

Les effets pervers de la rémunération des médecins de famille au Québec

Maude Laberge, Ph. D.^{1,2,3,4} et **Balkissa Tonde**, Ph. D. (c)^{3,4,5,6}

¹ Département de médecine préventive et sociale, Université Laval

² Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval

³ VITAM – Centre de recherche en santé durable, Université Laval

⁴ Centre de Recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches

⁵ Département des opérations et des systèmes de décision, Université Laval

⁶ Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval

FAITS SAILLANTS

- En 2024, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a estimé le nombre médecins de famille en pratique à 9 887, et considérait qu'il en manquait plus de 1500 (1).
- Bien que le nombre de médecins de famille par 100 000 habitants ait augmenté de 140 %, passant de 55 en 1975 à 132 en 2021 (2), cette croissance n'a pas suffi à compenser l'augmentation de la demande de services. En 2024, 2,3 millions de Québécois, soit 27 % de la population, n'ont toujours pas de médecin de famille (3).
- Entre 2019 et 2024, le taux d'inscription des patients à un médecin de famille a chuté de 82 % à 73 % (4), tandis que la désaffiliation des médecins de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a augmenté de 307 % au cours des 15 dernières années (5).
- Le paiement à l'acte représente 70 % de la rémunération des médecins de famille (6). En 2022-2023, 68,7 % des médecins ont facturé en moyenne 231,3 jours à la RAMQ, tandis que 31,3 % ont facturé moins de 175 jours (1). Leur rémunération brute moyenne au Québec (384 305 \$) dépasse celle de la moyenne canadienne (354 115 \$) et de l'Ontario (333 422 \$), soit 15,26 % de plus que leurs homologues ontariens (7).

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Les mécanismes de rémunération et enjeux théoriques

Au Québec, la rémunération des médecins de famille repose principalement sur la rémunération à l'acte, avec une part marginale pour la capitation et le salaire (8). Le paiement à l'acte basé sur une facturation individuelle des consultations accroît la productivité, mais peut induire une surutilisation des services et nuire à l'efficacité du système de santé (6,9). La capitation, fondée sur une rémunération forfaitaire par patient inscrit, offre une stabilité budgétaire et favorise une approche préventive, mais son efficacité dépend d'un ajustement aux besoins des patients (6,10). **Le paiement du**

salaire repose sur un montant fixe établi sur une base horaire ou annuelle, indépendamment du volume de services rendus ou du nombre de patients traités (6). **Ce modèle a été aboli en 2011 et seuls les médecins qui étaient salariés (soit ceux pratiquant en centre local de services communautaires (CLSC)) avant cette date peuvent le demeurer** (8). Toutefois, l'absence de lien avec la productivité et le contrôle des coûts médicaux pouvait entraîner une inefficience financière pour le système de santé (10).

Enjeux de la rémunération des médecins de famille au Québec

Au Québec, la rémunération des médecins de famille représente des dépenses de 3,6 milliards de dollars en 2021-2022, dont 72 % sous forme de paiement à l'acte et 28 % sous d'autres modes de rémunération (11,12). Pour améliorer l'accès aux soins, des mesures incitatives, telles que les primes d'inscription des patients (980,5 millions de dollars entre 2016 et 2019), ont été instaurées (13). De plus, les obligations imposées aux médecins de famille affiliés à la RAMQ en début de carrière, notamment les activités médicales particulières, limitent leur disponibilité pour les soins de première ligne. Ainsi, 51 % des omnipraticiens exercent en deuxième ligne et consacrent 25 % de leur temps aux tâches administratives, ce qui réduit significativement l'offre de soins primaires (1,15). En 2021, le gouvernement a instauré les guichets d'accès à la première ligne (GAP) qui ont permis d'orienter 43 % des patients vers un médecin, mais sans augmenter la capacité globale du système (16). Parallèlement, la désaffiliation des médecins de la RAMQ accentue la pénurie en soins primaires et favorise l'essor des cliniques privées, notamment à Montréal et à Québec, où environ 80 établissements opèrent hors du régime public (5). Ces médecins désaffiliés à la RAMQ fixent librement leurs honoraires, généralement largement plus élevés que ceux du régime public, augmentant le coût des soins pour les patients.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Bien que le mode de rémunération des médecins de famille influence leur pratique ainsi que l'organisation des soins, il ne constitue pas le seul facteur déterminant. La pratique médicale repose aussi sur des normes professionnelles, des valeurs éthiques, les attentes des patients et les structures organisationnelles.

La pratique des médecins

Le paiement à l'acte s'est avéré souvent incompatible avec une organisation des soins fondée sur la collaboration interprofessionnelle, pourtant essentielle pour répondre aux besoins complexes des patients (12,17). Par ailleurs, avec les années, le paiement à l'acte s'est beaucoup complexifié au Québec avec des codes de facturation distincts pour une consultation selon des caractéristiques des patients, telles que l'âge ou le statut de vulnérabilité. Toutefois, certaines activités réalisées par les médecins ne sont pas codifiables, ce qui peut donner l'impression d'un travail non rémunéré. Cette situation influence les pratiques médicales, incitant certains médecins à privilégier les actes mieux rémunérés par rapport à l'effort requis. De plus, l'hétérogénéité des revenus chez les médecins de famille ne reflète pas uniquement le temps de travail, mais aussi une adaptation stratégique aux modes de rémunération, affectant potentiellement l'équité et l'efficacité du système de santé.

Sur les patients

Certains patients se sentent traités comme des clients et dénoncent une déshumanisation des soins¹⁸. En effet, la structure tarifaire actuelle ne tient pas toujours compte des besoins complexes de certains patients, notamment ceux nécessitant un suivi prolongé ne répondant pas aux critères de vulnérabilité de la RAMQ. En conséquence, ces patients peuvent recevoir une prise en charge inadéquate. Face aux difficultés d'accès aux médecins de famille, de nombreux Québécois se tournent vers les urgences. Bien que la cible d'assiduité de 80 % instaurée en 2018 ait été atteinte (19), 72 % des visites aux urgences pour des problèmes non prioritaires en 2018-2019 concernaient des patients inscrits auprès d'un médecin de famille (20). Pour améliorer l'accès, le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) a été mis en place, avec 500 millions de dollars alloués pour réduire les listes d'attente. Cependant, son efficacité en matière de continuité des soins et d'équité régionale reste encore à démontrer (12,21). Cette situation est particulièrement critique dans les régions où les patients en attente d'un médecin de famille sont nombreux. En 2024, plusieurs régions comptaient un grand nombre de patients en attente d'un médecin, notamment Pierre-Boucher (41 345 patients), Alphonse-Desjardins (39 734) et Rivière-du-Nord/Mirabel-Nord (30 201) (3). Toutefois, au-delà des difficultés d'inscription à un médecin de famille, l'absence de régulation sur les prix des consultations des médecins désaffiliés favorise les patients ayant une meilleure capacité de payer, ce qui engendre des iniquités d'accès aux soins.

Sur le système de santé

La rémunération des médecins de famille présente des failles systémiques, notamment un suivi insuffisant de la facturation soumise à la RAMQ, favorisant les erreurs et les fraudes¹⁷. Les contrôles effectués par la RAMQ sont de deux types. Les contrôles a priori, essentiellement informatiques, ne tiennent pas compte des risques liés aux pratiques de facturation, bien que ces dépenses représentent 62 % du budget de la RAMQ (22). Les contrôles a posteriori, basés sur l'examen des dossiers et la validation des services, sont rares, touchant seulement 2 % des médecins en 2014 et se limitant souvent à un seul code d'acte (22). Cette dynamique engendre une inefficience systémique, avec des conséquences directes sur la gestion optimale des ressources publiques. Cependant, la FMOQ attribue ces dysfonctionnements non seulement au modèle de rémunération, mais aussi aux lacunes organisationnelles du système de santé (23).

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les médecins de famille jouent un rôle central dans le système de santé québécois, mais les mécanismes de rémunération actuels présentent des limites qui affectent leur pratique, l'accès des patients aux soins et l'efficacité du système dans son ensemble. Une réforme structurelle est nécessaire pour aligner leur rémunération avec les objectifs d'accessibilité, d'équité et de qualité des soins.

Recommandations

1. **Offrir plusieurs modèles de rémunération et de pratique** pour mieux répondre à la diversité des préférences et des pratiques. Les modèles seraient tous mixtes, mais chacun avec un mécanisme dominant (capitation, paiement à l'acte, salaire).

2. **Privilégier une capitation ajustée au risque** pour les patients inscrits et dont le suivi est prévu à long terme. Le montant devrait couvrir les services de soins primaires courants, qui pourraient être dispensés selon la modalité la plus pertinente au contexte (présentiel, consultation par vidéo, téléphone, etc.).
3. **Introduire des primes de performance basées sur les meilleures pratiques cliniques**, notamment pour la prévention (p. ex. dépistage du cancer) et la gestion des maladies chroniques pour les patients inscrits. Les primes pourraient être applicables au médecin ou à la clinique selon les activités considérées et pour encourager la collaboration interdisciplinaire.
4. Privilégier le paiement à l'acte pour des patients non-inscrits, à l'extérieur de leur territoire au moment d'accéder aux soins (p. ex. en vacances) ou pour des actes rares en soins primaires et donc exclus du panier de capitation.
5. Diminuer le nombre de codes de facturation pour le paiement à l'acte.
6. **Revoir les activités médicales particulières** pour permettre plus d'agilité et mieux répondre aux préférences des médecins et aux besoins en soins primaires.
7. **Améliorer la transparence** de la pratique médicale avec des mécanismes de collecte et de diffusion (tableaux de bord publics) de données robustes et des indicateurs de qualité de soins pertinents.
8. **Encadrer la pratique des médecins désaffiliés de la RAMQ**, notamment au niveau des prix afin de diminuer son attractivité.

RÉFÉRENCES

1. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Portrait 2024 de la médecine de famille au Québec. *Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* <https://www.fmoq.org/dossier-actualites/portrait-2024-de-la-medecine-de-famille/> (2024).
2. Fortin, B., Ndoutoumou, J., Gbeto, J. & Laberge, M. *Impact Des Mesures Incitatives et Coercitives Sur Le Lieu de Pratique Des Nouveaux Médecins de Famille*. <https://cirano.qc.ca/files/publications/2025RP-02.pdf> (2025).
3. Leway, É. Y. 2,3 millions de Québécois sans médecin de famille : « On n'est pas des trous de cul », plaide un médecin qui vient de prendre sa retraite de la RAMQ à 69 ans | JDM. <https://www.journaldemontreal.com/2024/03/23/23-millions-de-quebecois-sans-medecin-de-famille--on-nest-pas-des-trous-de-cul-plaide-un-medecin-qui-vient-de-prendre-sa-retraite-de-la-ramq-a-69-ans> (2024).
4. Institut de la statistique du Québec (ISQ). Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille. (2024).
5. Leway, É. Y. Médecine privée : plus de 500 médecins de famille ont quitté la RAMQ. *Le Journal de Montréal* <https://www.journaldemontreal.com/2024/02/01/medecine-privee--plus-de-500-medecins-de-famille-ont-quitte-la-ramq> (2024).

6. Laberge, M. & Poirier, A. Le financement des services de santé et des services sociaux au Québec. Dans *Le système de santé et de services sociaux au Québec : Territorialité et santé des populations* (Presses de l'Université du Québec, 2023).
7. Institut canadien d'information sur la santé. Base de données nationale sur les médecins — données sur les paiements, 2022–2023. ICIS <https://www.cihi.ca/fr/medecins#report> (2024).
8. Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ). *La Rémunération Des Médecins*. <https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/MemoireRemunerationMedecin.pdf> (2019).
9. Léger, P. T. & Strumpf, E. Les systèmes de rémunération des médecins et leurs enjeux. in *Système de paiement des médecins : Bref de politique* (2011).
10. Thomas, P. & Strumpf, E. *Système de Paiement Des Médecins : Bref de Politique*. <https://cirano.qc.ca/files/publications/2010RP-12.pdf> (2010).
11. ICIS. Enquête du Fonds du Commonwealth, 2023. <https://www.cihi.ca/fr/une-enquete-internationale-revele-que-le-canada-accuse-un-retard-au-chapitre-de-lacces-aux-soins-de> (2024).
12. Contandriopoulos, D. et al. *Analyse Des Impacts de La Rémunération Des Médecins Sur Leur Pratique et La Performance Du Système de Santé Au Québec*. https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/05/2015_d.contandriopoulos_remun-med_rapport-annexes.pdf (2018).
13. Vérificateur général du Québec. Mesure de l'accès Aux Soins de Santé et Aux Services Sociaux : Indicateur. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf (2020).
14. MSSS. Lois favorisant l'accès à des services de médecine de famille et de médecine spécialisée. (2014).
15. FMOQ. Écart important entre les données de l'ICIS et les données réelles sur les médecins de famille en exercice au Québec. (2023).
16. Cousineau, M.-E. Les téléconsultations menacées à partir du 1er janvier. La Presse <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-11-25/les-teleconsultations-menacees-a-partir-du-1er-janvier.php> (2024).
17. Hébert, G. La rémunération médicale au Québec : un problème à régler. (2018).
18. Bazzo, M.-F. On nous avait promis un médecin de famille. La Presse <https://www.lapresse.ca/dialogue/chroniques/2024-10-22/on-nous-avait-promis-un-medecin-de-famille.php> (2024).
19. RAMQ. Remplacement du taux de prise en charge par le taux d'assiduité aux fins du calcul des suppléments au volume de patients inscrits. (2017).
20. Vérificateur général du Québec. Rémunération des médecins : conception et gestion des nouvelles ententes. Dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022* (Ministère de la Santé et des Services sociaux Secrétariat du Conseil du trésor Institut de la pertinence des actes médicaux, 2021).
21. ICI.Radio-Canada.ca, Z. P. Près de 500 millions \$ de primes en jeu pour les médecins de famille. *Radio-Canada* <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2071178/primes-medecins-famille-christian-dube> (2024).

22. Vérificateur général du Québec. *Rémunération Des Médecins : Administration et Contrôle*. https://www.vgg.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2015-2016-VOR-Automne/fr_Rapport2015-2016-VOR-Chap03.pdf (2015).
23. Poudrier, J.-F. & Gravel, J. Portrait actuel des médecins au Québec : « Ce n'est pas la réalité », plaide la FMOQ. *Noovo Info* <https://www.noovo.info/nouvelle/portrait-actuel-des-medecins-au-quebec-ce-nest-pas-la-realite-plaide-la-fmoq.html> (2024).

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts*.

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.