

« Les médecins, ce n'est pas des dieux. C'est des êtres humains. Et quand ils ont accès à des revenus, ils veulent en avoir et en avoir plus, comme vous et moi. »²
Gaétan Barrette

Vous trouverez dans les pages qui suivent quelques citations pouvant nourrir votre réflexion.

Sommaire

1- La rémunération à l'acte...

- a) en opposition avec les intérêts du patient où les médecins auront tendance à ...
 - page 2 : [multiplier les actes](#) ;
 - page 3 : [préférer les actes qui rapportent plus à ceux qui rapportent moins](#) ;
 - page 5 : [s'opposer à la délégation d'actes](#) ;
 - page 5 : [accorder moins de temps à leurs patients](#) ;
 - page 5 : [délaisser la prévention](#).
- b) une rémunération devenue ingérable et extrêmement coûteuse
 - page 5 : [pour l'État](#);
 - page 6 : [pour le médecin](#).

2- Le statut de travailleur autonome

- page 6 : [un statut incompatible avec un système de santé public, universel et gratuit](#)

3- Le salariat comme mode de rémunération

- a) page 8 : [Historique](#)
- b) page 9 : [Ce qui se fait ailleurs](#)

1 Clémence Thévenot, Véronique Vasseur, *Santé, le grand fiasco*, Flammarion, 2013, p. 188

2 Radio-Canada, *Médecins millionnaires à Boisbriand : « Il y avait de l'abus », concède Barrette*, 2017-02-02

La rémunération des médecins, l'urgence d'agir...

a) La rémunération à l'acte, un mode en opposition avec les intérêts du patient

Plus des trois quarts des médecins du Québec (77,1 %³) sont rémunérés selon ce mode.

De manière générale, la façon dont on paye les médecins au Québec est un pur produit historique de relations de pouvoir, hérité de la figure du médecin de famille du 18^e siècle qui arrivait chez les gens avec sa mallette et son bistouri, faisait ce qu'il pouvait et repartait après que les gens aient payé pour sa visite.

Au Québec, il apparaît clair que ce mode de rémunération est à la source de nombreuses dysfonctions du système de santé. Le principal outil qui sous-tend ce mode de rémunération est l'incitation financière individuelle : on pense qu'en donnant des carottes financières aux médecins, on va pouvoir changer et contrôler leur comportement clinique. Or, si l'incitation financière change probablement le comportement moyen des gens, elle ne le fait pas toujours dans le bon sens. Globalement, ce mode de rémunération pousse en effet les médecins à faire plus d'actes, mais il peut aussi entraîner des dérives ayant des conséquences sur l'efficacité du système et la qualité de la pratique. Sur le fond, penser qu'il est possible de développer une gestion fine de la pratique médicale par le biais de l'incitation financière individuelle, relève d'une erreur lourde.⁴

[- retour au sommaire -](#)

Dans ce mode de rémunération, les médecins auront tendance à...

- **multiplier les actes ;**
 - Le paiement à l'acte a entraîné la création d'un système fondé sur le volume de soins qui n'offre ni les soins globaux dont la population a besoin ni les suivis appropriés des patients vulnérables ou atteints de maladies chroniques.⁵ p. 267
 - Les médecins rémunérés à l'acte ont avantage, financièrement, à traiter le plus grand nombre possible de patients par jour ouvrable, leur seule contrainte étant de s'assurer - et d'assurer à leurs clients - qu'une norme de soins professionnels est respectée.⁶
 - Or, la littérature met en évidence le fait que la rémunération à l'acte favorise la hausse du nombre et du taux d'interventions sans que cette augmentation soit attribuable aux besoins croissants de la population ou résulte en une amélioration de l'état de santé général (Kilshaw, 1995). De plus, ce mode de rémunération n'encourage en aucune façon les médecins à allouer le temps nécessaire pour évaluer la pertinence des services prodigués.⁷
 - La rémunération à l'acte, de par sa nature, tend à accroître le recours aux services de santé en permettant au médecin de neutraliser les mesures de contrôle des prix par l'augmentation du volume et des types de services.⁸
 - En effet, lorsque cette densité augmente, de nouveaux médecins s'ajoutent dans la zone et exercent une pression à la baisse sur le nombre de consultations par médecin. Cela est dû au fait que plus de médecins se partagent un même bassin de patient·e·s. Delattre et Dormont montrent que les médecins tendent alors à compenser leur perte de patient·e·s en augmentant le volume de soins délivrés au cours de chaque consultation.⁹

3 ICIS, *Tendances des dépenses nationales de santé*, 1975 à 2014.

4 Pocos, *Rémunération des médecins au Québec: une recherche dans les détails de la machine*, 2017-02-02

5 David Levine, *Santé et politique, Un point de vue de l'intérieur*, Boréal, juin 2015, p. 267

6 *Forum national sur la santé, Le secteur de la santé au Canada et ailleurs*, éditions Multimondes, 1998, p. 715

7 François Béland, André-Pierre Contandriopoulos, *Le privé dans la santé*, PUM, 2008, p. 394

8 *Forum national sur la santé, Le secteur de la santé au Canada et ailleurs*, éditions Multimondes, 1998, p. 102

9 IRIS, *L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec*, 2017, p. 55

- En outre, ce mode de rémunération incite à la multiplication des actes et à une croissance des dépenses globales en santé¹⁰.
- Lorsque cette densité augmente, de nouveaux médecins s'ajoutent dans la zone et exercent une pression à la baisse sur le nombre de consultations par médecin. Cela est dû au fait que plus de médecins se partagent un même bassin de patient·e·s. Delattre et Dormont montrent que les médecins tendent alors à compenser leur perte de patient·e·s en augmentant le volume de soins délivrés au cours de chaque consultation. Selon certains économistes, baser la rémunération sur le volume de soins comme le fait le paiement à l'acte amène les médecins à encourager leurs patient·e·s à consommer plus de soins que nécessaire.¹¹
- Le paiement à l'acte est un incitatif financier qui pousse les médecins à encourager la surconsommation de services de santé, étant donné qu'ils sont récompensés pour un volume de services plus élevé. En d'autres termes, les médecins touchent un revenu plus élevé lorsque leurs patients utilisent davantage de services. En outre, le paiement à l'acte n'incite pas les médecins à tenir compte du coût des traitements et leur rémunération n'est pas associée aux résultats de santé des patients.¹²
- Comme le mode de paiement à l'acte récompense le volume, certains ont laissé entendre que les médecins exploitent le fait qu'ils détiennent de l'information sur l'état de santé de leurs patients pour les encourager à surconsommer des soins, par exemple en exagérant la gravité d'une maladie ou le nombre de consultations et de traitements requis (Evans, 1974)... Bien qu'on ne connaisse pas encore l'importance réelle de ce phénomène dans la pratique, des données probantes révèlent que la demande induite est monnaie courante dans les secteurs de l'obstétrique et de la chirurgie thoracique (Yip, 1998)¹³
- Bien que seulement 3 % des médecins reconnaissent que leur pratique est influencée par des considérations financières, 39 % confessent aussi que le nombre de tests médicaux effectués serait moins important s'ils ne généraient pas des revenus supplémentaires.¹⁴
- Le paiement à l'acte encourage les médecins à satisfaire les demandes des malades alors qu'elles ne sont pas sans risque et qu'elles ne sont pas médicalement justifiées.¹⁵
- «Des médecins nous ont dit que, lorsqu'ils travaillent dans un milieu salarié, ils prennent le téléphone et communiquent ainsi le résultat du test, raconte Damien Contandriopoulos. Quand ils sont payés à l'acte, ils demandent au patient de passer à la clinique.¹⁶
- « Rémunérer à l'acte, c'est payer à la pièce. Un peu comme dans une usine : plus on visse de boulons, plus on est payé », explique André-Pierre Contandriopoulos, professeur titulaire au département d'administration de la santé de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.
« Cette forme de rémunération a été abandonnée dans à peu près tous les domaines, sauf en médecine, poursuit cet analyste du système de santé qui s'intéresse depuis longtemps à la rémunération des médecins. On comprend que si on insiste sur la quantité d'actes, on aura des problèmes de qualité. Si on veut un système qui tient compte de la responsabilité du travailleur, on ne peut pas le payer à l'acte. »¹⁷
- Au contraire, le médecin payé à l'acte gagne si le patient revient pour un autre problème et perd au change s'il voit un patient avec de nombreux problèmes de santé (pire, de santé mentale) plus difficiles à prendre en charge de façon « productive ».¹⁸
- Le Dr Hing-Sang Hum risque une amende de 27 500 \$ pour avoir donné presque autant d'argent en chèques pendant quatre ans à trois confrères qui ont adressé des centaines de patientes à sa clinique pour qu'elles passent des échographies.
Pendant quatre ans, Hing-Sang Hum a envoyé des chèques aux médecins Allan B. Climan, Janet Shin-

10 IRIS, [L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec](#), 2017, p. 55

11 IRIS, [L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec](#), 2017, p. 55

12 FCRSS, [Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada](#), 2011-03, p. 2

13 FCRSS, [Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada](#), 2011-03, p. 5

14 [Le Quotidien du médecin](#), 2011-09-27

15 Claude Béraud, cardiologue, [Les modèles de rémunération des médecins praticiens](#), 2017-04-15

16 UdeM-Nouvelles, [Une étude suggère de revoir la manière de rémunérer les médecins](#), 2016-12-09

17 André-Pierre Contandriopoulos, cité dans [Gagner moins pour sauver le système?](#), Santéinc., 2012-08-26

18 Dr. Isabelle Leblanc, [Pour une refonte globale du système](#), *La Presse+*, 2016-02-21

der et Markus C. Martin, totalisant des sommes de 18 140 \$, 13 590 \$ et 4230 \$, respectivement. En tout, il a versé près de 36 000 \$ à ses collègues.

Mais la faute est d'autant plus grave pour le Dr Martin. Il a accepté les chèques de son confrère alors qu'il siégeait au conseil d'administration de son ordre professionnel, responsable de veiller au respect des règles déontologiques des médecins.¹⁹

- Le paiement à l'acte crée les conditions d'une induction de la demande par l'offre, le médecin utilisant son avantage en termes de connaissances pour fournir plus de prestations au patient que ce dernier n'en aurait demandées s'il disposait de la même information que son médecin (Evans 1974). Si le prix des soins diminue à la suite d'un réaménagement du tarif, le médecin réagit en augmentant le volume de prestations s'il entend conserver son revenu (Grignon et al. 2002). Une étude de Gerdtham et al. (1992) portant sur 19 pays de l'OCDE a montré que le paiement des médecins à l'acte est un facteur de hausse des coûts de la santé: les pays où ce système domine ont, toutes choses égales par ailleurs, des dépenses 11% plus élevées que ceux qui ont adopté un autre système de paiement. Selon une autre étude dans les pays de l'OCDE portant sur la période 1970-1991, la densité médicale est associée à des coûts médicaux plus élevés lorsque les médecins sont payés à l'acte... Quant aux coûts d'administration du système, ils sont élevés en comparaison avec des systèmes plus forfaitaires.²⁰
- Lorsque les conditions favorables à l'induction sont réunies – paiement à l'acte, couverture des coûts par l'assurance, paiement à l'acte – une augmentation de la densité médicale et donc une diminution de la part de marché de chaque médecin est souvent associée à une augmentation du volume des soins et une hausse des coûts de la santé.²¹
- Ce résultat confirme l'hypothèse d'induction. Yip (1998) s'est intéressé à l'effet d'une diminution du tarif de Medicare pour les pontages coronariens sur le volume d'interventions. Les chirurgiens sont parvenus à compenser la baisse du tarif par une hausse du volume d'interventions. C'est bien l'offre qui est le facteur causal car il y avait un approvisionnement suffisant avant le changement du tarif. Rice (1983), Christensen (1992) et Zurckerman (1998) sont également arrivés à la conclusion qu'une baisse du tarif tend à être compensée par une augmentation du volume de soins.²²
- La thèse selon laquelle les médecins prescrivent plus de traitements et des traitements plus intensifs lorsque le nombre d'habitants par médecin diminue est confirmée par plusieurs travaux (Cromwell et Mitchell 1986, Rochaix 1989). Delattre et Dormont (2003) se sont intéressés au comportement d'un échantillon de médecins français en pratique privée payés à l'acte. Le nombre de consultations ne diminue que très faiblement lorsque le ratio médecin/population s'accroît et les médecins compensent la baisse de revenu en augmentant le volume de soins à chaque patient.²³

[- retour au sommaire -](#)

• **préférer les actes qui rapportent le plus à ceux qui rapportent moins ;**

- Les économistes ayant travaillé à ce projet de recherche ont constaté qu'entre 1970 et 1982, le taux de fertilité aux États-Unis a diminué de 13,5 %. Owings et Gruber, les économistes en question, ont remarqué que pour compenser leurs pertes de revenus, les médecins en obstétrique ont eu tendance à proposer davantage d'accouchements par césarienne. Selon ces chercheurs, comme les paiements pour accouchement par césarienne étaient plus élevés, les médecins ont induit une demande accrue de césariennes, leur permettant ainsi de récupérer une partie de leurs pertes de revenus liées à la baisse de fertilité. La même dynamique s'est observée dans les chirurgies thoraciques.²⁴
- Actuellement au Québec, les médecins savent tous qu'il existe des actes plus « rentables » que d'autres. Dans toutes les spécialités, on sait quel acte est rentable et lequel ne l'est pas ; on sait ce qui va prendre du temps et ce qui, considérant le temps consacré, ne sera pas payant, fera faire moins d'argent que les collègues. Les médecins ne cherchent pas uniquement bien sûr à maximiser les profits, mais insidieuse-

19 Hugo Duchaine, [Il payait des collègues pour lui adresser des patientes](#), *Journal de Montréal*, 2017-11-01

20 Claude Jeanrenaud, Université de Neuchâtel, [Mode de rémunération des médecins et coûts de la santé en Suisse](#), p 3

21 *Ibidem*, p 5

22 *Ibidem*, p 6

23 *Ibidem*, p 6

24 IRIS, [L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec](#), 2017, p. 55

ment, quand des écarts importants se creusent dans la rentabilité des actes, cette notion finit par être intégrée à la pratique et teinter le jugement clinique.²⁵

- Lorsque le Danemark a remplacé la rémunération par capitation par la rémunération à l'acte, le taux de référence à d'autres professionnels a diminué. Les médecins avaient soudainement un intérêt à revoir le plus souvent possible leurs patients. À l'inverse, lorsque quatre municipalités norvégiennes ont diminué leur part de rémunération à l'acte pour les remplacer par davantage de capitation, le taux d'adressage à des spécialistes a augmenté substantiellement²⁶.
- Quand un médecin de famille fait une excision de 3 centimètres pour retirer un grain de beauté, il facture souvent 14,70 \$ au gouvernement. À 5 cm, c'est 22 \$. Mais attention, chaque centimètre de plus inscrit sur la règle commande une hausse de tarif de 13,60 \$.²⁷
- En spécialité, il est beaucoup plus difficile pour un patient d'avoir accès en temps opportun à des actes considérés comme peu rentables pour les médecins. Cet effet se fait également ressentir en première ligne : si vous êtes une personne défavorisée, avec un profil de maladie complexe, votre prise en charge va exiger de la part du médecin plus de temps et d'énergie. Vous risquez d'être jugé non rentable et laissé sur la liste d'attente. Les mesures incitatives financières finissent par favoriser le soin des gens riches et en santé.²⁸
- «Au fil du temps, les médecins s'habituent à cette façon de fonctionner et ils finissent par avoir tendance à valoriser ce qui est rémunéré et à ne pas prêter attention à ce qui ne l'est pas», note Mme Brousselle. «Il faut faire très attention quand on utilise une incitation financière, car elle peut désensibiliser les médecins quant aux qualités fondamentales, aux valeurs et à la façon de se comporter, renchérit M. Contandriopoulos. Notre système actuel n'encourage pas cela et l'on voit une limite aux incitatifs.»²⁹
- Parfois, les médecins choisissent la chirurgie non pas parce qu'elle est préférable à d'autres traitements, mais parce qu'ils augmentent ainsi leur rémunération, suggère une étude publiée dans le Journal of the American Medical Association (JAMA) Surgery, relayée par le New York Times.³⁰
- Le paiement à l'acte favorise des rencontres brèves. Le médecin est plus à risque de vouloir terminer la rencontre en demandant un examen plutôt que de prendre le temps d'expliquer la non-nécessité de l'examen ou d'une autre consultation. Ceci génère des coûts et de l'anxiété et favorise la découverte d'incidentalomes qui démarrera un autre cycle d'investigation et de traitements inappropriés.³¹
- Il semble y avoir un constat consensuel voulant que le paiement à l'acte soit une mesure incitative qui contribue grandement à l'augmentation du volume des activités, mais sans nécessairement contribuer à l'amélioration de la qualité et de la pertinence de ces actes.³²
- Prescrire une pilule, ça demande cinq secondes: le temps d'écrire le nom sur l'ordonnance. Poser un DIU ou un implant ne demande pas beaucoup plus de temps (cinq ou dix minutes, sans se presser), mais c'est plus long à apprendre et plus long à faire en consultation: il y a des instruments à préparer, des gestes à faire, des précautions à prendre. Tout ça prend du temps. Et le temps, c'est de l'argent. Prescrire exclusivement la pilule, c'est s'assurer qu'on va recevoir beaucoup de patientes en peu de temps.³³

[- retour au sommaire -](#)

25 Contandriopoulos..., [Rémunération des médecins: dans les détails de la machine](#), *L'Actualité*, 2017-02-02

26 IRIS, [L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec](#), 2017, p. 57

27 Francis Vailles, [La tarification à l'acte est devenue un monstre](#), *La Presse+*, 2015-01-19

28 Contandriopoulos...[Rémunération des médecins: dans les détails de la machine](#), *L'Actualité*, 2017-02-02.

29 UdeM-Nouvelles, [Une étude suggère de revoir la manière de rémunérer les médecins](#), 2016-12-09

30 Psychomédia, [Le choix peut dépendre de ce qui est plus payant pour le médecin](#), 2107-03-09

31 Association médicale québécoise, [Le surdiagnostic : constats et plan d'action](#), 2014-04, p. 11

32 *Ibidem*, p. 15

33 Dr. Marc Zaffran, [Le patient et le médecin](#), PUM, septembre 2014, p. 131

- **s'opposer à la délégation d'actes ;**

- Ce mode de paiement n'incite pas non plus les médecins à déléguer des actes ou à favoriser des modes alternatifs de consultation³⁴.
- Selon le commissaire à la santé, Robert Salois, dont le mandat est d'évaluer la performance du système de santé, la rémunération à l'acte ne favorise pas un travail en collaboration avec les infirmières et d'autres professionnels de la santé. Il estime que ce mode de rémunération doit être revu pour favoriser un meilleur accès aux soins de santé.³⁵
- La rémunération à l'acte a un autre grand désavantage : elle ne favorise en rien le travail interprofessionnel, le décourageant, même, diront certains, en ne permettant pas au médecin d'être compensé pour les actes délégués.³⁶

- **accorder moins de temps à leurs patients ;**

- Comme le laissent supposer ces observations générales, la durée de la consultation est plus courte chez les médecins rémunérés à l'acte que chez les médecins salariés. Deux études ont relevé la présence d'une forte corrélation inverse entre la durée de la consultation et la délivrance d'ordonnances de médicaments [Tamblyn et Perreault, 1995, p. 17].³⁷

- **délaisser la prévention.**

- Le Dr Martin Juneau, directeur du Centre de médecine préventive et d'activité physique de l'Institut de cardiologie de Montréal encourage ses patients à adopter un régime méditerranéen ou même végétalien : « Avec ça, on ne les revoit plus jamais et ils ne veulent pas revenir en arrière. » « Je ne peux pas prendre ma retraite pour l'instant. Comme cardiologues en prévention, nous gagnons quatre fois moins que des cardiologues en hémodynamie. Il y a peu d'intéressés... »³⁸ Martin Juneau médecin, directeur du Centre de médecine préventive et d'activité physique (Centre EPIC)
- Bref, le paiement à l'acte contribue peu au contrôle des coûts et n'offre aucune récompense ou mesure incitative poussant à offrir des soins de grande qualité (par l'utilisation efficace des ressources, qu'elles soient de nature préventive ou thérapeutique) ou à atteindre les résultats désirés.³⁹

[- retour au sommaire -](#)

b) La rémunération à l'acte, un mode ingérable et extrêmement coûteux

1- Pour l'État :

- La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) gère annuellement environ 55 millions de demandes de paiements de médecins. C'est plus de 220 000 factures par jour ouvrable. En 2015, le vérificateur général du Québec a publié un rapport sur la rémunération des médecins.
D'abord, rappelons que chaque acte médical est lié à un code de facturation. En 1970, il y avait 500 codes de facturation différents. Entre 1970 et 2017, le nombre de codes est passé de 500 à plus de 11 000. Et ces 11 000 codes de facturation peuvent être modifiés jusqu'à trois fois chacun.
Parce que le nombre de codes a littéralement explosé, la RAMQ a dû investir, il y a quelques années, 35 millions de dollars dans un système informatique, juste pour gérer les factures des médecins.
Le système de rémunération est tellement difficile à comprendre que la RAMQ dispose d'un centre d'appels pour répondre aux questions des médecins : en 2014, le centre d'appels de la RAMQ a reçu plus de 70 000

34 IRIS, [L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec](#), 2017, p. 55

35 Pierre Pelchat, [Le Québec, bastion de la rémunération à l'acte des médecins](#), *Le Soleil*, 2015-03-25

36 Dr. Isabelle Leblanc, [Pour une refonte globale du système](#), *La Presse+*, 2016-02-21

37 Forum national sur la santé, [Le secteur de la santé au Canada et ailleurs](#), éditions Multimondes, 1998, p. 715

38 Josée Blanchette, [Médecin de cœur - La petite révolution du Dr Juneau](#), *Le Devoir*, 17 mars 2017

39 FCRSS, [Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada](#), p. 5

demandes de renseignements. Si le centre d'appels n'est ouvert qu'en semaine, 8 heures par jour, 63 000 demandes d'information représentent un appel toutes les deux minutes.⁴⁰

- Au Québec, on a deux faiblesses combinées. On paye les médecins à l'acte et on a décidé que personne n'était capable de regarder quels actes étaient faits à qui, quand et pourquoi.⁴¹ *Damien Contandriopoulos*
- La RAMQ ne fait cependant pas d'enquêtes élargies pour débusquer les abuseurs du système. Elle dispose des bases de données qui lui permettraient de le faire, mais cela ne fait pas partie de son mandat.⁴²
- Plus profondément, ce mode de rémunération n'aide pas le Québec à résoudre ses principaux problèmes, l'accès à un médecin de famille et le développement de la première ligne. On a essayé de bidouiller ce système imparfait en rajoutant des primes et des incitatifs qui, on vient de le voir, le rendent plus opaque et moins gérable.⁴³
- L'AMQ soulignait dans un mémoire que le manuel des tarifs destinés aux médecins de famille comprenait 504 pages. Les règles de facturation comptent 1500 pages. Pour les médecins spécialistes, le guide des tarifs comprend 832 pages et les règles de facturation, 1330 pages. Enfin, les ententes entre les médecins et le gouvernement sont elles-mêmes volumineuses et tendent à alourdir les calculs de rémunération⁴⁴.
- « Ce qu'on observe, c'est qu'une augmentation des dépenses sociales a un plus grand impact sur la santé que les dépenses dans les systèmes de santé eux-mêmes », explique Daniel Dutton. Chercheur post-doctorant spécialisé en politiques publiques et en économie à l'Université de Calgary, il s'est penché sur 31 ans de dépenses canadiennes sociales ou de santé et leurs effets, soit de 1981 à 2011.⁴⁵

2- Pour le médecin :

- Le système est à ce point complexe que même les médecins confient la gestion de leur facturation à l'une des 214 agences privées. « Les médecins ne s'y retrouvent plus. Il s'agit d'une des plaintes les plus fréquentes de nos membres », admet le PDG de la Fédération des omnipraticiens du Québec (FMOQ), Louis Godin.⁴⁶
- Compte tenu du poids de la tâche administrative de facturation, il n'est pas surprenant que bon nombre de médecins aient recours à des agences de facturation médicale. Selon la liste annuelle publiée par la revue Santé Inc., quelque 8070 médecins auraient recours à ces services qui les aident à facturer, mais aussi à maximiser leurs gains dans ce processus⁴⁷.

[- retour au sommaire -](#)

2- L'incompatibilité du médecin entrepreneur dans un système de santé public

À la recherche d'« opportunités », ils auront tendance à phagocyter le système public.

[...] les médecins sont en quelque sorte des gens d'affaires à la tête de leur propre PME : ils et elles ont des clients à satisfaire, des revenus à facturer, du personnel à gérer, de la paperasse à administrer, des services à assurer, des comptes à payer, des contrats à signer, etc. Bien que la médecine au Québec soit de plus en plus fonctionnarisée, il est encore pertinent de considérer les médecins comme des chefs d'entreprise qui ont le loisir d'organiser leur pratique selon leur plan de carrière et leurs objectifs personnels.⁴⁸

- Le gouvernement lui-même, comme le disait le Dr Luc Bessette... est le plus grand consommateur de médecine privée au Québec, via la CSST et la SAAQ.⁴⁹
- Le Dr Antoine Groulx, directeur de l'organisation des services de première ligne intégrés au MSSS, est convaincu que le GMF est la clinique de l'avenir, en plus de constituer une sage décision d'affaires. Le

40 Radio-Canada, [Le casse-tête de la rémunération à l'acte des médecins](#), 2018-03-07

41 Radio-Canada, [Voici pourquoi des médecins peuvent facilement abuser des fonds publics](#), 2017-02-02

42 *loc. cit.*

43 Alain Dubuc, [Le fouillis de la médecine à l'acte - La Presse+](#) - 2015-12-02

44 IRIS, [L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec](#), 2017, p. 55

45 Amélie Daoust-Boisvert, [Les dépenses sociales, la clé pour la santé](#), *Le Devoir*, 2018-01-22

46 Francis Vailles, [La tarification à l'acte est devenue un monstre](#), *La Presse+*, 2015-01-19

47 IRIS, [L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec](#), 2017, p. 55

48 *Ibidem*, p. 49

49 IEDM, [Les entrepreneurs vont sauver le système de santé, pas les politiciens](#), *Journal de Québec*, 2018-02-05

Ministère ne se cache pas de tirer la couverture très fort pour que les omnipraticiens choisissent le GMF plutôt qu'une autre forme de clinique.⁵⁰

- Les médecins en tant qu'entrepreneurs payés à même les fonds publics sont devenus si puissants que leur influence sur les politiques publiques est davantage motivée par leurs propres intérêts que par le désir d'avoir le système de santé le plus efficace possible.⁵¹
- ... les GMF sont la propriété privée des médecins. Cela signifie que même si ces établissements sont entièrement financés par l'argent public, leur gestion est entièrement privée : ce sont les médecins qui gèrent eux-mêmes et elles-mêmes « leur » clinique. Autrement dit, les décisions concernant leur fonctionnement (par exemple : les heures d'ouverture, l'organisation du travail, etc.) sont la prérogative des médecins à qui appartiennent ces cliniques. Cela signifie également que les GMF n'ont pas à se conformer à une mission définie par l'État, comme c'était le cas des CLSC.⁵²
- « ... de tels acteurs privés ont tout intérêt à promouvoir le développement de produits d'assurances privés et leur mise en concurrence avec le régime public d'assurance maladie... Ce genre de mesures pourrait avoir comme effet de réduire l'offre publique de services et ultimement, de modeler tout le système de santé sur celui qui prévaut en médecine dentaire, où la couverture publique a été réduite sans cesse au fil des ans. Par ailleurs, la finalité de telles structures étant de limiter la responsabilité financière des actionnaires et de diminuer la charge fiscale des acteurs, on est en droit de se demander s'il est éthique que l'État québécois finance de telles entreprises. »⁵³
- L'émission Enquête a accompagné, avec une caméra cachée, un patient qui allait faire faire une évaluation pour une chirurgie de la cataracte à l'Institut de l'œil des Laurentides. Ce patient s'est fait dire qu'il devait se soumettre à cinq tests avant l'intervention. La facture s'élevait à 600 \$. Selon le président de l'Association des ophtalmologistes consulté par Enquête, le Dr Côme Fortin, seul un des tests avait un lien avec la chirurgie de la cataracte.⁵⁴
- L'histoire du Dr Issam El Haddad, un chirurgien de La Sarre en Abitibi qui s'organisait, depuis des années, pour travailler le soir, la nuit et les week-ends afin de bénéficier de primes allant de 70 % à 150 %. Ce chirurgien avait gagné autour de 1,5 million de dollars en 2015, soit plus de trois fois le salaire moyen d'un médecin spécialiste québécois.⁵⁵
- Il est en effet difficile de passer sous silence que si les soignants ont du travail, c'est parce que des gens souffrent. Jusqu'à quel point est-il acceptable que je gagne ma vie grâce à la souffrance des autres? Œuvrer à soulager ces souffrances ne justifie pas, moralement, que je m'enrichisse aux dépens des premiers intéressés. [...] Le problème se complique encore quand on sait qu'aux yeux de tout le monde ou presque, ce qui est cher semble toujours avoir plus de valeur que ce qui est bon marché.⁵⁶
- Les médecins ne sont pas infaillibles : en 2004, une étude pancanadienne concluait que jusqu'à 24 000 morts par année sont dues à des erreurs médicales⁵⁷.
- « ... les erreurs médicales ne sont pas anecdotiques, mais ont un caractère systémique qui cause d'énormes dégâts. » Selon lui (Me Jean-Pierre Ménard), les coûts des erreurs médicales s'élèvent à des centaines de millions de dollars qui ne sont pas consacrés aux services de première ligne. »⁵⁸
- Les erreurs médicales sont la troisième cause de décès aux États-Unis⁵⁹ derrière les maladies cardiaques et le cancer, selon une étude publiée dans le *British Medical Journal*.

50 Santéinc., [Comment démarrer sa propre clinique](#), 2013

51 David Levine, *Santé et politique, Un point de vue de l'intérieur*, Boréal, juin 2015, p. 267

52 IRIS, [Des CLSC aux GMF](#), 2016-03-03

53 MQRP, [Les GMF au Québec - Étude de cas d'une médecine entrepreneuriale](#), 2017, p. 12

54 Amélie Daoust-Boisvert, [Les pratiques de l'Institut de l'œil des Laurentides](#), *Le Devoir*, 2017-03-17

55 Radio-Canada, [Voici pourquoi des médecins peuvent facilement abuser des fonds publics](#), 2017-02-02

56 Dr. Marc Zaffran, *Le patient et le médecin*, PUM, septembre 2014, p. 55

57 Radio-Canada, <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/175790/erreurs-medicales>, 2004-05-22

58 *loc. cit.*

59 Psychomédia, [Les erreurs médicales, 3^e cause de décès aux États-Unis](#), 2016-05-04

- Les médecins qui travaillent en clinique reçoivent un supplément par acte pour payer le matériel, les employés, les frais de bureau. Que ces frais de bureaux soient liés au nombre d'actes est un peu farfelu – c'est l'infrastructure qui coûte cher dans une clinique ; voir plus de patients ne génère généralement pas beaucoup plus de frais.⁶⁰
- On peut se demander si la médecine entrepreneuriale aurait évolué comme elle le fait maintenant sans la rémunération à l'acte.
Verrions-nous tant de mégacliniques, de frais accessoires, de recherche de profit ? Un médecin payé à salaire ou à la capitation pourrait difficilement se constituer en société et bénéficier des mesures fiscales de l'incorporation.⁶¹
- Comme l'explique Jean-Pierre Ménard, avocat spécialisé en droit médical, «□ dans les faits, les services offerts aux patients par les médecins ont diminué de 10 % en cinq ans. Au Québec, les médecins ne sont soumis à aucune contrainte de productivité. Les médecins sont libres de travailler quand ils veulent, comme ils veulent et de donner le service à qui ils veulent. Ils choisissent leurs patients et leur cadre de pratique et nous on paie et on n'a rien à dire là-dessus. Nous n'avons jamais eu autant de médecins, le Québec a un des ratios médecins-population les plus élevés au Canada. Pourtant la performance des médecins québécois, en termes d'accès aux soins et de suivi des patients, se classe au dernier rang de la moyenne canadienne ».⁶²
- « ... une approche fondée sur les lois du marché, sans que les questions de prévention, d'accès pour tous aux soins et de déontologie reçoivent la prééminence. Le malade cesse d'être un patient pour devenir un client. Le citoyen n'est plus qu'un consommateur. »⁶³

[- retour au sommaire -](#)

2- Le salariat comme mode de rémunération

a) Historique

Le choix de privilégier le salariat pour les médecins œuvrant dans les CLSC avait été favorisé par la Commission Castonguay-Nepveu parce qu'on jugeait la rémunération à l'acte incompatible avec le type de pratique qu'on espérait voir se développer dans ces nouveaux établissements, c'est-à-dire une approche globale, axée sur la prévention et organisée autour d'équipes de soins multidisciplinaires. Une médecine globale centrée sur la prévention et la réadaptation et qui tient compte de l'aspect psychosocial de la maladie, le travail en équipe, des soins axés sur l'individu et sa famille seront difficiles, voire impossibles à réaliser, dans un système de rémunération à l'acte.⁶⁴

- Le médecin entrepreneur : Comme travailleur autonome, le médecin doit s'assurer d'asseoir son affaire sur une base valable: emprunter, mettre en marche son bureau, embaucher des assistants, prévoir à court et à long terme les aléas de son entreprise, mettre de côté de quoi payer des vacances indispensables, un plan de retraite, des risques de poursuite, les responsabilités civiles et tous les coûts d'une vie familiale sans cesse perturbée par ses obligations professionnelles.
Il apparaît déjà qu'un système plus simple serait, pour la RAMQ, de pourvoir à sa place à toutes ses préoccupations. On pourrait ainsi l'aider à revenir vers les siens, travailleurs de la santé, c'est-à-dire vers tous ceux qui l'accompagnent, le soutiennent et le confirment dans son oeuvre sanitaire, plutôt que de le pousser vers les comptables, les conseillers financiers, les assureurs et les divers entrepreneurs qui cherchent sa compagnie. Ce système plus simple, c'est le salariat.⁶⁵
- En ligne de mire, plus que le nombre de praticiens, c'est le principe même de la libre installation des médecins qui est visé. Or il s'agit, par définition, de la grande conquête du libéralisme médical mais aussi, si on l'analyse objectivement, d'une « liberté » à rebours et à double tranchant : l'art de produire des médecins entassés en ville et absents en régions.

60 Dr. Isabelle Leblanc, [Pour une refonte globale du système](#), *La Presse+*, 2016-02-21

61 *loc. cit.*

62 Denis Guénette, Perspectives CSN, [Système de santé québécois, Le gros lot aux médecins](#)

63 François-Xavier Verschave, *La santé mondiale, entre racket et bien public*, 2004, Editions Charles Léopold Mayer, p. 132

64 IRIS, [CLSC OU GMF ? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources](#), 2017-05-18, p. 7

65 Claude Saint-Laurent, Médecin, [Pour le salariat des médecins](#), *Le Devoir*, 2011-02-14

Mais toute mesure sera vouée à l'échec si les dirigeants politiques ne remettent pas en cause certains acquis, comme la liberté absolue d'installation.⁶⁶

- En guise de remède, Zaffran adhère à une proposition d'André-Pierre Contandriopoulos, professeur en administration de la santé à l'Université de Montréal, selon laquelle les médecins devraient être des salariés de la collectivité, payés, ni plus ni moins, comme les professeurs d'université. Ainsi, nous pourrions même avoir plus de médecins, qui seraient libérés de la logique entrepreneuriale, incompatible avec la vocation humaniste de leur profession.⁶⁷

b) Ce qui se fait ailleurs :

- Les chercheuses Paris et Devaux soulignent que dans au moins les deux tiers des pays de l'OCDE, les soins spécialisés offerts à des patients hospitalisés sont le fait de médecins rémunérés à salaire⁶⁸.
- Il est tout à fait étonnant, pour celui qui l'ignore, d'apprendre que 14 % des médecins québécois (internes, résidents, chercheurs, professeurs, médecins de médecine industrielle, d'hygiène publique, etc.) et 80 % des médecins des pays scandinaves (démocratiques, libres et prospères) sont salariés. D'apprendre aussi que tous les médecins anglais (Royaume-Uni) travaillent en régime salarial et que, même en France, un mouvement naissant mais appréciable pousse les nouveaux médecins à réclamer le salaire plutôt que le système de remboursement étatique établi sur la base du paiement à l'acte ou à forfait.⁶⁹
- Les meilleurs systèmes de santé américains, ceux du Veterans Health Administration (VHA) et de Kaiser Permanente, paient leurs médecins à salaire avec, à la marge, des primes lors de l'atteinte des objectifs. Ces primes sont surtout collectives. On remarque également que, dans ces organisations, la diffusion de l'information sur les résultats obtenus est très encouragée et de pratique courante.⁷⁰

- retour au sommaire -

Pierre Clouâtre, Mariette Gélinas, Claude G. Genest, Ghislaine Larivière, André Lecomte, Martine Perrin, Jean-Yves Proulx, Louis-Marie Thériault, Claude Trudel

Trois-Rivières

Pour signer la pétition demandant la « Révision du mode de rémunération des médecins »
sur le site de l'Assemblée nationale :

<https://www.assnat.qc.ca/fr/exprimez-votre-opinion/petition/Petition-7209>

66 Clémence Thévenot, Véronique Vasseur, *op. cit.*, p. 125 & 127

67 Louis Cornélius, *Il faut qu'on parle de nos médecins*, *Le Devoir*, 2015-12-19

68 IRIS, *L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec*, 2017, p. 58

69 Claude Saint-Laurent, Médecin, *Pour le salariat des médecins*, *Le Devoir*, 2011-02-14

70 Association médicale canadienne, *Le surdiagnostic : constats et plan d'action*, p. 21