

RAPPORT



L'offre de travail médicale spécialisée au Québec

Tendances, contraintes et efficacité des
politiques tarifaires (1996-2023)

Damien Echevin

CRCHUS - Université de Sherbrooke



APEX
MACHINA

L'offre de travail médicale spécialisée au Québec

Tendances, contraintes et efficacité des politiques tarifaires
(1996–2023)

16 décembre 2025

Damien Echevin
CRCHUS, Université de Sherbrooke
ApexMachina

Table des matières

Avant-propos	4
Résumé	5
1 Introduction	6
2 Sources de données et approche méthodologique	7
3 Analyse de l'offre de travail des médecins spécialistes	10
3.1 Effectifs : évolution et répartition	10
3.1.1 Croissance et transformation de la composition des effectifs	10
3.1.2 Concentration hospitalière et lieux de pratique	11
3.1.3 Modes de rémunération	13
3.2 La marge extensive de l'offre de travail	14
3.2.1 Disponibilité effective de la main-d'œuvre	14
3.2.2 Jours travaillés : définitions et tendances	16
3.2.3 Temps partiel vs temps plein	20
3.3 La marge intensive de l'offre de travail	22
3.3.1 Activité quotidienne : contacts, actes et densité	22
3.3.2 Volumes, honoraires et prix implicite	23
3.4 Prendre en compte la patientèle (complexité) dans la marge intensive	25
3.4.1 Construction d'un indice de complexité de la patientèle	25
3.4.2 Évolution de la complexité de la patientèle	27
3.4.3 Contacts pondérés par la complexité	29
3.4.4 Contacts par classe d'âge	31

4	Analyses économétriques	33
4.1	Spécification empirique	33
4.1.1	Modèle économétrique	33
4.1.2	Définition des contextes d'analyse	33
4.1.3	Variables dépendantes	34
4.1.4	Périodes d'analyse	34
4.2	Élasticités-prix des volumes	34
4.3	Rigidité organisationnelle et faible substitution inter-contextes	37
5	Synthèse et implications	41
5.1	Questions directrices de la recherche	41
5.2	L'offre de travail des médecins spécialistes : constats empiriques	41
5.2.1	Stabilité remarquable de la marge extensive	41
5.2.2	Transformation de la marge intensive : densification et complexification	42
5.3	Contraintes de capacité : concentration hospitalière et dépendance aux infra-structures	42
5.4	Implications pour les politiques publiques en santé	43
5.4.1	Reconnaître les limites des incitatifs financiers dans un système contraint	43
5.4.2	Vers une tarification alignée sur la valeur clinique réelle	44
5.4.3	Lier les mécanismes d'imputabilité aux capacités réelles	44
6	Conclusion	46

Table des figures

1	Évolution des effectifs selon la spécialité, 2005–2023	10
2	Évolution des effectifs selon le lieu principal de pratique, 2005–2023	12

3	Mode de rémunération principal des médecins spécialistes, 2005–2023	13
4	Répartition des spécialistes selon le statut d'activité au cours de l'année, 2006–2023	15
5	Évolution du nombre de jours travaillés des spécialistes (trois définitions), 2006–2023	17
6	Nombre de jours travaillés par spécialité (Medicus/Chirurgicus/Autres), 2006–2023	18
7	Nombre de jours travaillés par mode de rémunération, 2006–2023	19
8	Nombre moyen de jours travaillés par semaine chez les spécialistes, 2006–2023	20
9	Nombre moyen de semaines actives par mode de rémunération, 2006–2023 .	21
10	Nombre moyen de semaines actives par spécialité, 2006–2023	22
11	Évolution de l'activité quotidienne des spécialistes : actes/jour, contacts/jour, actes/contact, 2006–2022	23
12	Évolution des volumes, des honoraires et du prix implicite (indice base 100 = 2010), 2010–2023	24
13	Indice de conditions de santé de la patientèle, 1996–2022	28
14	Nombre de contacts par habitant pondéré par la complexité, 1996–2022	29
15	Nombre de contacts par médecins, 1996–2022	30
16	Nombre de contacts par habitant par classe d'âge, 1996–2022	32

Liste des tableaux

1	Élasticités-prix des volumes par période – Médecins spécialistes	35
2	Réponse de l'allocation intra-médecin et inter-contextes aux différentiels de prix relatifs – Médecins spécialistes (2010–2022)	38

Avant-propos

Le débat public sur l'accès aux soins spécialisés au Québec est marqué par un paradoxe apparent : malgré une croissance substantielle des effectifs médicaux et des investissements considérables dans la rémunération des spécialistes, les délais d'attente persistent et l'accès aux soins demeure problématique. Ce contraste soulève des questions légitimes qui appellent une analyse rigoureuse fondée sur des données probantes.

Cette étude quantifie l'évolution de l'activité médicale spécialisée québécoise en mobilisant près de trois décennies de données médico-administratives. Combien de jours et de semaines travaillent-ils en moyenne ? Comment les volumes d'actes, de contacts et la charge de travail ont-ils évolué ? Quelles contraintes structurelles limitent la capacité à offrir davantage de soins ? Quel est l'impact réel des variations tarifaires ? L'analyse distingue systématiquement l'effort individuel des médecins et les contraintes organisationnelles du système. Dans un contexte où les débats sur la santé sont souvent polarisés, cette recherche vise à fournir un éclairage factuel qui puisse servir de base commune aux discussions entre tous les acteurs concernés.

Les analyses s'appuient sur l'ensemble des facturations RAMQ (2005-2023) et sur des données appariées RAMQ/MED-ÉCHO (1996-2022), obtenues via une entente entre l'Université Laval et l'Institut de la statistique du Québec. Cet appariement, couvrant environ un douzième des patients québécois, permet notamment de documenter l'évolution de la complexité de la patientèle et d'ajuster les indicateurs de charge de travail en conséquence. Par ailleurs, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a facilité l'accès sécurisé aux données de facturation et la compréhension des ententes tarifaires. Toutefois, elle n'a exercé aucune influence sur la méthodologie, les analyses ou les conclusions. L'indépendance académique demeure entière et l'auteur assume l'entière responsabilité du contenu présenté.

Cette étude s'inscrit dans un programme de recherche sur les mécanismes incitatifs, les modes de rémunération, les coûts et la performance des systèmes de santé. Elle contribue à l'évaluation de l'impact des politiques publiques à partir de vastes bases longitudinales, dans la lignée de la littérature internationale sur l'économie comportementale appliquée aux professionnels de santé.

© 2025 Damien Echevin, Apexmachina inc. et collaborateurs. Tous droits réservés.

Toute reproduction, diffusion ou adaptation, totale ou partielle, sans autorisation écrite préalable est interdite, à l'exception de courtes citations accompagnées de la référence bibliographique complète. Les données de tiers sont utilisées sous licence; toute réutilisation des microdonnées sources est proscrite. Le respect du droit d'auteur, de la confidentialité des données et des obligations éthiques en recherche a guidé ce travail.

Résumé

Le présent rapport analyse les déterminants de l'offre de travail médicale spécialisée au Québec sur près de trois décennies (1996–2023). Il mobilise les bases de données de facturations de la RAMQ et d'hospitalisations MED-ÉCHO afin de mesurer l'évolution des effectifs, de la charge de travail, de la complexité clinique et de la réponse des spécialistes aux incitatifs financiers. L'étude distingue la *marge extensive* (jours et semaines travaillées) de la *marge intensive* (contacts et densité), tout en intégrant un indice composite de complexité de la patientèle validé par les associations médicales québécoises.

Les résultats mettent en évidence une stabilité remarquable du volume temporel de travail sur plus de vingt ans : les spécialistes exercent en moyenne 46 à 47 semaines par an, soit environ 210 à 220 jours. Toutefois, une inflexion s'observe depuis la pandémie de COVID-19, avec une légère diminution du nombre de semaines et de jours travaillés dans plusieurs spécialités. Cette baisse récente ne traduit pas un désengagement, mais plutôt l'effet combiné de contraintes post-pandémiques sur les capacités hospitalières et d'une recomposition des modes d'exercice. Sur le long terme, l'effort médical demeure soutenu, alors que la nature du travail s'est profondément transformée : les spécialistes voient en moyenne un peu moins de patients par médecin, mais chaque contact est plus long, plus technique et plus complexe. Ajustée pour la complexité, la charge clinique réelle (mesurée en *contacts pondérés par la complexité*) est croissante depuis la moitié des années 2000.

Les analyses économétriques montrent que les variations tarifaires n'ont qu'un effet marginal sur le volume de soins, qui demeure essentiellement plafonné par les ressources disponibles. Ces résultats mettent en lumière la nécessité d'agir sur les leviers structurels et organisationnels du système de santé. Une fois corrigées du biais de ciblage institutionnel, les élasticités-prix estimées sont faibles voire nulles : dans un environnement hospitalo-centré contraint par ses capacités physiques et organisationnelles, les médecins spécialistes disposent d'une marge de manœuvre restreinte pour ajuster leur volume d'activité. Autrement dit, si la charge clinique réelle par médecin augmente — signe d'une intensification du travail face à la complexification des cas —, le volume total de soins produits demeure plafonné par la capacité du système. Le Québec fait donc face à une saturation structurelle de sa capacité clinique, non à un déficit d'effort individuel.

Le rapport peut être lu à plusieurs niveaux. Les lecteurs souhaitant un aperçu global et directement opérationnel peuvent se concentrer sur la section 5, "Synthèse et implications", qui présente une synthèse des résultats et leur discussion. Ceux qui souhaitent approfondir la base empirique peuvent parcourir les sections 2 à 4, où sont détaillées la construction des indicateurs, les tendances observées et les modèles économétriques.

1 Introduction

La question de l'accès aux soins spécialisés occupe une place centrale dans le débat public québécois. Malgré une hausse soutenue des budgets consacrés à la rémunération médicale, les gains observés en capacité de prise en charge demeurent limités lorsqu'ils sont rapportés à la population. Les investissements ont probablement permis de stabiliser, voire d'améliorer la capacité absolue du système, mais cette progression a été en grande partie absorbée par la croissance des besoins, notamment sous l'effet du vieillissement démographique et de la complexification des trajectoires de soins. Dans ce contexte, les délais d'attente n'ont pas connu d'amélioration substantielle. Le contraste entre la croissance des effectifs (+42 % depuis 2005) et la persistance des goulots d'étranglement cliniques soulève une interrogation majeure : pourquoi un système doté de plus de médecins et de ressources semble-t-il produire moins de soins accessibles ?

Ce rapport s'attache à répondre à cette question en examinant trois dimensions fondamentales de l'offre de travail spécialisée. La première concerne la dynamique de la *marge extensive*, c'est-à-dire le volume temporel de travail : combien de jours et de semaines les spécialistes travaillent-ils réellement ? La deuxième s'intéresse à la transformation de la *marge intensive*, soit le contenu et la complexité du travail clinique : voient-ils moins de patients parce qu'ils travaillent moins, ou parce que les cas sont plus lourds et plus chroniques ? Enfin, la troisième porte sur l'efficacité des politiques tarifaires : les hausses de tarifs ou les réformes du mode de rémunération ont-elles réellement accru la capacité du système à offrir des soins ?

À ces questions s'ajoute une interrogation transversale : dans quelle mesure les contraintes physiques et organisationnelles — dépendance hospitalière, pénuries de personnel, rigidités administratives — limitent-elles la réactivité de l'offre médicale aux variations tarifaires et aux incitatifs financiers ? Cette perspective met en évidence le rôle central des structures hospitalières dans la formation des contraintes de capacité et invite à reconsidérer les leviers d'action disponibles.

L'étude mobilise les données exhaustives de facturation de la RAMQ (2005–2023), auxquelles s'ajoute une base appariée RAMQ–MED-ÉCHO couvrant près d'un douzième des patients pour la période 1996–2022. Cet appariement permet de construire un indice de complexité clinique à partir des informations hospitalières et de comorbidité, tout en conservant une vision exhaustive des contacts et des volumes d'actes. Cette richesse informationnelle permet de dépasser la simple comptabilité des actes pour estimer la charge réelle de travail des spécialistes et comprendre leur comportement face aux incitatifs financiers. L'analyse révèle que l'effort médical reste soutenu, mais qu'il s'exerce dans un environnement structurellement contraint, où les ressources physiques, les budgets hospitaliers et les règles d'organisation limitent la capacité d'accroître l'activité clinique.

Le rapport comprend six sections : après l'introduction, la section 2 décrit les données et la méthodologie, la section 3 analyse l'offre de travail spécialisée et la section 4 présente les analyses économiques. La section 5 discute les implications pour les politiques publiques, suivie de la conclusion.

2 Sources de données et approche méthodologique

L'analyse repose sur l'intégration de deux ensembles de données médico-administratives : les fichiers de facturation et de rémunération des médecins spécialistes de la RAMQ, et les données hospitalières MED-ÉCHO. Ces sources couvrent l'ensemble des modes de paiement – à l'acte et mixte – et permettent d'observer de manière représentative et quasi exhaustive l'activité médicale spécialisée au Québec entre 1996 et 2023. L'appariement partiel des deux bases, disponible pour environ un douzième des patients entre 1996 et 2022, rend possible une analyse longitudinale combinant trajectoires de soins, caractéristiques de la patientèle et charge clinique.

Principes généraux de mesure

L'objectif méthodologique est de mesurer la *charge réelle de travail* des médecins, en distinguant les dimensions temporelle et clinique de l'effort médical. Trois catégories d'indicateurs structurent l'analyse :

1. *La marge extensive* : nombre de semaines et de jours travaillés, selon trois définitions (large, restreinte et pondérée par la charge), permettant de saisir la disponibilité effective du corps médical.
2. *La marge intensive* : volume d'actes et de contacts par jour travaillé, ainsi que la densité d'actes par contact, afin de mesurer l'intensité du travail clinique.
3. *La complexité clinique* : un indice composite de patientèle construit à partir des données RAMQ et MED-ÉCHO, intégrant les comorbidités, les hospitalisations, la polypharmacie et l'utilisation des soins primaires et spécialisés. Cet indice permet de pondérer les actes et contacts afin de corriger le biais des volumes bruts.

Ces indicateurs sont ensuite combinés en mesures synthétiques de contacts ou d'actes pondérés par la complexité. Celles-ci permettent de suivre l'évolution de la charge clinique réelle à travers le temps, en intégrant les effets du cas-mix, c'est-à-dire la composition et la complexité des cas traités. Une pondération complémentaire par la valeur relative des actes (VRA, dépendant de la complexité technique, de la durée et de la patientèle propre à chaque acte) a été utilisée à des fins de validation et d'analyse de sensibilité, mais n'est pas présentée comme indicateur central dans ce rapport.

Apports de l'approche économétrique

Notre stratégie économétrique vise à isoler la véritable réponse comportementale des médecins aux variations tarifaires, en évitant de confondre celle-ci avec d'autres facteurs qui évoluent dans le temps. Pour y parvenir, nous utilisons une approche par effets fixes multiples qui contrôle simultanément pour les caractéristiques propres à chaque médecin (style de pratique, préférences), les spéci-

ficités de chaque segment d'activité (établissement et région de pratique, type d'acte, complexité et groupe d'âge de la patientèle), et les tendances temporelles communes à tous.

Cette spécification permet de mesurer uniquement l'effet des variations tarifaires non anticipées auxquelles un même médecin est exposé dans un même contexte de pratique. Autrement dit, nous observons comment un médecin ajuste son comportement lorsque le prix d'une activité qu'il réalise change de manière inattendue, toutes choses égales par ailleurs. Cette approche évite d'attribuer aux variations de prix des changements qui relèvent en réalité de transformations organisationnelles graduelles ou de réallocations structurelles de l'activité entre segments.

Cette stratégie permet d'éviter une erreur d'interprétation fréquente : attribuer aux variations de prix des changements de volume qui s'expliquent en réalité par d'autres facteurs.

Prenons deux exemples concrets. Certaines chirurgies mineures peuvent décliner progressivement en raison de la saturation des blocs opératoires ou du manque de personnel de soutien. De même, le vieillissement de la population entraîne une augmentation des cas complexes qui requièrent davantage de temps par patient, réduisant mécaniquement le nombre total de consultations réalisables. Ces phénomènes sont indépendants de toute variation tarifaire.

Or, les hausses de tarifs sont souvent ciblées précisément vers ces actes en déclin, dans une logique compensatoire. Un modèle économétrique simple qui ne contrôle pas pour ces tendances structurelles conclurait alors, à tort, qu'une hausse de prix cause une baisse d'activité. En isolant les trajectoires propres à chaque segment d'activité, notre spécification réduit fortement ce biais de ciblage et permet d'identifier plus précisément la véritable réponse comportementale aux variations tarifaires.

Il est toutefois important de reconnaître que cette correction ne peut être complète. Comme l'ont montré [Echevin et Houndetoungan \(2025\)](#), une partie du ciblage des hausses tarifaires est liée au pouvoir de négociation des associations médicales, qui anticipent les tendances de volumes et orientent les révisions en conséquence. Cette composante du prix, intrinsèquement liée au processus de négociation, est difficile à éliminer entièrement au moyen de simples effets fixes, car elle introduit une corrélation persistante entre les variations tarifaires et les tendances structurelles des volumes. Même dans un modèle finement spécifié, une fraction résiduelle de ce biais peut subsister.

Cette stratégie d'identification éclaire l'écart marqué entre nos résultats et ceux obtenus dans des modèles moins complets. Lorsque les volumes sont agrégés au niveau du médecin sans contrôler pour les trajectoires propres aux actes, aux établissements ou aux profils de la complexité des patients – comme dans [Michaud et al. \(2025\)](#) ou [Contandriopoulos et Perroux \(2013\)](#) – les baisses structurelles de volumes sont mécaniquement attribuées aux hausses de prix. Par exemple, si un acte décline en raison d'une innovation technologique ou d'un manque de personnel, et que les tarifs de cet acte sont simultanément relevés pour compenser le manque à gagner, un modèle simple conclura à tort qu'une hausse de prix entraîne une baisse d'activité. Les élasticité-prix très négatives qui en résultent reflètent surtout ce biais de ciblage structurel plutôt qu'un ajustement comportemental. En neutralisant ces tendances propres aux segments d'activité, notre approche met en évidence une sensibilité com-

portementale faible ou nulle, cohérente avec un environnement où le temps clinique est saturé et où la capacité dépend principalement des contraintes organisationnelles plutôt que des incitatifs financiers.

Notre approche, en exploitant les variations intra-médecin et intra-segment, identifie précisément les réponses comportementales aux variations tarifaires pour les marges observables dans les données administratives : volumes de contacts, d'actes et composition mesurable de la pratique. Toutefois, cette stratégie ne permet pas de capter toutes les marges d'ajustement potentielles. Certaines incitations ciblées — portant par exemple sur la disponibilité en heures défavorables, la priorisation d'actes urgents ou la modulation du temps consacré à chaque patient — peuvent modifier la pratique sans se traduire par des variations détectables dans les volumes ou la composition apparente de l'activité facturée. Cela ne remet nullement en cause la validité des élasticités-prix que nous estimons pour les volumes et la composition mesurable de la pratique, mais signale simplement que d'autres canaux d'ajustement, invisibles dans les données administratives, peuvent coexister avec les réponses que nous documentons.

Portée analytique

L'intégration des approches descriptive et économétrique offre une lecture complète de l'offre de travail spécialisée :

- Les analyses descriptives documentent les tendances de long terme : stabilité de la marge extensive, densification du travail à la marge intensive et complexification croissante de la patientèle.
- Les estimations économétriques évaluent la capacité réelle du système à réagir aux incitatifs financiers, en mesurant empiriquement la rigidité de l'offre et la saturation des capacités cliniques.

Cette démarche, qui combine une mesure précise du travail médical et une analyse rigoureuse des effets tarifaires, constitue le cœur de notre étude. Elle permet d'examiner si les variations de tarifs s'accompagnent d'une augmentation réelle de l'offre de soins ou si elles ne font que redistribuer une activité déjà contrainte par les capacités du système. Les résultats révèlent que les changements observés ne traduisent pas un manque d'engagement individuel, mais plutôt les limites structurelles d'un système fonctionnant à pleine capacité. La productivité et l'offre de soins dépendent avant tout des ressources organisationnelles disponibles : sans réforme de ces structures, les hausses tarifaires seules ont un effet limité sur la capacité clinique. La rémunération à l'acte étant déjà fortement incitative, toute bonification additionnelle non ciblée produit un impact marginal sur le volume de services offerts.

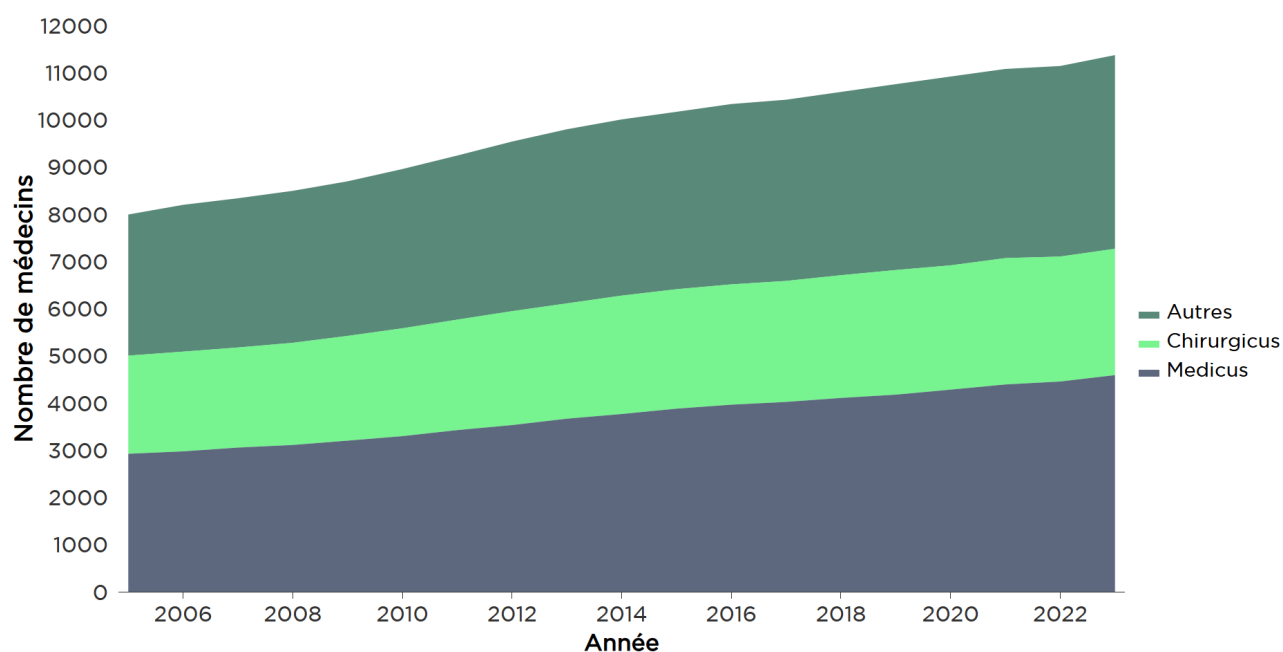
3 Analyse de l'offre de travail des médecins spécialistes

3.1 Effectifs : évolution et répartition

3.1.1 Croissance et transformation de la composition des effectifs

La période 2005–2023 se caractérise par une croissance soutenue du nombre de médecins spécialistes actifs au Québec, passant d'environ 8 000 en 2005 à 11 370 en 2023, soit une augmentation de 42 %. Cette progression s'accompagne d'une transformation progressive de la composition interne des effectifs, répartis en trois grandes familles selon la classification abrégée des spécialités (Medicus, Chirurgicus, Autres spécialités).

FIGURE 1 – Évolution des effectifs selon la spécialité, 2005–2023



Source : Données de facturation de la RAMQ; calculs de l'auteur.

Note : Les spécialités sont regroupées en trois grandes familles : Medicus (spécialités médicales non chirurgicales, telles que la médecine interne, la cardiologie ou la pneumologie), Chirurgicus (spécialités chirurgicales), et Autres (spécialités de plateau technique, cognitives ou de laboratoire, comme la radiologie, l'anesthésie et la psychiatrie).

La croissance des effectifs n'est pas homogène entre les trois familles de spécialités :

Medicus regroupe les spécialités médicales non chirurgicales à dominante clinique : médecine interne, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, néphrologie, endocrinologie, oncologie médicale, hématologie, psychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, etc. Ces disciplines assurent la prise en charge longitudinale et la coordination des cas complexes. Leur croissance est la plus rapide (+57 % depuis 2005),

portée par le vieillissement démographique, la progression des maladies chroniques et la demande accrue en suivi spécialisé. Elles constituent aujourd'hui le cœur fonctionnel de l'activité hospitalière et ambulatoire spécialisée.

Chirurgicus regroupe l'ensemble des spécialités chirurgicales et interventionnelles : chirurgie générale, orthopédique, thoracique, cardiaque, plastique, urologique, ophtalmologique, oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, obstétrique-gynécologie, neuro-chirurgie, etc. Leur effectif s'est accru d'environ 29 %, une hausse freinée par la disponibilité des blocs opératoires, du personnel de soutien et des lits post-opératoires. Les innovations mini-invasives et la chirurgie ambulatoire ont amélioré l'efficacité sans modifier significativement la capacité totale.

Autres rassemblent les spécialités de plateau technique, cognitives ou de laboratoire, comme l'anesthésiologie, la radiologie diagnostique, la radio-oncologie, la pathologie, la médecine nucléaire, la biochimie médicale, la microbiologie et infectiologie, la médecine d'urgence et la génétique médicale. Leur croissance est modérée mais constante (+37 %), alimentée par les avancées technologiques et la hausse des besoins en diagnostics, en soutien opératoire et en soins critiques. Ces spécialités jouent un rôle transversal essentiel dans le fonctionnement du système hospitalier.

Dans l'ensemble, la part des spécialités médicales non chirurgicales (*Medicus*) s'est accrue au sein des effectifs spécialisés, reflétant une transformation structurelle de la pratique : le profil global de l'offre se décentre progressivement de la chirurgie pour s'orienter vers la prise en charge clinique continue, la gestion de la complexité et le traitement des maladies chroniques. Cette recomposition interne montre que la croissance des effectifs ne peut être interprétée globalement sans tenir compte des dynamiques propres à chaque famille de spécialités, dont les trajectoires et les contraintes organisationnelles diffèrent profondément.

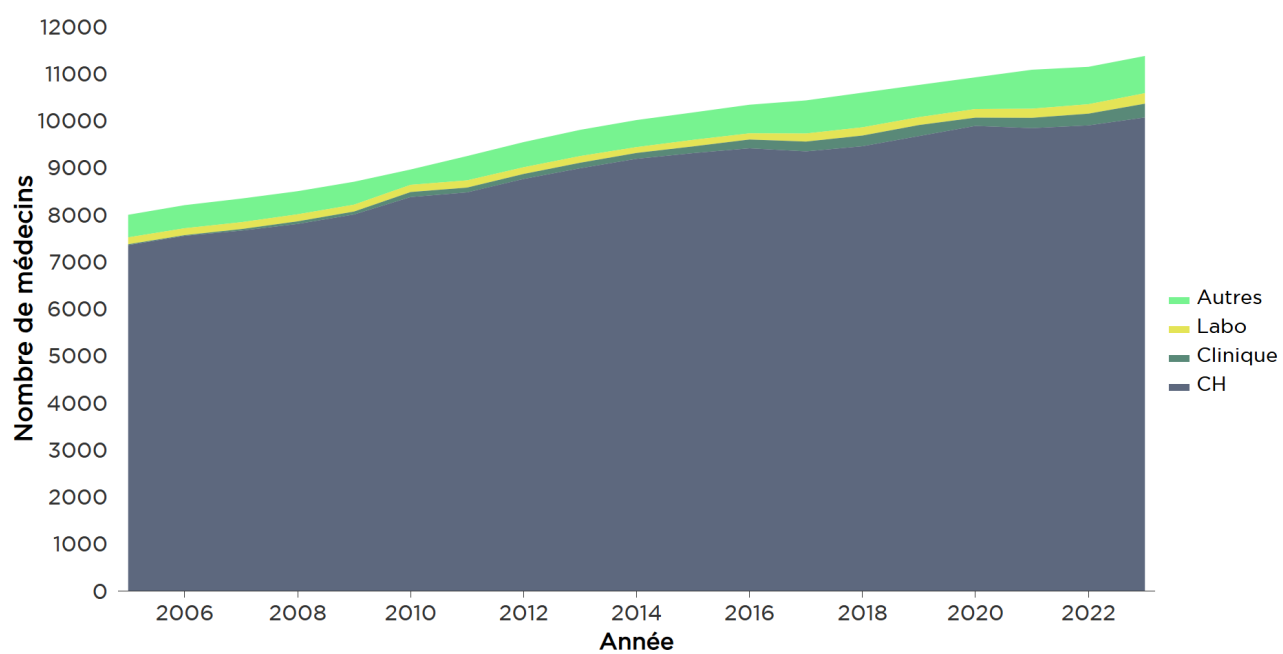
3.1.2 Concentration hospitalière et lieux de pratique

La grande majorité des spécialistes exerce en centre hospitalier, un milieu qui concentre environ 89 à 92 % des effectifs tout au long de la période. Cette stabilité structurelle, bien que légèrement déclinante, reflète la nature hospitalo-centrée de la pratique spécialisée au Québec, où l'accès aux ressources matérielles et humaines (blocs opératoires, imagerie, personnel de soutien) conditionne la quasi-totalité de l'activité clinique.

Les spécialistes en pratique clinique extrahospitalière — principalement en cliniques privées, en ambulatoire ou en cabinet — représentent une proportion beaucoup plus restreinte, autour de 3 % des effectifs. Leur nombre a néanmoins progressé lentement depuis le milieu des années 2010. Les spécialités de laboratoire (anatomopathologie, microbiologie, biochimie médicale) et les autres milieux représentent des effectifs marginaux mais stables, à respectivement 2 % et 7 % du total.

La figure 2 met en évidence une caractéristique clé de l'organisation des soins spécialisés : une offre de travail fortement ancrée dans les hôpitaux, où se concentre la quasi-totalité de la capacité technique et clinique. Cette dépendance au milieu hospitalier explique à la fois la *rigidité structurelle*

FIGURE 2 – Évolution des effectifs selon le lieu principal de pratique, 2005–2023



Source : Données de facturation de la RAMQ; calculs de l'auteur.

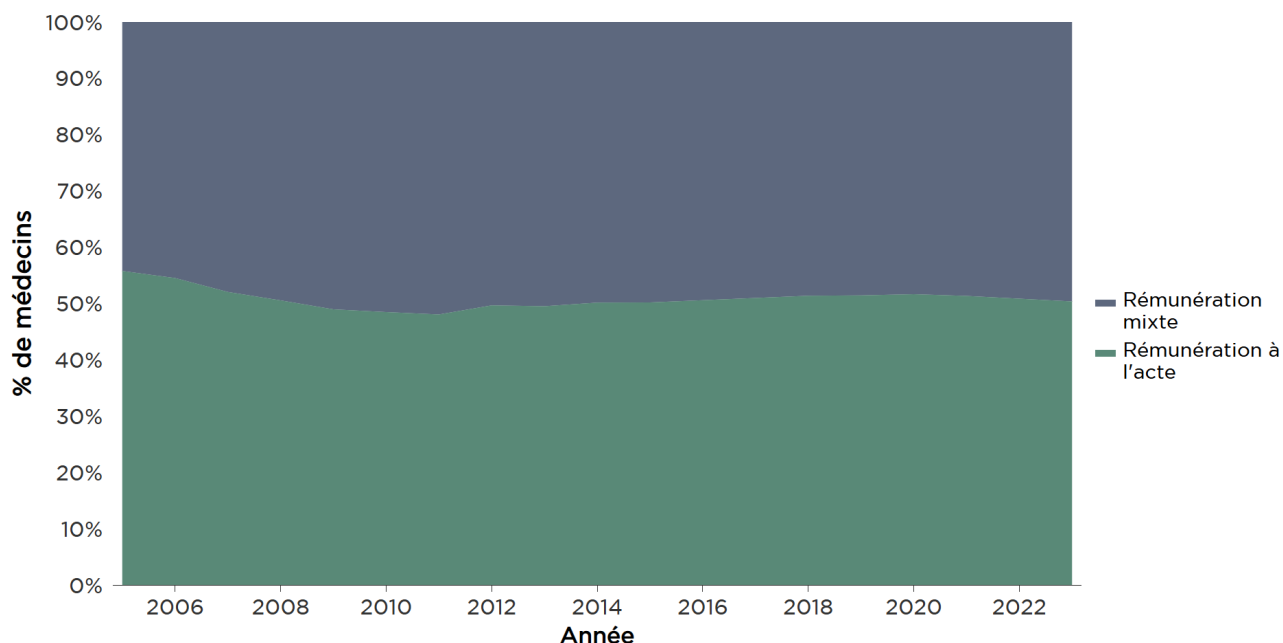
Note : Le lieu principal de pratique est classé en quatre catégories : CH (centres hospitaliers), Cliniques médicales, Labo (laboratoires), et Autres milieux (et non déclarés).

de l'offre — c'est-à-dire la faible capacité d'ajustement de l'activité face aux incitatifs, qu'ils soient financiers, organisationnels ou réglementaires, en raison de contraintes physiques, budgétaires et de gouvernance —, et la *vulnérabilité organisationnelle du système*, exposé aux effets des pénuries de personnel et des limites de capacité hospitalière.

3.1.3 Modes de rémunération

Le mode de rémunération constitue un élément central de l'organisation du travail médical spécialisé. Il influence à la fois la manière dont les médecins répartissent leur temps entre les différentes activités — actes, présence clinique, coordination, supervision — et la façon dont cette activité est mesurée dans les données administratives. En modulant la visibilité statistique du travail et les incitatifs à produire certains types d'actes, la structure de rémunération façonne donc à la fois le comportement d'offre et la lecture qu'on peut en faire.

FIGURE 3 – Mode de rémunération principal des médecins spécialistes, 2005–2023



Source : Données de facturation de la RAMQ; calculs de l'auteur.

Note : Le mode de rémunération principal distingue deux groupes : à l'acte, lorsque l'acte constitue la base exclusive du revenu, et mixte, lorsque les médecins sont rémunérés selon le mode mixte officiel combinant un paiement à l'acte réduit et un per diem (rémunération par demi journées qui couvre principalement les visites de contrôle non facturées à l'acte).

Sur l'ensemble de la période, la rémunération à l'acte demeure le mode dominant, représentant une majorité stable des spécialistes, bien que sa part soit passée de 56 % à environ 50 %. Cette proportion s'est légèrement contractée durant les années 2000, avant de se stabiliser autour de 2012. En parallèle, la rémunération mixte a graduellement gagné en importance, combinant actes et per diem.

La montée du mode mixte traduit une volonté institutionnelle d'arrimer les incitatifs financiers aux contraintes organisationnelles propres à chaque milieu. Cette évolution reflète notamment :

- la reconnaissance des activités non capturées par la rémunération à l'acte (présence clinique, coordination, supervision, suivi continu des patients hospitalisés),
- l'adaptation aux besoins des spécialités hospitalières et de plateau technique,
- la diversification des modes d'organisation du travail médical.

Cette diversification des modes de rémunération aura des implications importantes pour l'analyse de la marge extensive de l'offre de travail, comme nous le verrons dans les sections suivantes.

Principaux constats – Effectifs. Les effectifs de médecins spécialistes ont connu une croissance soutenue de 42 % depuis 2005. Cette hausse s'accompagne d'une transformation de la composition, marquée par une progression plus rapide des spécialités médicales (Medicus, +57 %) et un ralentissement relatif des spécialités chirurgicales (Chirurgicus, +29 %). La quasi-totalité des spécialistes exercent en milieu hospitalier (89 à 92 %), ce qui témoigne d'une forte dépendance du travail médical aux infrastructures du réseau. Enfin, les modes de rémunération se sont progressivement diversifiés, avec une montée du mode mixte au détriment du paiement exclusivement à l'acte.

3.2 La marge extensive de l'offre de travail

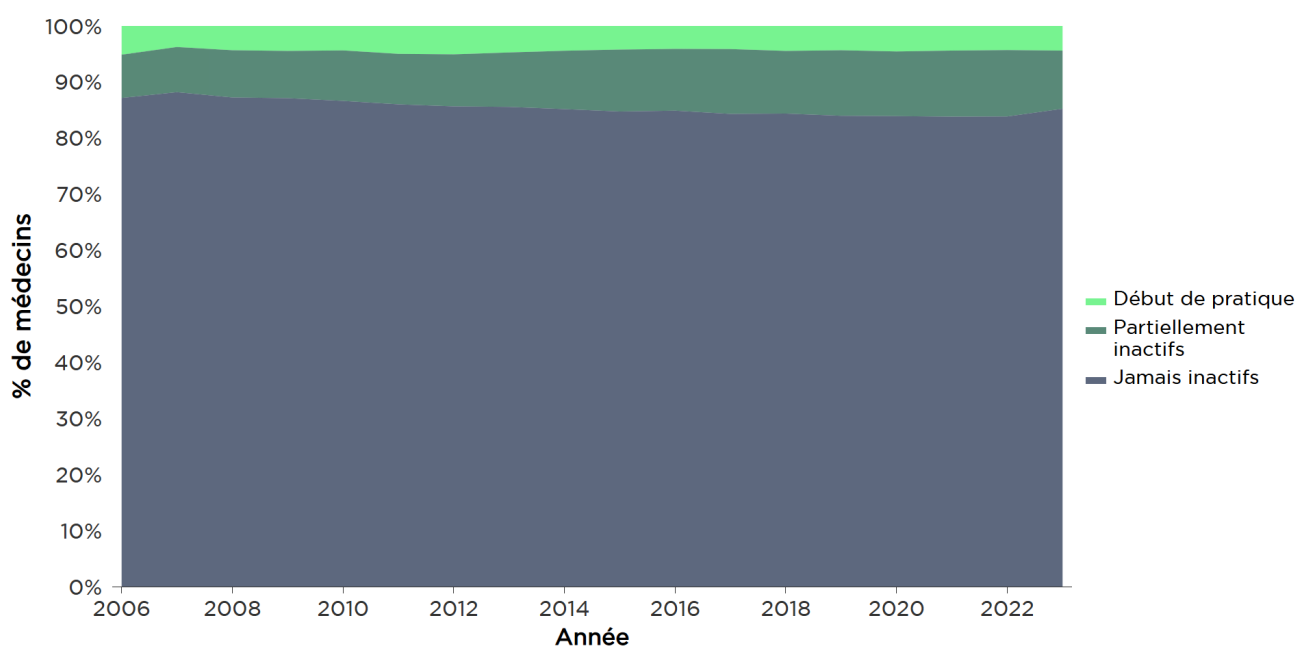
3.2.1 Disponibilité effective de la main-d'œuvre

Au-delà de la croissance des effectifs, il est essentiel d'examiner le *statut d'activité* annuel des médecins spécialistes pour mesurer la main-d'œuvre réellement mobilisable. Nous distinguons trois statuts : *jamais inactifs* (activité continue), *inactifs partiels* (90 jours consécutifs sans activité) et *début de pratique* (entrée en cours d'année).

La proportion de spécialistes *jamais inactifs*, qui constitue la grande majorité du corps médical (entre 87 % en 2006 et 85 % en 2023), témoigne d'une participation professionnelle élevée et remarquablement stable. La légère érosion observée au cours des années 2010, suivie d'un redressement progressif après la pandémie, reflète avant tout des dynamiques démographiques : vieillissement de la cohorte importante des baby-boomers médicaux arrivant progressivement en fin de carrière, féminisation accrue des générations récentes, et renouvellement graduel des effectifs. Ces tendances relèvent ainsi davantage de la structure des cohortes que de retraits individuels de l'activité.

Le rebond observé après 2021 traduit une mobilisation accrue du corps spécialisé en réponse aux pressions post-pandémiques et au rattrapage des activités cliniques différées. Contrairement au discours public sur un supposé retrait ou une baisse d'engagement, les données révèlent plutôt une stabilité remarquable de la participation active : la quasi-totalité des spécialistes québécois demeurent

FIGURE 4 – Répartition des spécialistes selon le statut d'activité au cours de l'année, 2006–2023



Source : Données de facturations RAMQ; calculs de l'auteur.

Note : Trois statuts sont distingués : (i) jamais inactifs, médecins sans période prolongée d'interruption; (ii) inactifs partiels, médecins ayant connu au moins une période d'inactivité d'au moins 90 jours consécutifs; (iii) début de pratique, médecins ayant débuté leur pratique en cours d'année.

en pratique régulière chaque année, assurant ainsi la continuité de l'offre de soins hospitaliers et diagnostiques.

3.2.2 Jours travaillés : définitions et tendances

Nous utilisons trois définitions complémentaires des *jours travaillés*. La *définition large* retient toute journée d'activité, assurant une mesure exhaustive mais pouvant surestimer la participation réelle. La *définition restreinte* exclut les journées à très faible intensité (sous le 25^e percentile), pour mieux refléter l'activité clinique effective. Enfin, la *définition pondérée par la charge* ajuste chaque journée selon son intensité intra-journée : les journées faibles comptent pour une fraction, tandis que les plus exigeantes sont créditées pour plus d'une journée standard.

ENCADRÉ 1 – Mesure des jours travaillés. Nous utilisons trois définitions complémentaires :

1. **Définition large** : une journée est comptée dès qu'au moins 1 \$ est facturé.
2. **Définition restreinte** : on exclut les journées dont l'intensité est sous le 25^e percentile des rémunérations journalières.
3. **Définition pondérée par la charge** : chaque journée est pondérée par son intensité intra-journée, mesurée à partir de la rémunération totale quotidienne X_{ij} du médecin i au jour j .
On définit :

$$T(X_{ij}) = \begin{cases} \frac{X_{ij}}{LI} & \text{si } X_{ij} < LI, \\ 1 & \text{si } LI \leq X_{ij} \leq LS, \\ 1 + \ln\left(\frac{X_{ij}}{LS}\right) & \text{si } X_{ij} > LS, \end{cases}$$

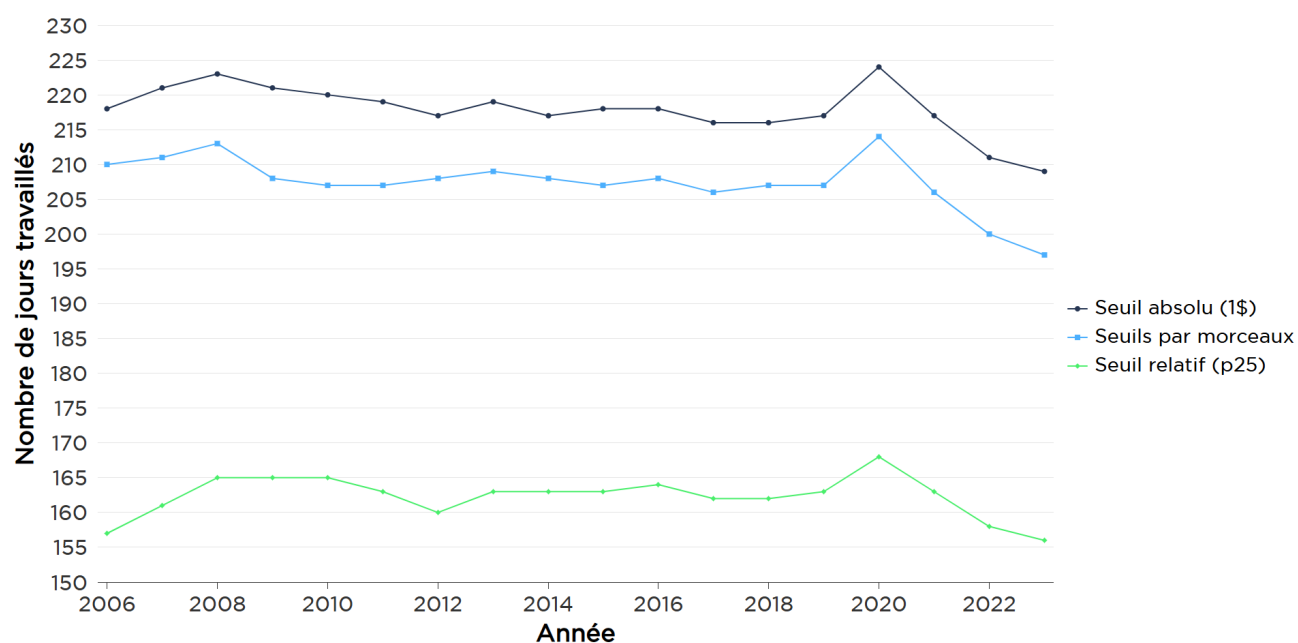
où LI et LS sont, respectivement, les 40^e et 60^e percentiles de la distribution de X_{ij} , et constituent les bornes inférieure et supérieure d'une activité « normale ». Le nombre annuel de jours travaillés pour le médecin i est alors :

$$J_i = \sum_j T(X_{ij}).$$

Quelle que soit la définition retenue, les trois séries convergent vers un même constat : le nombre moyen de jours travaillés demeure remarquablement stable depuis près de vingt ans, oscillant en moyenne autour de 210 à 220 jours de travail par année. Le pic en 2020, lié à la mobilisation exceptionnelle durant la pandémie de COVID-19, est suivi d'une diminution plus prononcée post-pandémie.

Cette stabilité de la marge extensive de l'offre de travail avant la COVID-19 indique que les médecins spécialistes ont maintenu une présence annuelle constante. La définition pondérée par la charge apporte un éclairage plus précis sur la réalité du travail spécialisé. En tenant compte de l'intensité intra-journée — notamment des gardes prolongées, des interventions complexes ou des activités à haute

FIGURE 5 – Évolution du nombre de jours travaillés des spécialistes (trois définitions), 2006–2023

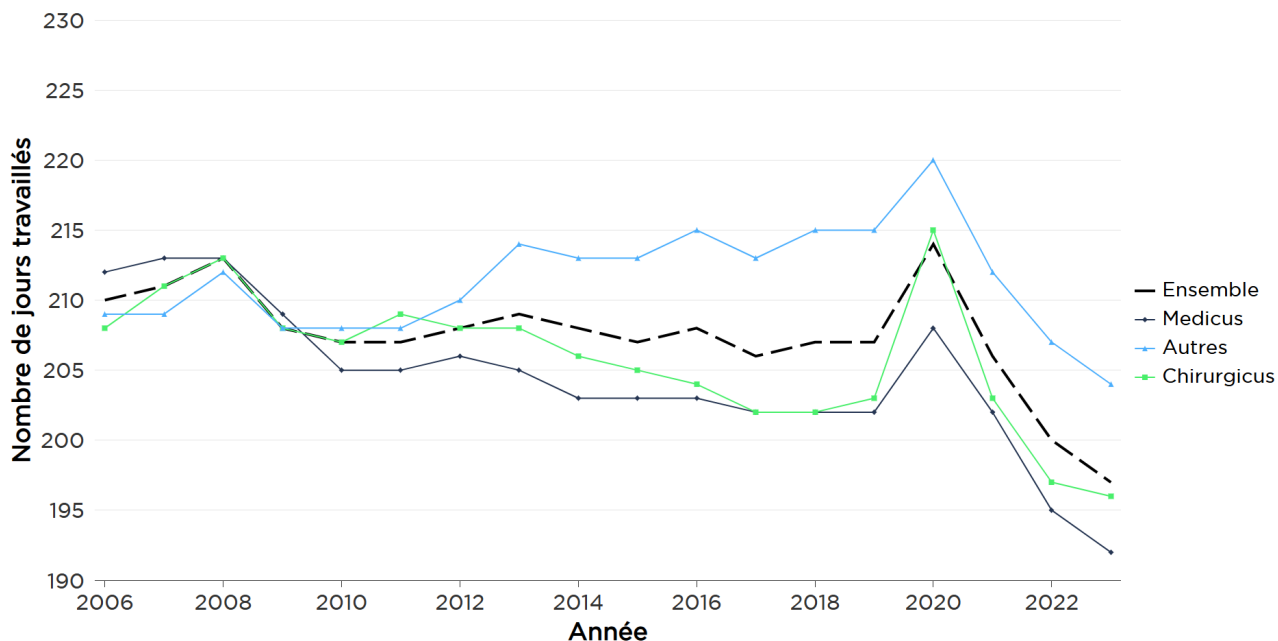


Source : Données de facturation de la RAMQ; calculs de l'auteur.

Note : Seuls les spécialistes jamais inactifs au cours de l'année sont sélectionnés. Le nombre de jours travaillés est mesuré selon trois variantes : (i) définition large, qui retient toute journée avec facturation d'au moins 1 \$; (ii) définition pondérée, qui tient compte de l'intensité intra-journée avec seuils par morceaux (voir Encadré 1); (ii) définition restreinte, qui exclut les journées d'intensité inférieure au 25^e percentile.

valeur relative — elle montre que la charge réelle par jour travaillé est restée stable.

FIGURE 6 – Nombre de jours travaillés par spécialité (Medicus/Chirurgicus/Autres), 2006–2023



Source : Données de facturations RAMQ; calculs de l'auteur.

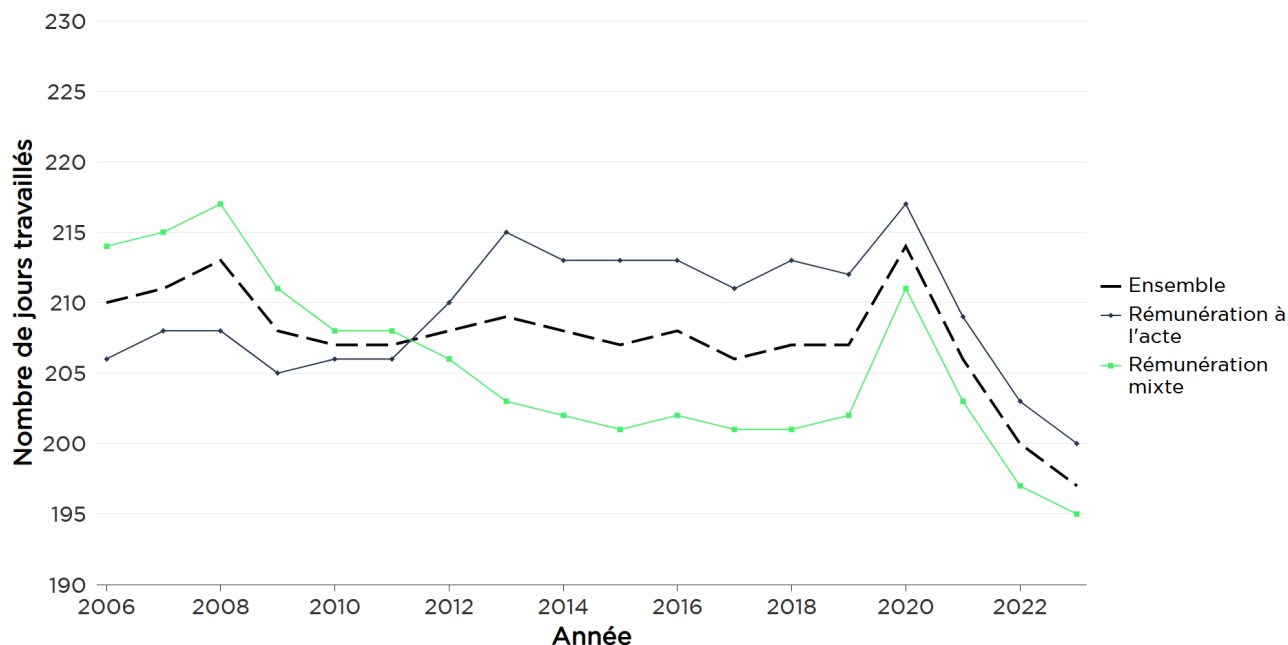
Note : Seuls les spécialistes jamais inactifs au cours de l'année sont sélectionnés. Le nombre de jours travaillés est mesuré selon la définition pondérée par la charge, qui tient compte de l'intensité intra-journée.

La figure 6 montre des différences entre les spécialités. Même avant la COVID-19, la diminution apparaît plus forte pour les Medicus et Chirurgicus alors que la tendance est à la hausse pour les Autres. Les spécialités chirurgicales (Chirurgicus) se situent légèrement en dessous de la moyenne en raison des contraintes de disponibilité des blocs opératoires, du personnel de soutien et des lits post-opératoires. Les spécialités médicales (Medicus) affichent une activité plus faible, malgré une pratique continue répartie sur l'ensemble de l'année et moins dépendante de la logistique hospitalière. Le groupe Autres (anesthésie, radiologie, pathologie, médecine nucléaire, etc.) présente une plus grande stabilité temporelle, liée à une activité hospitalière répartie uniformément sur l'année. Enfin, la marge extensive de l'offre de travail apparaît en diminution au terme des années de pandémie pour toutes les types de spécialités, y compris pour les spécialités "Autres".

Globalement, ces écarts paraissent liés aux conditions d'exercice propres à chaque spécialité. Les spécialités fortement ancrées dans le plateau technique, comme la chirurgie, demeurent contraintes par la capacité hospitalière et la disponibilité du personnel de soutien, ce qui limite leur marge d'ajustement. D'autres spécialités également dépendantes du milieu hospitalier, telles que l'anesthésie ou la radiologie, conservent une activité plus stable, reflétant une demande continue et un ancrage institutionnel différent. À l'inverse, les spécialités à pratique plus ambulatoire disposent d'une plus grande

flexibilité organisationnelle. Dans l'ensemble, cette configuration suggère un rôle déterminant des facteurs structurels dans la formation des écarts observés, sans exclure toutefois l'influence d'autres mécanismes, notamment les différences de modes de rémunération et d'incitatifs propres à chaque spécialité.

FIGURE 7 – Nombre de jours travaillés par mode de rémunération, 2006–2023



Source : Données de facturations RAMQ; calculs de l'auteur.

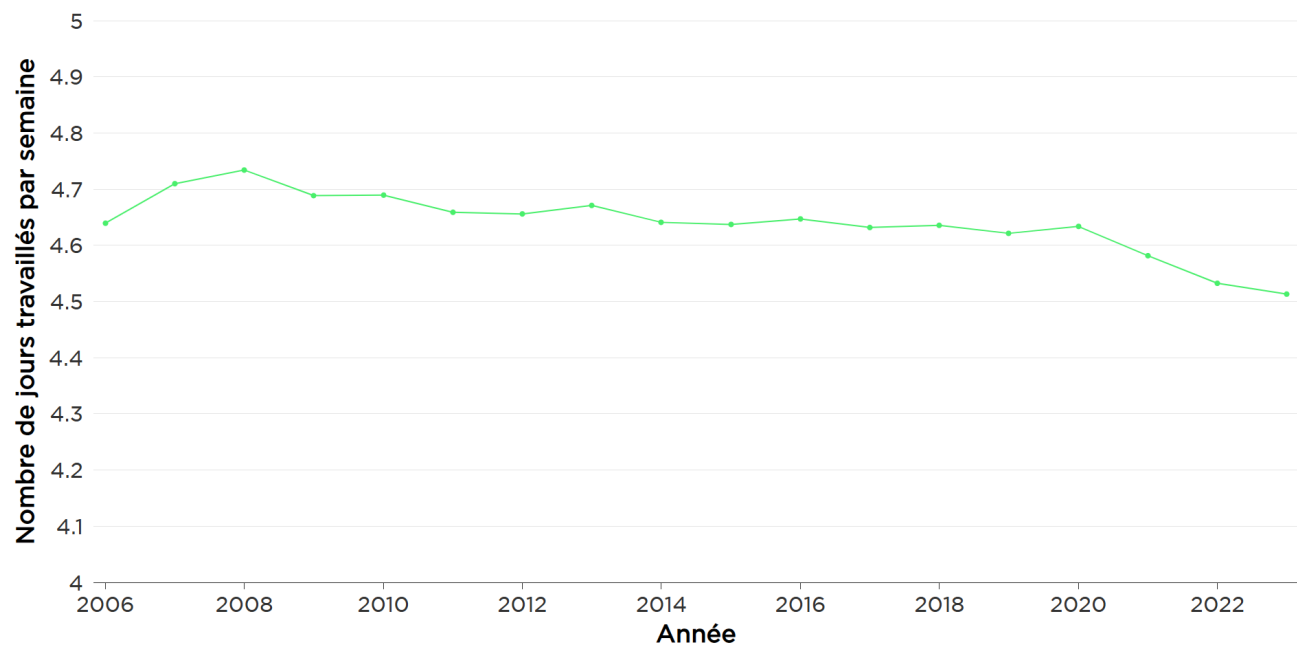
Note : Seuls les spécialistes jamais inactifs au cours de l'année sont sélectionnés. Le nombre de jours travaillés est mesuré selon la définition pondérée par la charge, qui tient compte de l'intensité intra-journée.

La figure 7 compare les spécialistes selon leur mode de rémunération. Les médecins rémunérés à l'acte maintiennent un volume de jours pondéré par l'intensité intra-journalière plus élevé et plus stable, autour de 210 à 215 jours par an, reflet d'une activité continue directement liée au nombre d'actes produits. Ceux exerçant sous le mode mixte présentent un nombre moyen de jours travaillés inférieur, soit environ 200 à 205 jours, soit une dizaine de jours de moins que leurs collègues à l'acte. Cette différence ne traduit pas nécessairement un écart d'intensité ou d'engagement, mais s'explique en partie par les effets du régime de rémunération lui-même. En particulier, la forte hausse des tarifs de 2013, non accompagnée d'une revalorisation du *per diem* du mode mixte, a modifié le positionnement relatif des deux groupes dans la distribution des revenus. L'écart observé renvoie donc davantage à des différences de structure incitative et de valorisation du travail qu'à une baisse effective de la charge clinique.

Cette figure illustre ainsi que, sur la marge extensive, la participation des spécialistes demeure stable, mais que les modes de rémunération façonnent la structure et la visibilité de l'effort clinique plutôt que son intensité réelle.

3.2.3 Temps partiel vs temps plein

FIGURE 8 – Nombre moyen de jours travaillés par semaine chez les spécialistes, 2006–2023



Source : Données de facturation de la RAMQ; calculs de l'auteur.

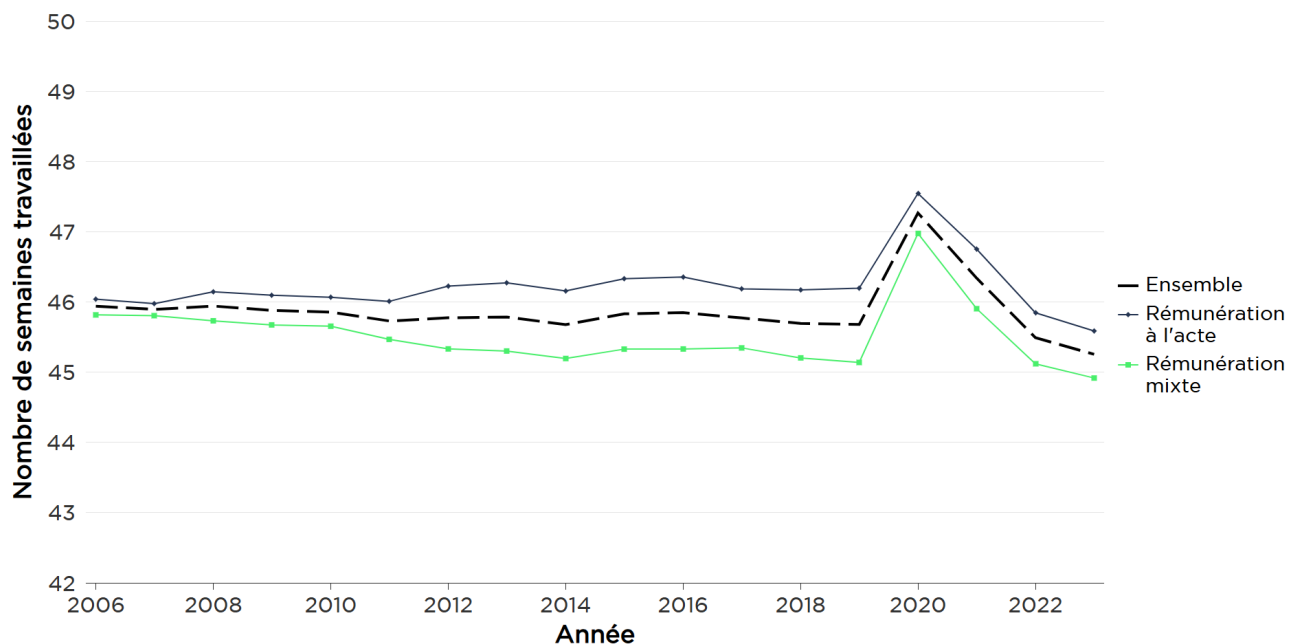
Note : Seuls les spécialistes jamais inactifs au cours de l'année sont sélectionnés. Nombre de jours travaillés (1\$ et plus) rapporté au nombre de semaines travaillées.

La figure 8 illustre l'évolution du nombre moyen de jours travaillés par semaine chez les médecins spécialistes du Québec entre 2006 et 2023. On observe une stabilité de la structure hebdomadaire du travail, oscillant autour de 4,6 jours par semaine sur l'ensemble de la période avec une légère baisse depuis 2020. Cette constance témoigne d'une organisation temporelle du travail stable, malgré les transformations du système hospitalier et les réformes successives ayant touché la gouvernance et la répartition des activités médicales. Les spécialistes maintiennent en moyenne des semaines de travail soutenues, comparables à celles observées il y a près de vingt ans.

Le nombre moyen de semaines travaillées demeure remarquablement stable sur près de deux décennies, oscillant autour de 46 semaines par an, avec une légère baisse observée dans l'immédiat après-pandémie. Cette stabilité témoigne d'une participation annuelle élevée et soutenue du corps médical spécialisé, relativement indépendante des réformes structurelles et des transformations organisationnelles ayant marqué le réseau hospitalier québécois depuis le milieu des années 2000. La figure 9 indique que les médecins rémunérés au mode mixte travaillent en moyenne légèrement moins de semaines que ceux rémunérés à l'acte, sans qu'on observe de modification notable à la suite des revalorisations tarifaires de 2013.¹

1. Pour une analyse détaillée des effets du mode mixte sur la charge clinique, les heures travaillées et le travail non facturable, voir [Dumont et al. \(2008\)](#); [Echevin et Fortin \(2014\)](#); [Echevin et al. \(2025\)](#). Ces travaux montrent

FIGURE 9 – Nombre moyen de semaines actives par mode de rémunération, 2006–2023



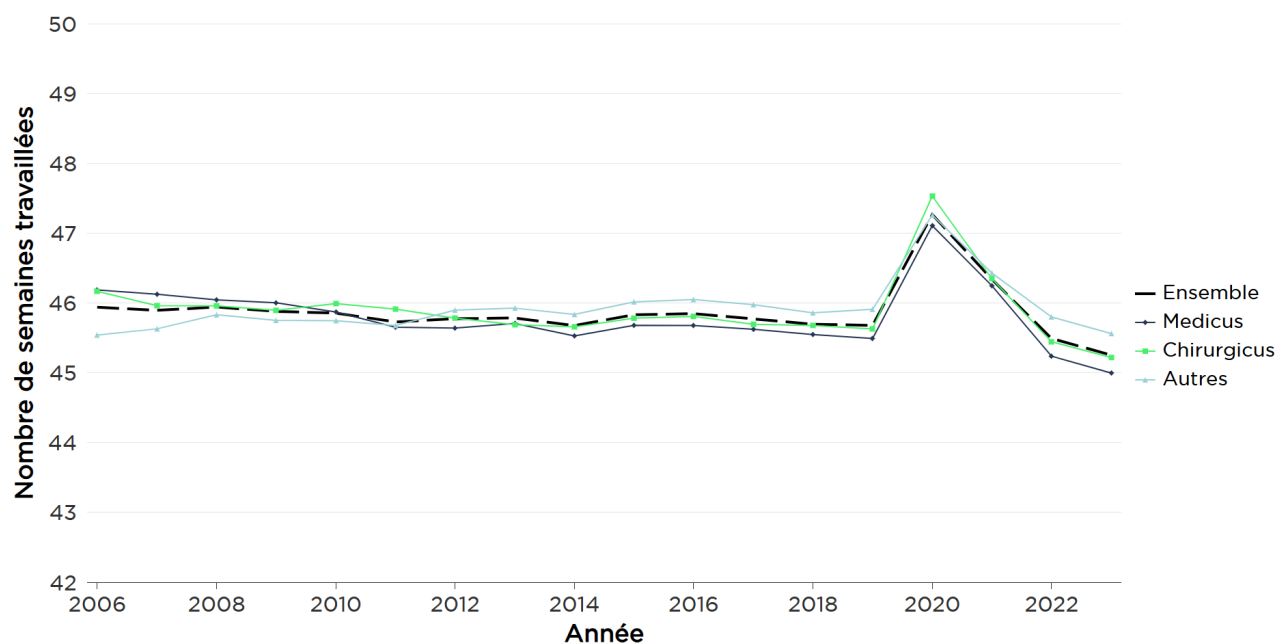
Source : Données de facturation de la RAMQ; calculs de l'auteur.

Les différences entre groupes de spécialités sont modestes (Figure 10) : les spécialités chirurgicales (Chirurgicus) affichent une activité proche de la moyenne; les spécialités médicales (Medicus) se situent juste au dessus; le groupe Autres présente la plus grande stabilité temporelle, légèrement supérieure à la moyenne. Dans l'ensemble, cette figure confirme que la marge extensive de l'offre de travail des spécialistes demeure quasi constante, avec une baisse post-pandémie.

Points saillants – Marge extensive. La participation des spécialistes demeure élevée et stable : environ 46–47 semaines et 210–220 jours de travail par an, avec peu d'inactivité prolongée. Les différences entre spécialités et modes de rémunération sont modestes et s'expliquent principalement par les contraintes de capacité hospitalière et la structure incitative des systèmes de paiement. Le pic de 2020 reflète une mobilisation exceptionnelle durant la pandémie, suivi d'un léger repli post-pandémique. Dans l'ensemble, la marge extensive de l'offre spécialisée reste remarquablement stable, confirmant la constance de l'effort clinique malgré les réformes et les transformations du système.

que le mode mixte peut s'accompagner d'une réallocation des heures vers des activités non facturables — coordination, enseignement, recherche, tâches administratives — tout en modifiant la structure des incitatifs. Les ajustements observés n'entraînent toutefois pas systématiquement une augmentation des volumes cliniques mesurés, ni d'amélioration démontrée de la qualité des soins, ce qui souligne la complexité des effets organisationnels associés à ce mode de rémunération.

FIGURE 10 – Nombre moyen de semaines actives par spécialité, 2006–2023



Source : Données de facturation de la RAMQ; calculs de l'auteur.

3.3 La marge intensive de l'offre de travail

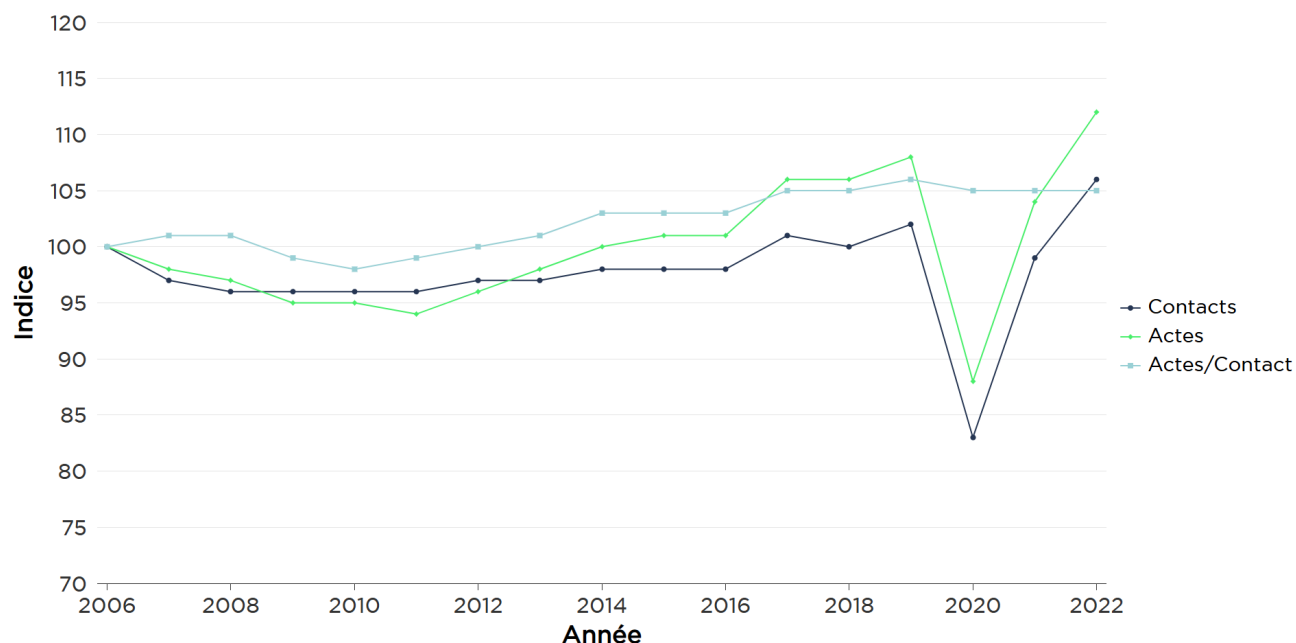
3.3.1 Activité quotidienne : contacts, actes et densité

L'observation la plus marquante est la divergence progressive entre ces trois mesures (nombre de contacts, nombre d'actes et nombre d'actes par contact), indiquant une transformation structurelle du contenu du travail clinique. Alors que le nombre de contacts quotidiens reste stable depuis 2010, le nombre d'actes par contact augmente de façon continue. Autrement dit, les spécialistes voient moins de patients par jour, mais chaque rencontre est plus dense (plus d'actes).

Cette densification, relativement faible mais perceptible, du travail médical reflète plusieurs dynamiques convergentes : (i) la complexification clinique de la patientèle, marquée par le vieillissement, la multimorbidité et la concentration des cas lourds dans le réseau public ; (ii) l'intensification technique des interventions, avec un recours accru à l'imagerie, aux procédures mini-invasives et aux suivis interdisciplinaires ; (iii) et l'effet des changements de codification qui ont pu modifier la granularité des actes facturés.

Le creux marqué en 2020 traduit la perturbation pandémique, qui a temporairement réduit le nombre de contacts et d'actes quotidiens en raison de la suspension des activités électives et de la réorganisation des soins hospitaliers. La reprise rapide observée dès 2021 témoigne de la résilience du corps médical spécialisé et du rattrapage des activités différées. Ce rattrapage a dû être effectué sur un nombre de jours moindre, comme indiqué précédemment.

FIGURE 11 – Évolution de l'activité quotidienne des spécialistes : actes/jour, contacts/jour, actes/contact, 2006–2022



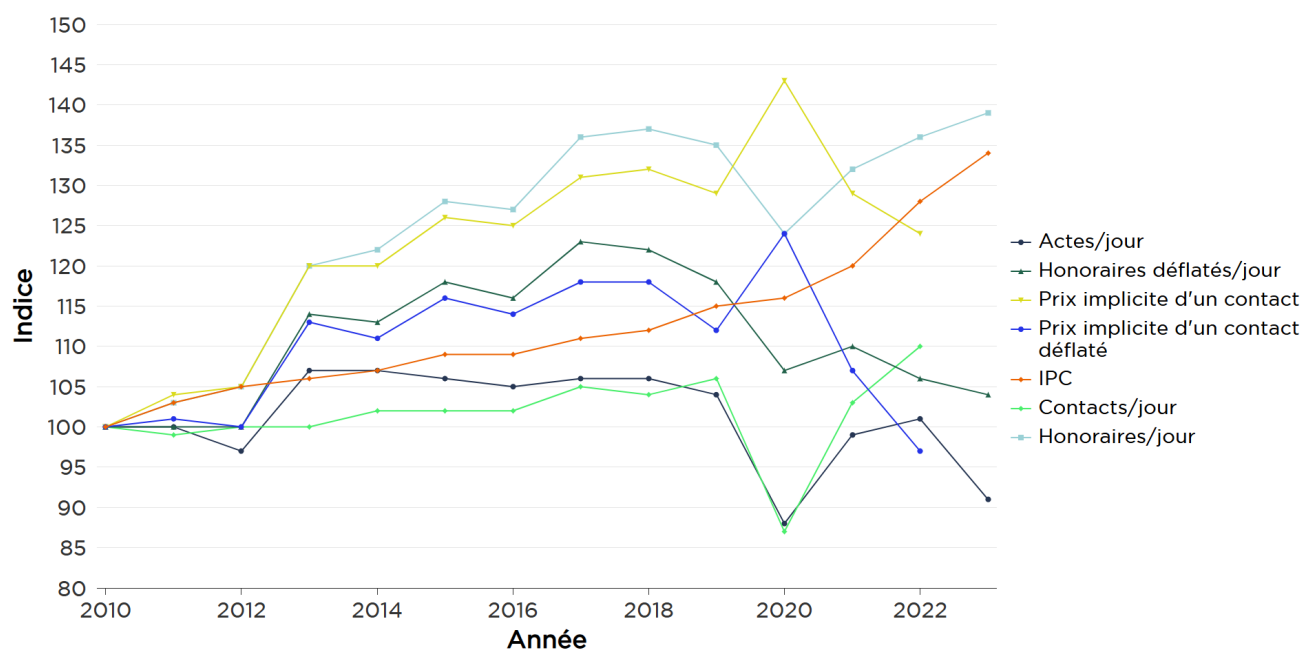
Source : Données de facturations RAMQ et données appariées RAMQ/MED-ÉCHO (échantillon 1/12), ISQ; calculs de l'auteur.

3.3.2 Volumes, honoraires et prix implicite

La figure 12 met en lumière un changement structurel dans la dynamique de la pratique spécialisée. Alors que le volume de contacts par jour tend à augmenter légèrement depuis 2010, hors période de pandémie, les honoraires journaliers augmentent de manière plus soutenue jusqu'à 2017, puis stagnent après. Les honoraires nominaux journaliers croissent d'environ 40 % entre 2010 et 2023. En termes réels (corrigés de l'inflation), cette progression n'est que de 4 %, après une hausse marquée suivie d'un repli. Sur l'ensemble de la période, la croissance des revenus a donc essentiellement compensé l'inflation, sans gain significatif de pouvoir d'achat.

Le prix implicite d'un contact — indicateur de la valeur moyenne d'une interaction clinique — a augmenté de 24 % en valeur nominale entre 2010 et 2022, mais recule de 3 % en termes réels. Cette évolution indique que la hausse apparente du revenu par contact reflète surtout l'ajustement général des tarifs à l'inflation, plutôt qu'une revalorisation réelle du travail clinique. Autrement dit, la rémunération réelle par interaction demeure stable, ce qui suggère une absence de gain de pouvoir d'achat.

FIGURE 12 – Évolution des volumes, des honoraires et du prix implicite (indice base 100 = 2010), 2010–2023



Source : Données de facturations RAMQ et données appariées RAMQ/MED-ÉCHO (échantillon 1/12), ISQ; calculs de l'auteur.

Note : Indices en base 100 en 2010 pour l'ensemble des médecins spécialistes, sur la période 2010–2023. L'indice de volume regroupe le nombre total d'actes et de contacts rapporté au nombre de jours travaillés. L'indice de rémunération correspond aux honoraires moyens par jour travaillé, tous modes de rémunération confondus. Le prix implicite est calculé comme le ratio entre la rémunération et le volume de contacts; il peut être interprété comme un prix moyen par contact patient.

3.4 Prendre en compte la patientèle (complexité) dans la marge intensive

3.4.1 Construction d'un indice de complexité de la patientèle

Pour quantifier l'évolution de la complexité des patients, nous avons développé un indice synthétique de conditions de santé basé sur une analyse en composantes principales (ACP). La méthodologie procède en deux étapes. D'abord, nous appliquons l'ACP aux données de 2022 pour identifier les relations statistiques entre les différents indicateurs de santé et extraire les composantes principales qui résument le mieux la complexité clinique (cf. Encadré 3). Ensuite, nous utilisons les coefficients (pondérations) obtenus en 2022 et les appliquons rétrospectivement aux données de chaque année antérieure (1996-2021). Cette approche garantit une mesure cohérente dans le temps : les mêmes conditions génèrent le même score de complexité quelle que soit l'année (cf. Encadré 4).

L'indice intègre quatre dimensions complémentaires de la complexité. La dimension de comorbidité inclut le score de Charlson, la prévalence des troubles mentaux, les indicateurs de fragilité (faible poids de naissance, hébergement en CHSLD). La dimension d'utilisation hospitalière comprend le nombre et la durée des hospitalisations, le nombre de jours en unité de soins intensifs, les interventions chirurgicales, le mode d'admission (urgence versus programmé), ainsi que le décès hors ou à l'hôpital. La dimension ambulatoire mesure le recours aux spécialistes, la diversité des spécialités consultées et l'intensité du suivi en première ligne, hors hospitalisation. Enfin, la dimension pharmaceutique capture la polypharmacie à travers le décompte des médicaments distincts prescrits.

La validation de l'indice s'appuie sur plusieurs approches convergentes. Trente-cinq associations médicales ont examiné et approuvé la méthodologie dans le cadre des travaux sur la valeur relative des actes médicaux. Les tests de cohérence externe confirment les corrélations attendues avec l'âge, la durée moyenne de séjour hospitalier et la prévalence des diagnostics chroniques. La stabilité temporelle de la structure factorielle, vérifiée par analyses de sensibilité sur des sous-périodes, garantit la comparabilité des mesures dans le temps. L'indice résultant offre ainsi une mesure synthétique et robuste de l'évolution de la complexité de la patientèle québécoise.

ENCADRÉ 3 – Indice de conditions de santé de la patientèle. L'indice de patientèle repose sur une analyse en composantes principales (ACP), une méthode statistique qui condense l'information de nombreuses variables corrélées en un score unique de complexité. Ce score résume l'état de santé et la charge clinique moyenne des patients suivis par chaque médecin.

Variables retenues. L'indice intègre des dimensions complémentaires :

- *Comorbidités et état de santé* : score de Charlson, troubles mentaux, faible poids de naissance, présence en CHSLD.
- *Utilisation hospitalière* : nombre et durée des hospitalisations, jours en soins intensifs, chirurgies multiples, admissions via l'urgence, décès en et hors hospitalisation.
- *Services spécialisés et première ligne* : visites de spécialistes, diversité des spécialités, visites d'omnipraticiens hors hospitalisation.
- *Médication* : nombre total de médicaments prescrits (polypharmacie).

Robustesse et validation. L'indice a été validé par 35 associations médicales dans le cadre de l'évaluation de la valeur des services et actes au Québec; il s'avère stable dans le temps (tests interannuels), robuste aux variations d'échantillons (bootstrap) et cohérent avec d'autres indicateurs de santé et de complexité clinique (Charlson, âge, durée des actes, hospitalisations).

Portée. Cet outil permet d'ajuster l'évaluation de l'offre de soins et de la rémunération selon la complexité réelle de la patientèle, au-delà du simple volume d'actes. Il offre une base robuste pour analyser les pratiques et soutenir les révisions tarifaires et organisationnelles.

Référence : Echevin (2025). Développement d'un indice composite de santé pour l'évaluation des services médicaux. Document de travail, CRCHUS–Université de Sherbrooke.

ENCADRÉ 4 – Mesurer la tendance de l'indice de patientèle. Nous mesurons l'évolution de la complexité des patients par une ACP estimée en 2022 sur une cohorte fixe. Deux garde-fous assurent la comparabilité temporelle.

Standardisation (ancrage 2022). Pour chaque variable X_k :

$$\tilde{X}_{k,t} = \frac{X_{k,t} - \mu_{k,2022}}{\sigma_{k,2022}}, \quad C_t = \hat{\alpha}' \tilde{X}_t.$$

Les *loadings* $\hat{\alpha}$ sont figés (2022) et appliqués à toutes les années. Les variations de C_t traduisent un changement réel du cas-mix.

Winsorisation. On borne l'indice aux centiles P_1 et P_{99} calculés en 2022 :

$$C_i^{(w)} = \min\{\max(C_i, P_1), P_{99}\}.$$

But : réduire l'influence des extrêmes, sans changer l'échelle.

Indice temporel.

$$I_t = 100 \times (1 + C_t - C_{1996}),$$

Neutraliser les changements dans l'organisation des soins. En 2022, les variables organisationnelles sont modélisées en fonction des variables de morbidité, d'âge et de sexe, ainsi que de leurs interactions, sélectionnées par la méthode LASSO. Les variables prédites servent ensuite à reconstituer l'indice pour l'ensemble des années. De manière équivalente, on peut prédire directement l'indice pour chaque année à partir des mêmes variables explicatives (morbidité, âge, sexe et interactions).

Variables de morbidité : score de Charlson (et composantes), troubles mentaux, faible poids de naissance, présence en CHSLD, polypharmacie (nombre total de médicaments prescrits).

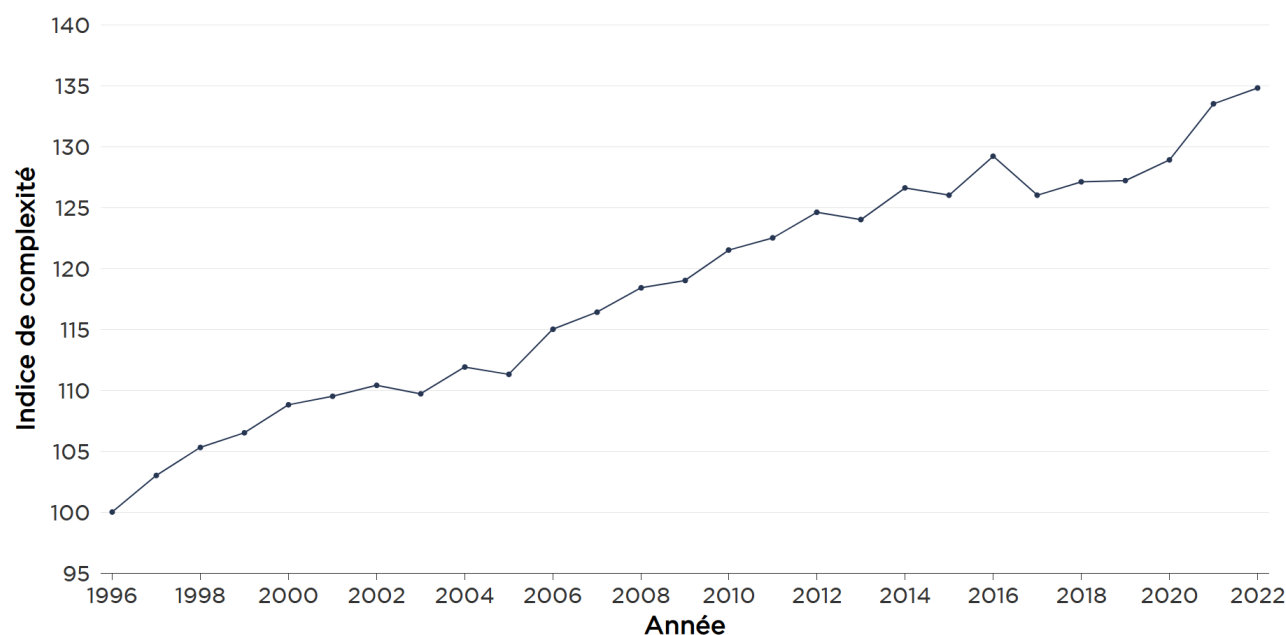
Variables organisationnelles : utilisation hospitalière (nombre et durée des hospitalisations, jours en soins intensifs, chirurgies multiples, admissions via l'urgence, décès en ou hors hospitalisation) et services spécialisés et première ligne (visites de spécialistes, diversité des spécialités, visites d'omnipraticiens hors hospitalisation).

3.4.2 Évolution de la complexité de la patientèle

La comparabilité temporelle de l'indice de patientèle repose sur deux mécanismes de standardisation. Premièrement, toutes les variables sont normalisées sur les moyennes et écarts-types de 2022, assurant une échelle constante sur l'ensemble de la période. Deuxièmement, une winsorisation aux premier et 99e centiles neutralise l'influence des valeurs extrêmes qui pourraient biaiser les tendances temporelles. Ces ajustements garantissent que les variations observées reflètent de véritables changements dans la complexité clinique plutôt que des artefacts statistiques.

Un défi méthodologique concerne la distinction entre l'évolution réelle de la morbidité et les changements dans l'organisation des soins. Par exemple, l'augmentation des hospitalisations peut refléter soit une détérioration de l'état de santé populationnel, soit des modifications dans les critères d'admission. Pour isoler la composante strictement clinique, nous estimons un modèle de prédiction fondé sur la morbidité. Les relations entre les variables de morbidité et les caractéristiques organisationnelles sont d'abord estimées pour 2022 à l'aide d'une régression LASSO (incluant l'âge, le sexe, les variables de morbidité et leurs interactions), puis appliquées rétrospectivement afin d'estimer, pour chaque année, les valeurs organisationnelles attendues compte tenu du profil clinique des patients (Encadré 4).

FIGURE 13 – Indice de conditions de santé de la patientèle, 1996–2022



Source : Données appariées RAMQ/MED-ÉCHO (échantillon 1/12), ISQ; calculs de l'auteur.

Note : L'indice regroupe quatre dimensions de la complexité clinique – comorbidités, recours hospitalier, utilisation de services spécialisés et polypharmacie – construites au moyen d'une analyse en composantes principales appliquée à la cohorte de patients de 2022 (Encadré 3). Cet indice est ensuite rétroprojeté pour les années antérieures (Encadré 4). La baisse observée en 2017 reflète une sous-déclaration ponctuelle des diagnostics du fait du changement de codification (70% de déclarations dans les facturations en 2017 contre 95% en 2016 d'après la RAMQ), corrigée par la suite. Les années de pandémie ont également influé sur l'indice, en raison d'une diminution temporaire des hospitalisations.

L'indice révèle un alourdissement progressif et continu de la patientèle sur la période 1996-2022, avec une progression d'environ 35 % sur presque trois décennies (Figure 13). Cette tendance reflète la convergence de plusieurs facteurs : vieillissement démographique, prévalence croissante de la multimorbidité, et amélioration de la survie des patients atteints de maladies chroniques grâce aux progrès thérapeutiques.

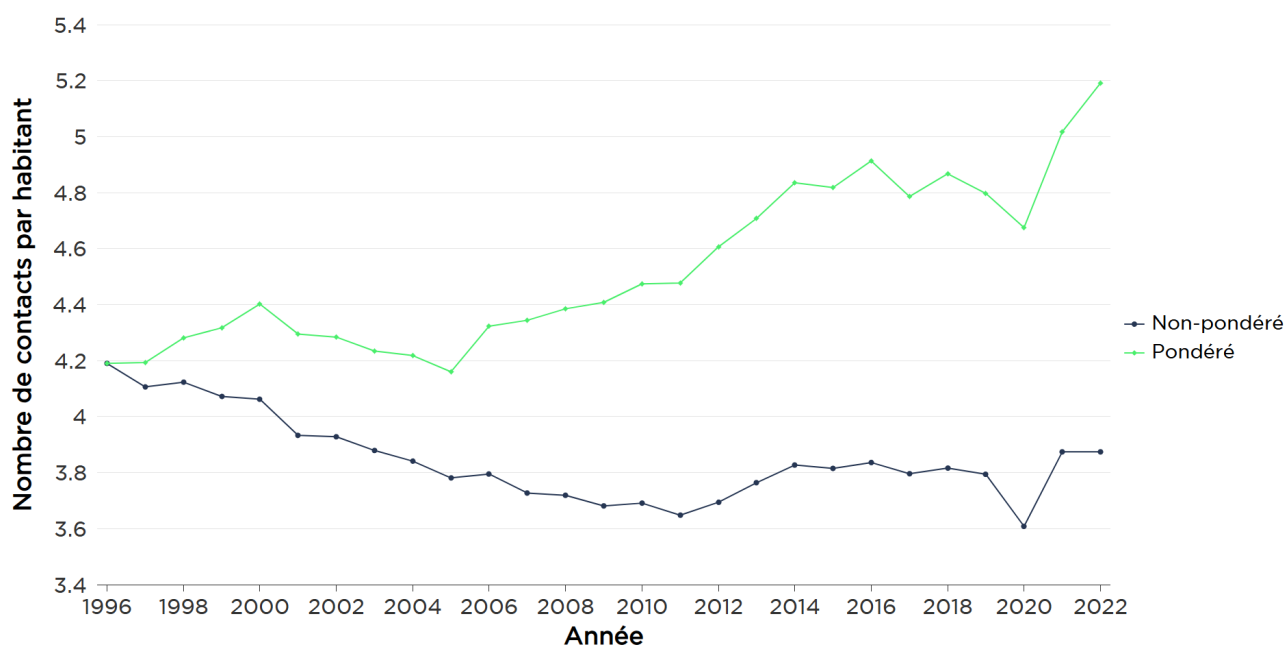
La baisse ponctuelle observée en 2017 s'explique par une sous-déclaration temporaire des diagnos-

tics dans les facturations en lien avec un changement de codification (70 % de déclarations en 2017 contre 95 % en 2016 selon la RAMQ), corrigée par la suite. Les années de pandémie ont également influé sur l'indice en raison d'une diminution temporaire des hospitalisations.

L'ampleur de cette progression de la complexité explique en partie la tension croissante entre demande de soins et capacité du système : chaque contact-patient devient plus exigeant en temps et en ressources cognitives, réduisant mécaniquement le nombre de patients qu'un médecin peut suivre. Cette réalité souvent négligée dans les débats publics souligne l'importance d'ajuster les indicateurs de productivité médicale pour la complexité croissante des cas traités.

3.4.3 Contacts pondérés par la complexité

FIGURE 14 – Nombre de contacts par habitant pondéré par la complexité, 1996–2022



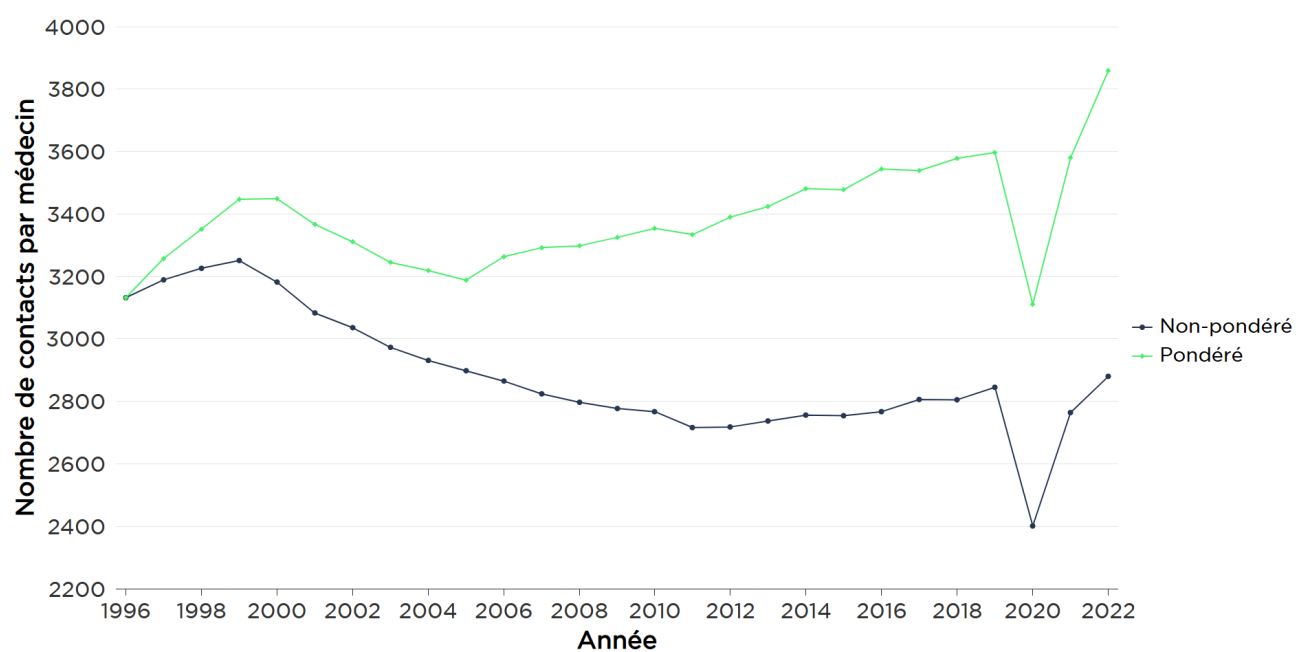
Source : Données appariées RAMQ/MED-ÉCHO (échantillon 1/12), ISQ; calculs de l'auteur.

Note : Le nombre de contacts pondérés par la complexité multiplie le nombre de contacts par l'indice de complexité de la patientèle. Cette mesure capture la charge clinique réelle plutôt que le volume brut.

La comparaison entre les deux mesures de volume — le nombre brut de contacts par habitant et le nombre pondéré par la complexité clinique — met en évidence un résultat central. Depuis le milieu des années 1990, le volume brut diminue, alors que la mesure ajustée pour la complexité croît. Autrement dit, les spécialistes voient moins de patients, mais ces patients présentent des profils plus lourds, des pathologies plus graves et des besoins de soins plus complexes.

Cette divergence entre volume brut et volume ajusté illustre les limites des indicateurs traditionnels. Une baisse du nombre de contacts ne signifie pas nécessairement une réduction de l'effort médical,

FIGURE 15 – Nombre de contacts par médecins, 1996–2022



Source : Données appariées RAMQ/MED-ÉCHO (échantillon 1/12), ISQ; calculs de l'auteur.

Note : Le nombre de contacts pondérés par la complexité multiplie le nombre de contacts par l'indice de complexité de la patientèle. Cette mesure capture la charge clinique réelle plutôt que le volume brut.

mais plutôt une intensification du travail clinique à mesure que les cas pris en charge deviennent plus exigeants.

L'analyse pondérée montre que la charge clinique réelle par habitant a augmenté au cours des dernières décennies (Figure 14). Cette évolution s'inscrit dans les tendances observées dans la plupart des spécialités hospitalières : le vieillissement de la population, la hausse de la comorbidité et la concentration des cas lourds dans le réseau public accroissent la densité de soins requis par patient. Cette complexification a toutefois contribué à réduire l'accès universel et à allonger les listes d'attente.

L'effet de la pondération sur les indicateurs de productivité médicale est considérable. Le nombre moyen de visites-contacts par médecin, qui diminue de 8 % entre 1996 et 2022 en valeur brute, affiche une hausse de 23 % une fois ajusté pour la complexité clinique (Figure 15).

Il importe de préciser que notre indicateur de complexité de la patientèle ne saisit qu'une des composantes explicites de la *valeur relative des actes médicaux* (VRA), généralement définie comme une fonction de la durée, de la complexité technique et de la complexité clinique des cas pris en charge. En pratique, ces dimensions sont fortement corrélées : les patients plus complexes requièrent en moyenne des actes plus longs et plus techniques. Dans ce contexte, la charge clinique pondérée pour la complexité de la patientèle constitue une approximation robuste de la charge clinique réelle, même en l'absence de données longitudinales détaillées sur la durée et la technicité des actes. Elle représente ainsi un progrès substantiel par rapport aux indicateurs bruts de volume d'activité traditionnellement utilisés.

Sur le plan des politiques publiques, cette lecture modifie profondément l'interprétation des dynamiques d'accès et de performance. Le déclin apparent du nombre de contacts par médecin ne traduit pas une baisse de productivité, mais une réallocation du temps médical vers des patients à besoins plus élevés. Les stratégies d'amélioration de l'accès ne peuvent donc pas reposer uniquement sur l'augmentation des volumes d'actes. Elles doivent viser à renforcer la capacité du système à absorber la complexité clinique — en favorisant la coordination interspécialités, le soutien technologique et l'optimisation du travail en équipe hospitalière.

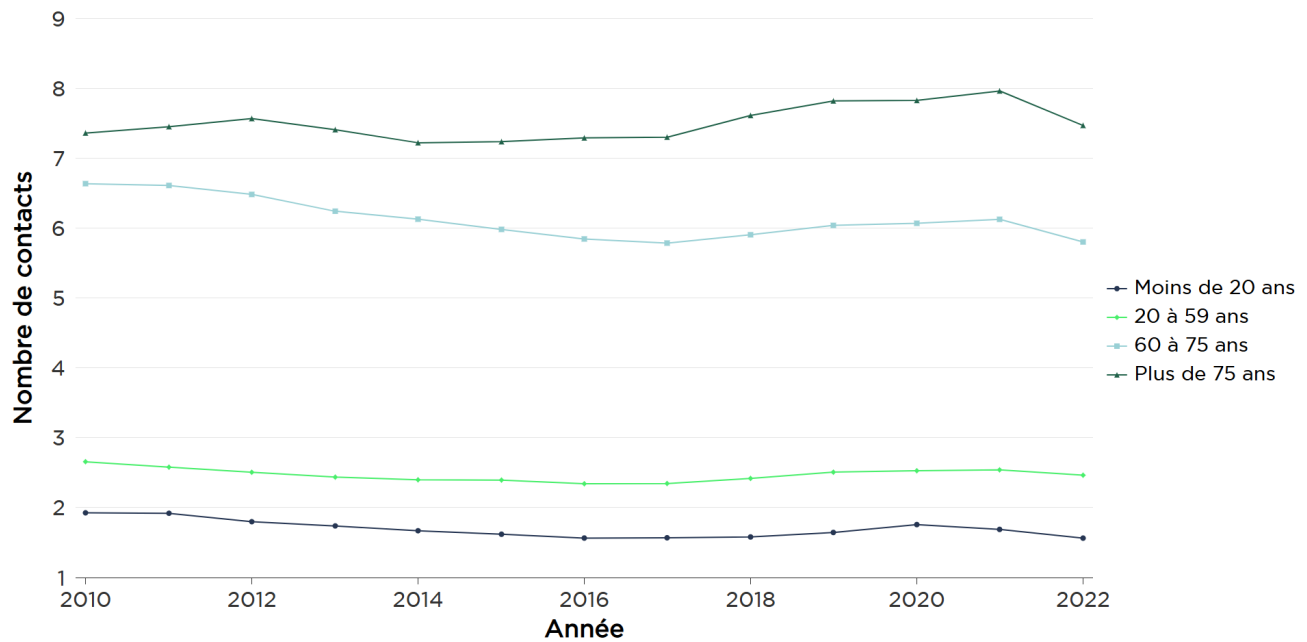
3.4.4 Contacts par classe d'âge

Les patients de plus de 75 ans génèrent systématiquement le plus grand nombre de contacts, autour de 7 à 8 par année, une tendance stable mais en légère hausse depuis 2010. Cette intensité reflète la fréquence accrue des suivis dans cette population à forte prévalence de maladies chroniques.

Les 60 à 75 ans présentent un nombre de contacts en diminution progressive, tandis que la complexité des cas traités dans ce groupe tend à augmenter. Cette évolution suggère une concentration de l'activité spécialisée autour des cas nécessitant un suivi plus soutenu.

Les groupes plus jeunes enregistrent une baisse plus modérée : environ 2 à 3 contacts par an pour les 20–59 ans et moins de 2 pour les moins de 20 ans. Cette tendance traduit une répartition plus

FIGURE 16 – Nombre de contacts par habitant par classe d'âge, 1996–2022



Source : Données appariées RAMQ/MED-ÉCHO (échantillon 1/12), ISQ; calculs de l'auteur.

marquée de l'activité spécialisée vers les groupes d'âge supérieurs.

Points saillants – Marge intensive et patientèle. Le travail médical spécialisé s'est densifié : les spécialistes voient moins de patients, mais chaque contact correspond à des cas plus complexes et à une charge clinique accrue. Le prix implicite du contact, corrigé de l'inflation, demeure stable, ce qui indique que la rémunération réelle n'a pas progressé au rythme de la complexité des soins. L'intensification du travail reflète un effort clinique soutenu, mais cet effort additionnel ne se traduit pas par une capacité accrue : les médecins atteignent les limites de leur disponibilité, et les contraintes du réseau limitent toute expansion supplémentaire de l'offre.

Synthèse

À la marge extensive, la participation des spécialistes demeure élevée et stable : le nombre de jours et de semaines travaillés varie peu, et les périodes d'inactivité prolongée restent marginales. À la marge intensive, le travail se densifie : les spécialistes voient moins de patients, mais consacrent plus de temps à des cas plus complexes. Les contraintes physiques et organisationnelles — dépendance au milieu hospitalier, disponibilité des blocs opératoires, personnel de soutien, lits — limitent la croissance des volumes, tandis que les indicateurs ajustés pour la complexité mettent en évidence un effort clinique accru.

4 Analyses économétriques

Cette section présente l'analyse économétrique de l'offre de travail des médecins spécialistes québécois en réponse aux variations tarifaires. L'objectif est de mesurer empiriquement la sensibilité des médecins aux ajustement tarifaires, tout en identifiant les mécanismes comportementaux sous-jacents.

Les médecins spécialistes évoluent dans un cadre contraint. Leur pratique est quasi intégralement hospitalo-centrée (89–92 % des effectifs en CH), structurée par des protocoles institutionnels rigides, des calendriers de gardes prédéfinis, et des privilèges hospitaliers strictement encadrés. Cette dépendance institutionnelle limite drastiquement leur capacité de réallocation entre contextes.

4.1 Spécification empirique

La méthodologie économétrique retenue repose sur un modèle de panel avec effets fixes, permettant d'estimer de manière comparable et cohérente les élasticités-prix entre contextes de pratique. Cette approche neutralise les différences individuelles permanentes entre médecins (âge, sexe, style de pratique, préférence pour le revenu ou le loisir, etc.) ainsi que les spécificités propres aux milieux d'exercice. Elle permet ainsi d'isoler la réponse moyenne de l'activité médicale à une variation des tarifs, indépendamment des caractéristiques propres aux médecins, des spécificités des milieux de pratique et des chocs temporels communs à tous les médecins.

4.1.1 Modèle économétrique

La spécification principale s'écrit :

$$\ln(Y_{ict}) = \beta \ln(\text{prix}_{ct}) + \alpha_i + \gamma_c + \lambda_t + \varepsilon_{ict},$$

où i indexe le médecin spécialiste, c la cellule d'analyse (contexte de pratique) et t l'année. Le coefficient β mesure l'élasticité-prix : la variation en pourcentage de l'activité Y_{ict} suite à une variation de 1 % du prix.

Les effets fixes α_i , γ_c et λ_t contrôlent respectivement pour les caractéristiques fixes du médecin, les spécificités de chaque contexte de pratique, et les tendances temporelles communes.

4.1.2 Définition des contextes d'analyse

Les cellules d'analyse sont construites à partir de cinq dimensions complémentaires :

1. **Type d'établissement** : centre hospitalier (CH), clinique, laboratoire et autres lieux de pratique.
2. **Région géographique** : dix-huit régions sociosanitaires définies par le MSSS.
3. **Groupe d'actes** : visites, chirurgie, PDT (procédures diagnostiques et thérapeutiques), anesthésie, AH (actes de laboratoire ou d'imagerie) et autres catégories résiduelles.

4. **Complexité de la patientèle** : déciles croissants de l'indice synthétique de complexité de la patientèle.
5. **Groupe d'âge** : enfants et adolescents (0–17 ans), adultes (18–64 ans), jeunes aînés (65–74 ans) et aînés vulnérables (75 ans et plus).

4.1.3 Variables dépendantes

Les estimations reposent sur un ensemble d'indicateurs permettant de caractériser de manière complémentaire l'activité clinique spécialisée. Le nombre de patients distincts suivis au cours de l'année renseigne sur l'ampleur de la patientèle prise en charge. Le volume total de contacts et le nombre d'actes constituent des mesures du niveau brut d'activité. L'intensité des suivis est appréhendée par le ratio actes par contact ainsi que par le nombre de contacts par patient. Enfin, les contacts pondérés par la complexité (CPC), calculés à partir d'un indice synthétisant la charge relative des patients pris en charge, offrent une mesure de la charge clinique ajustée pour l'hétérogénéité des profils de patientèle ; cette mesure est également rapportée au nombre de patients suivis afin de saisir l'intensité clinique pondérée des suivis.

4.1.4 Périodes d'analyse

Les périodes retenues reflètent les grandes phases qui ont structuré l'évolution de la pratique spécialisée depuis le milieu des années 1990. La fenêtre 1996–2002 correspond à un environnement marqué par les restrictions budgétaires héritées des années 1990, une relative stabilité tarifaire et l'introduction du mode mixte à la fin de la période. Les années 2003–2008 forment une phase de transition, au cours de laquelle s'amorcent les premières révisions tarifaires ciblées et un alourdissement progressif des tâches non cliniques. La période 2009–2015 regroupe le cycle de rattrapage tarifaire substantiel, caractérisé par des hausses répétées et soutenues. Enfin, la fenêtre 2016–2022 couvre les réformes organisationnelles récentes, la centralisation de la gouvernance et la hausse marquée des exigences administratives, auxquelles se sont ajoutées les perturbations liées à la pandémie. Ces découpages permettent d'estimer les élasticités-prix dans des contextes institutionnels homogènes et comparables.

4.2 Élasticités-prix des volumes

L'examen des élasticités par période révèle un résultat stable et cohérent sur l'ensemble de la période d'observation : dans toutes les fenêtres temporelles, les coefficients associés au prix sont négatifs pour les volumes de contacts et d'actes ainsi que pour les contacts pondérés par la complexité. Bien que l'ordre de grandeur de ces élasticités demeure modéré, leur cohérence et leur persistance sur près de trois décennies invitent à une interprétation structurelle plutôt que conjoncturelle. Les élasticités des contacts évoluent d'environ $-0,05$ durant les périodes 1996–2002 et 2003–2008, s'approchent de zéro durant 2009–2015 ($-0,006$, non significatif), puis deviennent nettement plus négatives à partir de 2016 ($-0,118$). La fenêtre étendue 2010–2022 confirme cette tendance avec une élasticité de

TABLE 1 – Élasticités-prix des volumes par période – Médecins spécialistes

	Contacts	Actes	Actes/cont.	Patients	Contacts/p	CPC	CPC/p
Fenêtre 1996–2002							
ln(Prix)	-0.049*** (0.007)	-0.072*** (0.008)	-0.022*** (0.003)	-0.001 (0.006)	-0.049*** (0.004)	-0.051*** (0.007)	-0.049*** (0.004)
Observations	2,126,503	2,126,503	2,126,503	2,126,503	2,126,503	2,119,727	2,119,727
Fenêtre 2003–2008							
ln(Prix)	-0.064*** (0.008)	-0.082*** (0.008)	-0.018*** (0.003)	0.010** (0.005)	-0.074*** (0.005)	-0.065*** (0.008)	-0.076*** (0.005)
Observations	1,824,730	1,824,730	1,824,730	1,824,730	1,824,730	1,821,682	1,821,682
Fenêtre 2009–2015							
ln(Prix)	-0.006 (0.007)	-0.012 (0.008)	-0.006** (0.003)	0.011* (0.006)	-0.017*** (0.004)	-0.005 (0.007)	-0.016*** (0.004)
Observations	2,477,542	2,477,542	2,477,542	2,477,542	2,477,542	2,473,479	2,473,479
Fenêtre 2016–2022							
ln(Prix)	-0.118*** (0.009)	-0.112*** (0.010)	0.006* (0.003)	-0.092*** (0.008)	-0.026*** (0.002)	-0.120*** (0.009)	-0.026*** (0.002)
Observations	3,018,725	3,018,725	3,018,725	3,018,725	3,018,725	3,013,159	3,013,159
Fenêtre 2010–2022							
ln(Prix)	-0.114*** (0.007)	-0.109*** (0.008)	0.005* (0.003)	-0.096*** (0.006)	-0.018*** (0.002)	-0.116*** (0.007)	-0.018*** (0.002)
Observations	5,178,488	5,178,488	5,178,488	5,178,488	5,178,488	5,169,046	5,169,046

Source : Données appariées RAMQ/Med-Écho (échantillon 1/12), ISQ; calculs de l'auteur.

Note : Erreurs-types robustes entre parenthèses. *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. CPC : contacts pondérés par la complexité de la patientèle.

–0,114 pour les contacts. Cette accentuation à partir de 2016 coïncide avec des transformations institutionnelles majeures : centralisation de la gouvernance hospitalière et expansion des tâches non cliniques.

L'évolution conjointe des indicateurs révèle que les spécialistes ajustent leur activité en fonction de leur temps disponible plutôt qu'en réponse aux variations tarifaires. Les ajustements observés traduisent davantage une réorganisation interne qu'une modification substantielle de l'offre globale. Cette dynamique s'explique par deux processus structurels. D'abord, la bureaucratisation croissante – consignation clinique, conformité réglementaire, gestion des risques – consomme une part croissante du temps médical, réduisant la capacité clinique disponible à effort total constant. Ensuite, le multitâche imposé entraîne des transitions fréquentes entre activités cliniques et non cliniques qui génèrent des coûts cognitifs importants.

Ces observations s'inscrivent dans la théorie du multitâche de [Holmström et Milgrom \(1991\)](#), selon laquelle des incitations concentrées sur une dimension mesurable produisent des effets limités lorsque l'agent doit répartir un temps fixe entre plusieurs tâches concurrentes.² Dans ce cadre, une

2. Pour une application empirique de ce cadre au contexte québécois, voir [Somé et al. \(2024\)](#).

hausse de prix induit normalement une réallocation marginale du temps vers les activités mieux rémunérées. Toutefois, lorsque les médecins opèrent déjà à pleine capacité temporelle et que les tâches non facturables occupent une part croissante du temps disponible, même cette réallocation devient négligeable.

Deux interprétations concurrentes peuvent expliquer les élasticités observées — proches de zéro ou légèrement négatives — selon que la pratique médicale se structure autour de la contrainte de revenu ou de la contrainte de temps. Sous l'hypothèse du revenu cible, les médecins visent un niveau de rémunération souhaité et réduisent volontairement leur activité une fois ce revenu atteint pour privilégier le loisir. Une hausse tarifaire leur permet d'atteindre leur revenu cible avec moins de volume, ce qui génère des élasticités négatives par ajustement volontaire à la baisse. Cette interprétation peut expliquer les élasticités légèrement négatives observées, mais échoue à rendre compte de la stabilité temporelle remarquable (46-47 semaines/an durant 15 ans, y compris durant les hausses tarifaires majeures de 2009-2015) et surtout de l'intensification de l'effort clinique réel (contacts pondérés +23 %). Si les médecins réduisaient volontairement leur activité après avoir atteint leur revenu cible, on devrait observer une baisse de l'effort réel, pas une augmentation.

À l'inverse, sous la contrainte de temps, les médecins travaillent déjà au maximum de leur capacité temporelle disponible. Ils ne peuvent augmenter leurs volumes même si les hausses tarifaires les y incitent financièrement, car le temps physiquement disponible — limité par les infrastructures (blocs opératoires, équipements), le personnel de soutien et les obligations non facturables (documentation, coordination) — constitue la ressource rare et incompressible. Cette contrainte prédit des élasticités nulles : l'offre ne réagit pas aux prix car la capacité est saturée. Les élasticités légèrement négatives observées s'expliquent alors non par un désengagement volontaire, mais par le ciblage institutionnel des hausses tarifaires vers les actes déjà en déclin structurel pour des raisons organisationnelles ou technologiques, créant une corrélation mécanique négative entre prix et volumes. Cette interprétation est cohérente avec l'ensemble des observations : stabilité temporelle des jours et semaines travaillées, intensification de l'effort réel, saturation structurelle documentée (89 % de pratique hospitalière, substitution limitée). Le comportement des médecins spécialistes québécois révèle ainsi que c'est la contrainte de temps, et non la contrainte de revenu, qui limite structurellement l'offre de services.

Le ciblage institutionnel constitue un mécanisme clé pour comprendre les élasticités légèrement négatives observées. Ce processus reflète la manière dont les autorités tarifaires ajustent les barèmes de rémunération : lorsqu'un acte ou une spécialité connaît un déclin de volume pour des raisons structurelles — obsolescence technologique (nouvelles techniques moins invasives), réorganisation des soins (transfert vers d'autres niveaux de soins), ou contraintes organisationnelles (manque d'équipement ou de personnel) — les négociateurs tarifaires octroient fréquemment des hausses compensatoires pour maintenir l'attractivité de ces activités et éviter leur abandon complet. Cette pratique crée mécaniquement une corrélation négative entre prix et volumes : ce n'est pas la hausse tarifaire qui cause le déclin de volume, mais bien le déclin qui provoque la hausse tarifaire. Les élasticités négatives observées ne

reflètent donc pas un désengagement professionnel en réponse aux incitations financières, mais une capacité structurellement plafonnée. L'effort clinique réel est non seulement maintenu mais accru : les contacts pondérés par la complexité augmentent de 23 % entre 1996 et 2022 alors que le volume brut diminue de 8 %, confirmant une intensification plutôt qu'un retrait. Dans un système saturé, les hausses tarifaires modifient la rémunération sans ajouter de capacité productive, car une grande partie du travail médical — coordination interdisciplinaire, documentation exhaustive, gestion des trajectoires complexes — demeure invisible dans les données de facturation et non directement contractable. Cette interprétation est confirmée empiriquement : lorsqu'on isole la composante véritablement non prévisible des variations tarifaires, les élasticités négatives disparaissent et convergent vers zéro, révélant que la corrélation négative observée provient effectivement du ciblage institutionnel plutôt que d'une réponse comportementale aux incitatifs financiers (Echevin et Houndetoungan, 2025).

La période 2009-2015 atténue considérablement le biais de ciblage institutionnel traditionnel (hausses compensatoires pour actes en déclin), permettant d'observer une élasticité moins contaminée par la corrélation mécanique négative entre prix et volumes. Cette période se caractérise par des hausses tarifaires de rattrapage général visant à compenser la stagnation des rémunérations médicales des années 2000, appliquées de manière relativement uniforme entre spécialités et au sein de chacune.³ Des hausses tarifaires substantielles ont été appliquées de manière relativement homogène à l'ensemble des spécialités et des actes, plutôt que de cibler spécifiquement les activités en déclin structurel. En l'absence de ce ciblage différentiel, l'élasticité observée approche zéro (-0,006, non significative), révélant la réponse comportementale réelle des médecins opérant sous contrainte de capacité.

À l'inverse, durant les périodes 1996-2008 et surtout après 2016, les ajustements tarifaires ont repris un caractère plus sélectif, ciblant des actes ou spécialités spécifiques confrontés à des difficultés de recrutement, des déclin technologiques ou des réorganisations de soins. C'est cette sélectivité qui réintroduit la corrélation négative mécanique entre prix et volumes.

4.3 Rigidité organisationnelle et faible substitution inter-contextes

L'analyse précédente a montré que les médecins ajustent peu leur intensité clinique en réponse aux variations tarifaires : le volume total d'activité demeure relativement stable en raison des contraintes de temps et de la saturation du système. Une question complémentaire se pose alors : malgré cette rigidité globale, les spécialistes peuvent-ils redistribuer leur activité entre différents établissements,

3. La période 2009-2015 comprend deux phases distinctes. Durant 2009-2010, certaines spécialités (radiologie, ophtalmologie) confrontées à une forte demande ont obtenu des hausses concentrées sur leurs actes les plus sollicités. Bien que ces hausses demeurent potentiellement endogènes à la dynamique de la demande, elles diffèrent qualitativement du ciblage institutionnel habituel : plutôt que de compenser des actes en déclin structurel (corrélation négative mécanique), elles accompagnent des actes en expansion (corrélation potentiellement positive). En 2013, un mécanisme de convergence adopté par la FMSQ a distribué les hausses selon un critère d'équité entre associations, indépendamment des évolutions volumétriques spécifiques. L'élasticité quasi-nulle observée reflète donc une réduction substantielle du biais de ciblage négatif traditionnel, bien que notre stratégie d'identification par effets fixes multiples ne puisse éliminer complètement l'endogénéité résiduelle liée aux dynamiques de demande spécifiques à certains actes.

contextes d'exercice ou types d'actes pour tirer parti des écarts de rémunération relative ?

Pour explorer cette possibilité, nous estimons la sensibilité de la part d'activité d'un médecin dans chaque contexte au prix relatif observé, en contrôlant pour l'hétérogénéité propre à chaque médecin-année et chaque cellule d'activité. Le coefficient θ traduit la propension à substituer une part d'activité vers les segments les mieux rémunérés, pour un volume global donné. Une valeur positive de θ indiquerait une réallocation effective vers les contextes où la rémunération est plus élevée.

TABLE 2 – Réponse de l'allocation intra-médecin et inter-contextes aux différentiels de prix relatifs – Médecins spécialistes (2010–2022)

Équation estimée : $\text{part}_{ict} = \theta(\ln \text{prix}_{ct} - \overline{\ln \text{prix}_{it}}) + \alpha_{it} + \gamma_c + u_{ict}$				
	Contacts	Actes	CPC	APC
Intra-médecin (cellules)				
ln(Prix relatif)	-0,00084*** (0,00012)	-0,00119*** (0,00013)	-0,00090*** (0,00014)	-0,00119*** (0,00015)
Observations	5,177,220	5,177,220	5,177,202	5,177,202
Entre établissements				
ln(Prix relatif)	-0,0218*** (0,0028)	-0,0324*** (0,0028)	0,0022* (0,0011)	-0,0014*** (0,0005)
Observations	99,825	99,825	99,825	99,825
Entre types d'actes				
ln(Prix relatif)	0,00826*** (0,00214)	-0,00099 (0,00080)	0,0125*** (0,0016)	0,00102*** (0,00020)
Observations	321,341	321,341	321,341	321,341

Source : Données appariées RAMQ/Med-Écho (échantillon 1/12), ISQ; calculs de l'auteur.

Note : Erreurs-types robustes entre parenthèses. *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Effets fixes médecin-année et cellule inclus. CPC : contacts pondérés par la complexité de la patientèle. APC : actes pondérés par la complexité de la patientèle.

Les résultats présentés dans la table 2 indiquent une capacité de substitution extrêmement limitée. Au niveau intra-médecin, les coefficients associés au prix relatif sont très faibles : ils sont statistiquement significatifs, mais l'effet reste pratiquement nul. Les spécialistes ne modifient donc pas la structure fine de leur pratique en fonction des écarts de rémunération entre cellules d'activité. Cette inertie est cohérente avec les contraintes organisationnelles caractéristiques de la pratique spécialisée : disponibilité limitée des salles, séquences opératoires prédéterminées, dépendance à des équipes multidisciplinaires et règles institutionnelles restreignant la latitude d'ajustement de la composition quotidienne du travail.

Les estimations entre établissements montrent des coefficients légèrement plus élevés en valeur absolue, autour de $-0,02$ à $-0,03$ pour les contacts et les actes. Néanmoins, même à ce niveau, la

sensibilité demeure faible : les variations de prix relatifs entre établissements entraînent des réallocations modestes, insuffisantes pour témoigner d'un arbitrage économique substantiel. Les résultats fondés sur les mesures pondérées par la complexité renforcent ce constat, les coefficients devenant alors quasi nuls. Cela suggère que les choix d'établissement reflètent avant tout des affectations structurelles, des responsabilités institutionnelles ou des contraintes logistiques plutôt que la recherche d'opportunités tarifaires.

Enfin, l'analyse par type d'acte révèle une sensibilité certes positive et statistiquement significative pour les contacts — qu'ils soient comptés en volumes simples ou pondérés — ce qui indique que les médecins réagissent dans une certaine mesure aux différentiels de prix relatifs entre catégories d'actes. Toutefois, la magnitude de ces coefficients demeure réduite, de sorte que l'ajustement observé reste marginal et ne saurait être interprété comme une véritable substitution entre types d'actes. Il s'agit plutôt d'un rééquilibrage à la marge, compatible avec une certaine flexibilité dans l'organisation des épisodes de soins, mais insuffisant pour modifier substantiellement la structure globale de la pratique. La distribution des actes demeure ainsi largement déterminée par les compétences propres à chaque spécialité, par les contraintes techniques et par la séquence naturelle de prise en charge clinique, des éléments qui limitent la possibilité de réorienter l'activité vers les actes mieux rémunérés à court terme, même lorsque les incitations tarifaires vont dans ce sens.

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que les spécialistes évoluent dans un environnement où la structure du travail clinique est fortement contrainte par les organisations hospitalières, la nature des actes techniques et les processus institutionnels. Les différentiels de prix relatifs, qu'ils concernent les cellules d'activité, les établissements ou les actes eux-mêmes, n'entraînent pas de redéploiement significatif de l'activité. Les hausses de prix peuvent modifier la rémunération relative des contextes d'exercice, mais elles ne suffisent pas à en modifier la distribution réelle, ce qui reflète un système où la capacité clinique est largement déterminée par les contraintes matérielles et organisationnelles plutôt que par les incitatifs économiques.

Messages clés

L'analyse révèle des élasticités-prix faibles ou nulles, avec un paradoxe apparent : les hausses tarifaires ont coïncidé avec de légères réductions de volumes mesurés (contacts, actes, patients). Deux explications complémentaires émergent. D'abord, la complexité croissante de la patientèle requiert plus de temps par patient. Ensuite, les tâches non facturables — coordination interdisciplinaire, documentation, planification — occupent une part croissante du temps médical, particulièrement après 2016, réduisant la marge disponible pour ajuster l'activité clinique. La rigidité s'observe également dans l'incapacité quasi totale à réallouer le temps de travail entre contextes d'exercice, même face à des différentiels de rémunération. Les contraintes organisationnelles hospitalières (disponibilité des salles, séquences opératoires, équipes multidisciplinaires) laissent peu de latitude d'ajustement. Il importe enfin de contextualiser ces résultats : les hausses tarifaires de 2009-2015 visaient un rattrapage des rémunérations face au reste du Canada plutôt qu'un incitatif à accroître l'offre de services. Dans ce contexte, les élasticités faibles ou nulles ne traduisent pas un manque de réactivité ou une baisse d'effort individuel. Elles révèlent plutôt la réalité d'une pratique déjà saturée, où le temps disponible doit être continuellement reconfiguré entre activités facturables et non facturables, sans marge de manœuvre supplémentaire pour répondre aux signaux tarifaires.

5 Synthèse et implications

5.1 Questions directrices de la recherche

Cette étude vise à éclairer la crise d'accès aux soins spécialisés au Québec en documentant empiriquement trois dimensions fondamentales de l'offre médicale spécialisée. La première concerne l'évolution du travail des médecins spécialistes, tant dans sa dimension extensive (temps travaillé) qu'intensive (densité et complexité des activités quotidiennes). La deuxième porte sur les contraintes de capacité qui limitent structurellement l'expansion de l'offre de soins, qu'il s'agisse de contraintes physiques, organisationnelles ou institutionnelles. La troisième évalue l'efficacité des politiques tarifaires en tant que levier potentiel d'augmentation de l'offre et d'amélioration de l'accès.

Ces trois axes d'analyse convergent vers une question centrale : dans quelle mesure les leviers tarifaires — qu'il s'agisse d'incitations positives ou de sanctions financières — peuvent-ils améliorer l'accès aux soins spécialisés, et quelle est l'importance relative des transformations organisationnelles et structurelles dans cette dynamique ? Répondre à cette question suppose d'examiner l'efficacité et la complémentarité de ces différents leviers, ce qui est déterminant pour orienter les réformes du système de rémunération et guider les investissements publics.

5.2 L'offre de travail des médecins spécialistes : constats empiriques

5.2.1 Stabilité remarquable de la marge extensive

L'analyse longitudinale menée sur près de trois décennies révèle une stabilité exceptionnelle de l'engagement professionnel des médecins spécialistes à la marge extensive. Les données montrent que les spécialistes demeurent actifs en moyenne 46 à 47 semaines par année, une constance observée sur l'ensemble de la période 2006-2023 et dans tous les contextes de pratique. Cette régularité s'étend également au rythme hebdomadaire, avec environ 4,6 jours travaillés par semaine, sans évolution significative depuis près de deux décennies. Le nombre annuel de jours travaillés oscille entre 210 et 220 selon la définition retenue, traduisant une présence soutenue et continue.

Les interruptions d'activité prolongées, définies comme des périodes supérieures à 90 jours consécutifs sans facturation, demeurent rares et s'expliquent par des motifs normaux de cycle de vie : congés parentaux, maladie ou retraites progressives. La proportion de médecins « jamais inactifs » au cours d'une année donnée se maintient entre 85 et 87 %, traduisant une participation élevée et continue plutôt qu'un désengagement ou un retrait massif de la pratique.

Cette stabilité de la marge extensive sur deux décennies conduit à une première conclusion empirique : les médecins spécialistes travaillent autant qu'avant en termes de volume temporel, et la marge extensive apparaît désormais saturée. Il n'existe pas de réserve significative de jours ou de semaines non travaillés qui pourrait être mobilisée par des politiques incitatives. L'offre de travail à la marge

extensive s'avère structurellement inélastique, contrainte par des facteurs multiples incluant la complexité croissante des cas, la lourdeur administrative, la dépendance aux infrastructures hospitalières et la transformation démographique du corps médical.

5.2.2 Transformation de la marge intensive : densification et complexification

La complexité clinique de la patientèle, mesurée à l'aide d'un indice composite, augmente d'environ 35 % entre 1996 et 2022. Cette hausse reflète à la fois le vieillissement de la population, la progression de la multimorbidité et l'amélioration de la survie des patients atteints de maladies chroniques. Parallèlement, le contenu des épisodes de soins se densifie : recours accru à l'imagerie avancée, procédures mini-invasives, prises en charge interdisciplinaires et suivi plus étroit des cas complexes.

Une fois l'activité ajustée pour cette complexité croissante, la lecture de l'évolution de la productivité se transforme profondément. Alors que le nombre brut de contacts par médecin diminue d'environ 8 % entre 1996 et 2022, le volume pondéré par la complexité augmente de 23 %. Cette divergence montre que la baisse des contacts ne reflète pas un désengagement, mais plutôt une intensification du travail clinique à mesure que les cas deviennent plus lourds et plus exigeants. Les médecins voient un peu moins de patients, mais ceux-ci requièrent davantage de temps, de coordination et de ressources techniques.

Ces résultats soulignent la limite des indicateurs basés uniquement sur les volumes nominaux : en faisant abstraction de la complexité, ils sous-estiment l'effort réel fourni par les spécialistes et conduisent à des interprétations erronées de la performance. Une fois ajusté pour la charge clinique, l'effort apparaît au contraire accru, malgré la stagnation apparente des volumes bruts.

5.3 Contraintes de capacité : concentration hospitalière et dépendance aux infrastructures

L'offre de soins spécialisés présente une caractéristique structurelle qui la distingue radicalement de la première ligne : une concentration marquée en milieu hospitalier. Les données montrent qu'environ 9 médecins spécialistes sur 10 ont leur activité principale en centre hospitalier, une proportion stable sur l'ensemble de la période observée. Toutefois, cette prédominance hospitalière n'implique pas une pratique exclusive : plusieurs spécialistes maintiennent également une activité en cabinet, créant ainsi une pratique mixte où l'hôpital demeure le pôle central. Cette configuration n'est pas le fruit d'un choix délibéré mais le résultat d'une nécessité technique : la pratique spécialisée requiert l'accès à des infrastructures lourdes, à des équipements spécialisés et à des équipes de soutien qui existent surtout en milieu hospitalier.

Cette dépendance institutionnelle crée une contrainte structurelle majeure sur l'offre de travail. Les médecins spécialistes ne peuvent augmenter leur activité au-delà de ce que permettent les capacités physiques et organisationnelles des établissements hospitaliers. Le nombre de blocs opératoires

disponibles limite directement le volume d'interventions chirurgicales possibles. La disponibilité de lits post-opératoires et de soins intensifs conditionne la programmation des chirurgies. L'accès aux équipements diagnostiques lourds, dont la disponibilité est restreinte et la programmation rigide, détermine le nombre d'examens réalisables. Les salles de consultation spécialisées, en nombre limité, contraignent le volume de consultations externes possibles.

Au-delà des infrastructures physiques, la dépendance aux ressources humaines de soutien constitue un facteur limitant tout aussi critique, sinon davantage. Les interventions spécialisées requièrent la présence d'infirmières spécialisées, dont la formation longue et la disponibilité restreinte créent un goulet d'étranglement majeur. Les technologues en imagerie, en laboratoire et en électrophysiologie constituent des ressources rares dont la pénurie limite directement le volume d'actes diagnostiques et thérapeutiques. Le personnel de soutien administratif, en nombre insuffisant, oblige les médecins à consacrer une part croissante de leur temps à des tâches administratives qui pourraient être déléguées.

Les rigidités organisationnelles renforcent ces contraintes physiques. La planification des horaires hospitaliers suit des logiques institutionnelles complexes qui laissent peu de marge de manœuvre individuelle. Les privilèges hospitaliers encadrent strictement ce qui peut faire quoi, où et quand, limitant la flexibilité d'allocation du temps médical. Les règles d'accès aux ressources, établies pour des raisons d'équité et de sécurité, créent des files d'attente et des délais qui réduisent l'efficacité globale. La coordination entre services, nécessaire pour la prise en charge des cas complexes, génère des coûts de transaction temporels significatifs.

Cette concentration hospitalière et la dépendance institutionnelle qui en découle mènent à une conclusion majeure : l'expansion de l'offre de soins spécialisés dépend moins de la volonté individuelle des médecins que des capacités organisationnelles du système hospitalier. Dans un tel contexte, les politiques qui cherchent à modifier les comportements individuels par des mécanismes tarifaires se heurtent à des limites structurelles importantes et présentent une efficacité limitée.

5.4 Implications pour les politiques publiques en santé

5.4.1 Reconnaître les limites des incitatifs financiers dans un système contraint

Les résultats empiriques présentés dans cette étude indiquent que, pour les médecins spécialistes, les variations tarifaires s'accompagnent de réponses quantitatives limitées. Dans un environnement où la capacité clinique est fortement contrainte par la disponibilité des ressources hospitalières, la complexité des trajectoires de soins et la part croissante de tâches non contractables, les modulations tarifaires n'entraînent qu'une faible variation des volumes mesurables. Les élasticités estimées, généralement faibles ou nulles selon les périodes, suggèrent que les variations tarifaires ne constituent pas un levier majeur d'ajustement de l'offre clinique dans ce segment du système de santé.

Cette observation n'implique aucune conclusion normative, mais elle invite à reconnaître que, dans

un contexte de contraintes structurelles fortes, la politique tarifaire ne peut à elle seule produire des gains substantiels en matière d'accès ou de volumes. Les variations de prix semblent essentiellement modifier la rémunération relative des activités sans générer de capacité additionnelle. Une compréhension partagée de ces limites — fondée sur les données plutôt que sur des postulats — pourrait contribuer à orienter les discussions futures vers les leviers organisationnels ou structurels qui influencent davantage la capacité réelle de prestation.

Au regard de ces constats, les débats sur la rémunération gagneraient à distinguer clairement les objectifs poursuivis : les ajustements tarifaires constituent des leviers pertinents pour des enjeux d'équité salariale, d'attractivité relative, de valorisation de certaines activités ou de cohérence de la grille tarifaire, mais s'avèrent peu efficaces pour accroître rapidement les volumes cliniques ou améliorer l'accès aux soins. Cette distinction, fondée sur les données empiriques, ne préjuge pas des choix de politique publique à privilégier, mais permet d'éclairer le débat public sur la base des effets réellement observés.

5.4.2 Vers une tarification alignée sur la valeur clinique réelle

L'ensemble des résultats empiriques suggère que les ajustements tarifaires influencent peu l'offre clinique mesurable dans un système déjà contraint. Dans ce contexte, l'objectif d'une réforme tarifaire ne peut être d'augmenter directement les volumes, mais plutôt de rétablir une structure plus cohérente et équitable entre actes et spécialités. Une telle réforme repose sur la distinction fondamentale entre les tarifs observés — résultat de décennies de négociations, d'innovations techniques et d'ajustements sectoriels — et les tarifs « justifiés » par la valeur relative des actes, c'est-à-dire la complexité clinique, la technicité, le temps mobilisé et la charge cognitive associée.

L'écart moyen de 15 % avancé dans le cadre de la loi 2 — correspondant à la part de rémunération jugée réaffectable sous forme de prime de performance — masque une hétérogénéité beaucoup plus grande : certains actes semblent surévalués, tandis que d'autres présentent au contraire un retard. Une correction uniforme des tarifs ignorerait cette dispersion et risquerait de fragiliser l'offre de soins et compromettre l'organisation hospitalière actuelle. Un rééquilibrage progressif, fondé sur la valeur relative des actes, permet au contraire de cibler précisément les distorsions : revaloriser graduellement les actes complexes ou chronophages, réduire les écarts excessifs pour certaines procédures techniques, et harmoniser la grille autour d'un noyau cohérent de valeurs cliniques.

5.4.3 Lier les mécanismes d'imputabilité aux capacités réelles

Les résultats empiriques présentés dans cette étude invitent à repenser la place de l'imputabilité collective dans un système où la capacité clinique est structurellement limitée. Le principe directeur est simple : l'imputabilité n'a de sens que si les conditions opérationnelles permettent réellement d'atteindre les objectifs fixés. Dans un contexte où les contraintes organisationnelles, matérielles et humaines restreignent déjà la capacité de prise en charge, imposer des cibles ambitieuses revient à responsabiliser les médecins pour des limites qui relèvent principalement de l'organisation du système.

Cela conduit à considérer que tout mécanisme d'imputabilité devrait être activé seulement après la levée des principales contraintes de capacité : disponibilité d'infrastructures adéquates, personnel de soutien suffisant, processus hospitaliers plus fluides. En l'absence de ces prérequis, des cibles de volume ou d'amélioration de l'accès risqueraient d'être non seulement inatteignables, mais aussi contre-productives.

Lorsque les conditions sont réunies, la détermination des objectifs doit reposer sur des repères empiriques réalistes. Les analyses de capacité suggèrent qu'il existe un plafond structurel à l'expansion annuelle des volumes dans un système contraint. Les cibles devraient également être adaptées à la complexité de la patientèle et rester modulables pour tenir compte des variations du contexte clinique et organisationnel.

6 Conclusion

Cette étude dresse un portrait empirique de l'offre de travail médicale spécialisée au Québec. Les résultats montrent que la participation des médecins spécialistes demeure élevée et remarquablement stable au fil du temps : ils travaillent sensiblement autant de semaines qu'auparavant et maintiennent un engagement clinique régulier. Cependant, la nature de leur travail a profondément changé. La patientèle s'est complexifiée, les cas lourds sont plus fréquents et chaque interaction mobilise davantage de temps, de coordination et d'expertise. Une lecture purement volumétrique masque ainsi une intensification réelle de l'effort clinique.

Dans ce contexte, l'offre globale atteint un plateau structurel. Les volumes de contacts et d'actes ne diminuent pas en raison d'un désengagement, mais parce que les capacités physiques, humaines et organisationnelles du réseau sont aujourd'hui saturées. Les analyses économétriques confirment que les variations tarifaires n'entraînent que des ajustements très limités : les médecins n'ont que peu de latitude pour augmenter leurs volumes lorsque les ressources — blocs opératoires, équipes, salles, soutien administratif — sont déjà pleinement utilisées.

Ces constats invitent à repenser les leviers d'action. Sur le plan tarifaire, les résultats soulignent la pertinence d'une révision de la structure de rémunération fondée sur la valeur relative des actes et la complexité réelle du travail médical, plutôt que sur des ajustements uniformes. Une transition graduelle, appuyée sur des données objectives, permettrait de rétablir progressivement la cohérence interne de la grille tarifaire sans désorganiser l'offre.

Surtout, les résultats rappellent que les gains d'accès ne viendront pas de sanctions monétaires, mais d'une modernisation des capacités organisationnelles. L'amélioration de la disponibilité des plateaux techniques, le renforcement du personnel de soutien, la simplification administrative, la coordination interdisciplinaire et l'optimisation des processus hospitaliers constituent les leviers réellement susceptibles d'accroître la capacité clinique nette.

En somme, les médecins spécialistes maintiennent une activité soutenue dans un système arrivé à saturation. L'enjeu n'est pas d'augmenter l'effort individuel, mais de créer les conditions permettant à cet effort de se traduire en davantage de soins. Une meilleure reconnaissance de la complexité du travail clinique, une structure tarifaire modernisée et un investissement stratégique dans les capacités organisationnelles représentent les avenues les plus prometteuses pour améliorer durablement l'accès aux soins spécialisés.

Références

- CONTANDRIOPOULOS, D. et PERROUX, M. (2013). Fee increases and target income hypothesis : Data from Quebec on physicians' compensation and service volumes. *Healthcare Policy*, 9(2):30–35.
- DUMONT, E., FORTIN, B., JACQUEMET, N. et SHEARER, B. (2008). Physicians' multitasking and incentives : Empirical evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 27(6):1436–1450.
- ECHEVIN, D. (2025). Développement d'un indice composite de santé pour l'évaluation des services médicaux. Document de travail, CRCHUS-Université de Sherbrooke / ApexMachina.
- ECHEVIN, D. et FORTIN, B. (2014). Physician payment mechanisms, hospital length of stay and risk of readmission : Evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 36:112–124.
- ECHEVIN, D., FORTIN, B. et HOUNDETOUNGAN, A. (2025). Healthcare quality by specialists under a mixed compensation system : An empirical analysis. *Health Economics*, 34(5):972–991.
- ECHEVIN, D. et HOUNDETOUNGAN, A. (2025). Physicians' financial incentives in Canadian Medicare. Document de travail, CRCHUS-Université de Sherbrooke / ApexMachina.
- HOLMSTRÖM, B. et MILGROM, P. (1991). Multitask principal-agent analyses : Incentive contracts, asset ownership, and job design. *Journal of Law, Economics, & Organization*, 7:24–52.
- MICHAUD, P.-C., BENATIA, D., CLAVET, N.-J., FORTIN, B. et GBETO, J. R. A. (2025). Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec. Rapport de recherche, HEC Montréal, Université Laval, CIRANO.
- SOMÉ, N. H., FORTIN, B. et SHEARER, B. S. (2024). Measuring physicians' response to incentives : Labour supply, multitasking and earnings. *Canadian Journal of Economics / Revue canadienne d'économie*, 57(2):622–661.