

La rémunération médicale au Québec : un problème à régler

Guillaume Hébert
chercheur à l'IRIS

Vous vous rappelez *La Grande Séduction*, tourné dans un magnifique village de la Côte-Nord? Ce film avait connu un grand succès tant au Québec que dans les festivals internationaux. Et pour qu'un film obtienne un si grand succès, il doit toucher une corde sensible et s'inscrire dans son époque, en saisissant les angoisses et les aspirations communes, comme n'importe quel art d'ailleurs.

On se demande si le personnage principal, le Dr Lewis, n'est pas une construction qui nous donne accès à une parcelle de l'imaginaire québécois, celle qui concerne la prestigieuse figure du médecin. Ce prestige ne vient pas de nulle part. Il provient d'une histoire dans laquelle nombre de médecins ont contribué à moderniser notre société tandis que d'autres ont arpenté des régions éloignées du Canada français pour soigner des habitants et des habitantes qui n'avaient pas toujours les moyens de les rémunérer autrement qu'en nature.

Mais la figure du Dr Lewis nous renvoie aussi autre chose. Une image qui ne fait pas plaisir aux médecins québécois, mais à laquelle ils ont désormais beaucoup de mal à échapper. Le Dr Lewis est un être arrogant, désagréable, qui semble bien davantage apprécier sa voiture de luxe et d'autres plaisirs illicites que son travail. Les médecins n'affichent évidemment pas tous le dédain du Dr Lewis, mais cette image est efficace comme métaphore du statut d'intouchables et de toute puissance dont profitent bien des membres du Collège des médecins.

Le prestige des médecins a permis à cette profession de s'élever considérablement dans la société. Après avoir écarté de leur champ d'action tant les sages-femmes que ceux qu'on présentait comme des charlatans, les médecins ont subordonné tour à tour tous leurs collègues professionnels de la santé. Puis, ils ont converti ce prestige en pouvoir politique et plus tard, en petites fortunes.

Table des matières

- Introduction **P.1**
- Retour historique **P.2**
- Le statut de travailleurs autonomes **P.3**
- La rémunération à l'acte **P.5**
- Rémunération astronomique **P.6**
- Pistes de solution **P.8**

Ce texte a été initialement publié dans la revue *Le Focus* – Bulletin d'information mensuel de l'AREQ-CSQ, mars 2018.

En 2017, l'étude des crédits au parlement montre une fois de plus ce qu'on savait déjà, à savoir que la rémunération médicale a atteint des proportions qui outrepassent les frontières du bon sens. Cette fois-ci, non seulement on indique que les médecins spécialistes s'en tirent avec des hausses de rémunération moyennes de l'ordre de 20 000 \$, mais que cette augmentation sur un an peut aller jusqu'à 88 000 \$ dans le cas des cardiologues. Peu importe dans quel sens on retourne la question, et peu importent les comparatifs avec les ressources consacrées aux autres travailleuses et travailleurs de la santé, ou les comparaisons avec l'argent que reçoivent la plupart des ministères au Québec, ou encore en scrutant ce qui se fait à l'étranger, la situation actuelle est des plus préoccupantes du point de vue de l'intérêt collectif.

Après un retour en arrière pour saisir les conditions historiques ayant permis aux médecins d'acquiescer au Québec un aussi grand pouvoir, cet article s'attardera ensuite à deux grands problèmes : leur statut de travailleurs autonomes et leur mode de rémunération. Quelques solutions alternatives seront explorées pour conclure en montrant la grande générosité de l'État à leur égard.

Retour historique

Le statut actuel des médecins a beaucoup à voir avec la création de l'assurance maladie au Québec. Rappelons d'abord que le Québec était la dernière province à adhérer au programme fédéral autorisant la mise sur pied de ce régime public couvrant l'ensemble de la population sous les mêmes modalités. Au Québec, comme au Canada anglais, les médecins ont résisté farouchement à l'instauration de ce régime. Pourquoi? Officiellement, ils craignaient d'y perdre leur autonomie.

En Saskatchewan, cette opposition avait tourné en affrontement d'envergure internationale alors que les médecins qui s'étaient mis en grève contre la nouvelle assurance maladie avaient reçu l'appui de l'Association médicale canadienne ainsi que celui de leurs homologues étasuniens. Ces derniers craignaient qu'un effet domino entraîne « l'étatisation » de la médecine dans le reste de l'Amérique du Nord.

Abandonnés à leur sort, le gouvernement saskatchewanais et la population avaient répondu en organisant leurs propres cliniques populaires. Après plusieurs semaines de grève, les médecins rendirent les armes et le gouvernement socialiste du CCF obtint une victoire si retentissante que le gouvernement fédéral lui-même entama les démarches pour rendre l'assurance publique et universelle dans l'ensemble du Canada. Cette initiative

allait d'ailleurs devenir la politique sociale la plus célèbre et la plus populaire de l'histoire de ce pays.

Mais durant cette bataille, les médecins étaient du mauvais côté de l'histoire. Ils craignaient que l'État, en devenant le seul autorisé par la loi à les payer (pour les services médicalement nécessaires), n'utilise ce puissant levier pour faire pression sur eux et s'ingérer dans leur pratique. Manifestement, ils craignaient aussi de perdre le contrôle sur le marché des soins. Il est ironique de constater près de 70 ans plus tard à quel point non seulement l'État s'est tenu loin de la pratique des médecins, mais qu'en plus les médecins ont pu amasser des fortunes grâce au trésor public, qui s'est avéré très généreux à leur endroit.

Au Québec, l'adoption de l'assurance maladie provoqua également une grève des médecins spécialistes. Ceux-ci affirmaient que le gouvernement s'appropriait à imposer un régime « pire que l'Union soviétique ». C'est finalement la Crise d'octobre au Québec qui a mis un terme au conflit de travail. Aux prises avec l'armée canadienne qui venait occuper le territoire québécois, le gouvernement fut pour une rare fois catégorique avec les caprices des médecins et il les força à rentrer dans le rang.

Il n'en demeure pas moins que le gouvernement accordera une concession majeure et scellera une bonne partie de l'avenir du système de santé québécois : pour rassurer les médecins au sujet de leur autonomie professionnelle, on consentit à leur laisser un statut de travailleurs autonomes même si les médecins allaient désormais travailler au cœur du système sociosanitaire. C'était un retournement de situation au regard de ce qu'on avait prévu pour le système de santé québécois issu des chantiers de modernisation de la Révolution tranquille. Il était en effet prévu que les médecins deviendraient salariés de l'État. Cette concession devint vite un problème et la population continue aujourd'hui d'en subir les conséquences néfastes.

Le statut de travailleurs autonomes

Le nouveau statut des médecins a par la suite permis à cette catégorie de professionnels de la santé de perturber sévèrement le système de santé et de services sociaux au Québec à deux égards. La première perturbation survint au début des années 70. Après l'assurance maladie, les médecins s'opposèrent cette fois en bloc aux CLSC, la nouvelle initiative de médecine décentralisée et communautaire appelée à devenir l'épine dorsale du système sociosanitaire en construction.

Il ne faut pas sous-estimer l'impact qu'eut ce sabotage. Les médecins rejetèrent à la fois le modèle de médecine communautaire, le salariat,

l'horizontalité de l'organisation du travail et la participation citoyenne, qui devait être fondamentale en ces lieux sous le principe que c'est la population qui est le plus à même de définir les besoins d'une communauté. Les médecins s'organisèrent et firent plutôt campagne pour créer un réseau de cliniques privées qui champignonnèrent effectivement partout dans la province pendant que les CLSC assuraient leur survie en se rabattant plus simplement sur des services de base tels que les soins à domicile. Le modèle avant-gardiste du CLSC qui avait alors suscité un intérêt international n'aura jamais pu réellement voir le jour au Québec étant donné la fronde des médecins.

Privés d'une « première ligne » de services aisément accessibles et faisant de la prévention en amont au sein des communautés plutôt que simplement soigner en aval les gens une fois qu'ils sont malades – après tout, mieux vaut prévenir que guérir – les Québécoises et les Québécois se sont retrouvés de plus en plus nombreux à n'avoir d'autre choix que d'encombrer les urgences. Les problèmes d'accessibilité sont d'ailleurs peu à peu devenus au Québec la principale préoccupation – et la principale frustration – des usagers et usagères du système de santé.

Les médecins auraient eu beaucoup plus de mal à torpiller le nouveau système en chantier s'ils avaient été des salariés de l'État, comme ils le sont d'ailleurs dans plusieurs pays. Leur statut de travailleurs autonomes a au contraire permis aux médecins de maintenir une distance entre eux et leurs autres collègues professionnels de la santé, en commençant par les infirmières. Alors que le reste des équipes dans les établissements sociosanitaires sont composées de salariés et sont intégrées au réseau sociosanitaire, les médecins, eux, font cavalier seul, jouent selon leurs propres règles et forment un pouvoir semi-autonome dans les établissements, notamment dans l'administration au sein des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens.

Si l'on fait abstraction des négociations historiques ayant mené à cette situation, le statut de travailleur autonome frise l'absurdité. Un travailleur autonome offre ses services sur un marché et subit l'incertitude qui accompagne les aléas du ce marché. Or, 98 % des médecins participent au régime public, c'est-à-dire qu'ils ne facturent qu'un seul « client », la RAMQ. Ils n'ont guère à se soucier de se tailler une part de marché, contrairement à la plupart des travailleurs autonomes, qui vivent plutôt une forme ou une autre de précarité.

N'oublions pas non plus que les médecins utilisent les installations publiques ou sont dédommagés (jusqu'à 30 % de leur rémunération)

lorsqu'ils possèdent leur propre cabinet privé. Un véritable travailleur autonome ne pourrait évidemment pas demander des extras à ses clients pour faire nettoyer ses locaux ou réparer son ordinateur.

En somme, le statut de travailleurs autonomes des médecins est un compromis historique qui a fait son temps. Aujourd'hui, de nombreux médecins, en particulier les jeunes, souhaitent eux-mêmes mettre un terme à cette anomalie puisqu'elle les force à prendre en charge plusieurs responsabilités administratives. Ce fardeau est d'autant plus embêtant pour certains médecins qui préféreraient consacrer ce temps à leurs patients et se départir d'un autre gros fardeau administratif, la rémunération à l'acte.

La rémunération à l'acte

La rémunération à l'acte est le mécanisme à travers lequel sont rémunérés la majorité des médecins québécois. Il ne s'agit pourtant que de l'un des différents modes de rémunération des médecins parmi lesquels on trouve par exemple la rémunération par capitation (le nombre de patients d'inscrits plutôt que le nombre d'actes réalisés) ou le salariat.

La philosophie qui sous-tend la rémunération à l'acte est largement fondée sur la théorie économique orthodoxe et part du principe que tout individu cherche à maximiser ses gains. Les médecins deviendront ainsi plus productifs si on leur donne plus d'argent au fur et à mesure qu'ils réalisent plus d'actes.

Un médecin n'est pourtant pas davantage un agent économique unidimensionnel qu'un autre travailleur ou travailleuse. Sa pratique est soumise à des normes, à des règlements, à l'éthique, à l'organisation du système, à la culture de l'établissement où il pratique, aux attentes des patients, etc. La pratique d'un médecin ne peut donc jamais être réduite aux seuls incitatifs financiers et on ne peut affirmer par conséquent que la rémunération à l'acte rend les médecins plus efficaces.

Cela étant dit, les incitatifs financiers ont bel et bien une incidence sur le travail des médecins. La rémunération à l'acte tend à entraîner une « surproduction » de soins. Avec la rémunération à l'acte, les médecins peuvent avoir intérêt à recommander plus de visites médicales et à réaliser davantage d'actes même si leur pertinence n'est pas démontrée. Ce mode de rémunération tend à faire abstraction de la qualité et de la pertinence des soins.

L'association médicale québécoise s'inquiète d'ailleurs, tout comme plusieurs organisations, du « surdiagnostic » par les médecins qui prescrivent trop de soins ou de médicaments. Cela peut certes entraîner des coûts, mais surtout avoir des effets pervers chez les patients.

Fait moins connu, la rémunération à l'acte se caractérise au Québec par une très grande complexité administrative. Chacun des actes posés par les médecins doit faire l'objet d'une demande de remboursement à la RAMQ. En 2015-2016, la Régie a reçu 56,5 millions de ces demandes de remboursements d'actes. Le Vérificateur général du Québec s'est aperçu que le suivi de toutes ces demandes était déficient et que la RAMQ ne parvenait pas à détecter les erreurs ou les fraudes.

Les ententes de rémunération négociées entre le gouvernement et les médecins sont devenues tellement complexes (1500 pages pour les spécialistes, 1330 pour les omnipraticiens) que les médecins n'arrivent plus à suivre et embauchent des firmes de facturation pour s'y consacrer. Ces entreprises privées se targuent d'ailleurs de si bien connaître les clauses des ententes qu'elles promettent parfois aux médecins qui les choisissent de « maximiser » leurs remboursements, ce qui n'est pas sans rappeler les fiscalistes qui proposent aux plus fortunés de les embaucher pour les aider à se faufiler parmi les nombreuses échappatoires fiscales.

La rémunération à l'acte comporte nombre d'effets pervers et tend à gonfler les dépenses pour la rémunération des médecins là où elle est utilisée. C'est ce qui est arrivé au Québec.

Rémunération astronomique

L'IRIS publiait en juin 2016 une note socioéconomique qui dressait un état de la situation au chapitre de la rémunération médicale. Même sans grande nouveauté, cette publication a fait beaucoup réagir puisqu'elle brossait un portrait d'ensemble d'une situation devenue hautement préoccupante du point de vue du financement de la santé et des services sociaux. Il s'agit selon nous de la deuxième grande perturbation du système : celle de la rémunération astronomique accaparée par les médecins.

Les tendances se maintiennent et les médecins spécialistes québécois gagnaient en moyenne 474 728 \$ en 2015-2016, selon les dernières données disponibles. Une fois leurs frais de cabinet déduits, le total atteignaient encore 443 163 \$. De leur côté, les médecins omnipraticiens gagnaient la même année 287 720 \$, ou 237 385 \$ une fois les frais de cabinets déduits. Comme les frais de cabinet n'ont pas été revus depuis des années, la rémunération nette pourrait donc être plus élevée. Plusieurs médecins reçoivent également différents types de primes, comme celles que l'on verse pour la pratique hors des grands centres.

Jusqu'à récemment, les médecins avaient pris la liberté d'imposer des frais accessoires en plus de cette rémunération pourtant des plus avantageuses. La pratique a maintes fois fait scandale, ne serait-ce que pour la position vulnérable de ces patients se faisant soutirer illégalement des sommes d'argent des médecins qui décident tout bonnement que la loi ne s'applique pas à eux. La RAMQ s'est montrée à ce chapitre incapable d'imposer la loi, et le Collège des médecins – dont la mission officielle est de protéger le public – a honteusement failli à cette tâche. Il aura fallu l'intervention de la ministre fédérale de la Santé, qui a menacé de couper des transferts au Québec, pour que son homologue agisse au Québec. Avant leur interdiction, le ministère estimait que les médecins exigeaient pour plus de 80 millions de dollars par année de frais accessoires illégaux.

Et comme si ce n'était pas suffisant, on apprenait lors du dépôt du dernier budget du Québec que le gouvernement serait à nouveau laxiste avec les médecins en maintenant des hausses majeures. Selon l'entente actuelle, ils pourraient avoir de nouveau haussé leur rémunération de 20 % en moyenne entre 2016-2017 et 2021-2022.

Si la rémunération à l'acte tend à accroître les paiements aux médecins, elle ne représente cependant pas la principale explication aux niveaux famineux de rémunération médicale. La cause se trouve plutôt dans les ententes survenues entre en 2007 entre Philippe Couillard (lorsqu'il était ministre de la Santé et des Services sociaux) et Gaétan Barrette (lorsqu'il était président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec). À ce moment, l'objectif officiel était d'effectuer un rattrapage de la rémunération des médecins avec le reste du Canada.

Mais les ententes ont été tellement avantageuses pour les médecins qu'elles ont largement dépassé cet objectif. L'économiste Pierre Fortin a par ailleurs montré comment, mesurée au coût de la vie, la rémunération des médecins dépassait maintenant celle de leurs homologues ontariens. Il est particulièrement frappant de voir que durant les années d'application des politiques d'austérité au Québec, où la croissance des dépenses était en dessous du niveau permettant de couvrir les coûts du système, les médecins recevaient année après année des augmentations de 7 %-9 %.

Et si l'on compare la rémunération médicale à la rémunération moyenne des travailleurs et des travailleuses québécois, on s'aperçoit que les médecins gagnent sept fois le salaire moyen alors que la moyenne de l'OCDE tend vers un ratio à ce chapitre de trois ou quatre fois. Les médecins québécois bénéficient d'une rémunération extraordinaire, ce qui affecte bien entendu les ressources disponibles pour les autres dépenses de santé.

Pistes de solution

Tôt ou tard, il faudra mettre un terme aux avantages indus accordés aux médecins. Le statut de travailleurs autonomes qu'on leur confère devrait être éliminé sans attendre. Ce faisant, on pourrait plus aisément intégrer les médecins à des équipes multidisciplinaires et au réseau sociosanitaire dans son ensemble. Accroître par ailleurs le nombre d'actes que peuvent réaliser d'autres professionnels de la santé favoriserait également la collaboration en plus d'améliorer l'accès au système.

La question du mode de rémunération devra également être réglée. Des comités et des groupes de recherche ont déjà entrepris de réfléchir aux possibles impacts d'une transformation de la rémunération à l'acte vers un ou d'autres modes de rémunération. L'IRIS propose d'opter pour le salariat, mais certaines formes de rémunération mixte combinant différents modes pourraient également être retenues.

Enfin, le modèle des GMF, les groupes de médecine familiale, fait aussi planer un risque très sérieux sur la viabilité du réseau public de santé et de services sociaux au Québec. Le statut de ces nouvelles cliniques qui sont offertes sur un plateau d'argent à des médecins qui reçoivent une multitude de bonis et de compensations pour créer leur propre système parallèle avec du personnel rémunéré par le secteur public est un nouveau non-sens. L'IRIS a proposé d'assujettir les GMF aux CLSC et de redonner vie à un système qui capitalise sur une vision globale de la santé ainsi que sur la prévention, la promotion de la santé et l'implication des communautés.

Tous les médecins ne sont pas d'accord avec les façons de faire de leur fédération ou du Collège des médecins. Plusieurs médecins ont même eu le courage de s'opposer aux hausses de rémunération accordées par le gouvernement. Ceux-là s'inscrivent dans une longue lignée de médecins passionnés par leur science, bien sûr, mais aussi animés d'un idéal de justice sociale. Il ne faut pas les oublier, et si l'on parvient à modifier l'image de l'arrogant Dr Lewis (qui lui-même parvient à changer), c'est parce que la population sera mieux desservie. Et ce sont tous les médecins qui en ressortiront plus sereins et plus accomplis.