



INSTITUT C.D. HOWE INSTITUTE

COMMENTAIRE

N° 700

# Le casse-tête des soins primaires au Québec : de bonnes intentions, des problèmes persistants

*Le Québec a passé deux décennies à réformer les soins primaires, mais l'accès demeure parmi les pires au Canada. Ce rapport montre comment les politiques coercitives, les incitatifs mal harmonisés et les équipes de soins de santé sous-utilisées ont aggravé la crise. Il présente une feuille de route pour améliorer les capacités existantes et reconstruire des soins centrés sur le patient disponibles en temps opportun.*

Tingting Zhang

# L'ENGAGEMENT DE L'INSTITUT À L'ÉGARD DE LA QUALITÉ

## À PROPOS DES AUTEUR

**TINGTING ZHANG**  
est analyste de politiques,  
Institut C.D. Howe.

La réputation de l'Institut C.D. Howe, fondée sur la qualité, l'intégrité et l'objectivité de sa recherche, est son principal atout.

Ses livres, commentaires, et cyberbulletins sont soumis à un examen en deux étapes à l'interne puis à l'externe par des universitaires et des experts indépendants. L'Institut ne publie que des ouvrages satisfaisant à ses normes en matière de justesse d'analyse, de conformité aux faits, et de pertinence sur le plan des politiques. Il assujettit son processus d'examen et de publication à une vérification annuelle par des experts externes.

À titre d'organisme de bienfaisance canadien enregistré, l'Institut C.D. Howe accepte les dons de particuliers, d'organismes privés et publics, et de fondations caritatives dans la poursuite de sa mission. L'Institut n'accepte aucun don qui stipule un résultat prédéterminé ou qui mine l'indépendance de son personnel et de ses auteurs.

Le personnel de l'Institut C.D. Howe et ses auteurs fournissent des études et commentaires sur les politiques publiques de façon non exclusive. Aucune publication ou déclaration de l'Institut ne cautionne un parti politique, élu, ou candidat à une élection. Les opinions exprimées dans le présent ouvrage sont celles des auteurs. L'Institut en tant qu'organisme ne prend pas position sur des questions de politique publique.

COMMENTAIRE N° 700  
décembre 2025



*Alexandre Laurin*  
*Vice-président et directeur de la recherche*

ISBN 978-1-77881-067-1  
ISSN 0824-8001 (imprimé);  
ISSN 1703-0765 (en ligne);

# LE CASSE-TÊTE DES SOINS PRIMAIRES AU QUÉBEC : DE BONNES INTENTIONS, DES PROBLÈMES PERSISTANTS

Tingting Zhang

- Malgré l'augmentation du nombre de médecins, des investissements importants et de multiples changements structurels, les réformes des soins primaires au Québec au cours des deux dernières décennies ont entraîné des améliorations limitées de l'accès. Près d'un quart des Québécois n'ont toujours pas de médecin de famille, et les urgences demeurent fortement sollicitées par des cas qui pourraient être pris en charge en soins primaires.
- Des politiques coercitives telles que les régimes régionaux de dotation médicale, le travail hospitalier obligatoire et des lois récentes comme les projets de loi 83 et 2 ont rendu la médecine familiale moins attrayante, éloignant les nouveaux diplômés et réduisant le temps clinique que les médecins de famille consacrent aux soins primaires complets.
- Les équipes de soins de santé, introduites par l'entremise des groupes de médecine de famille, n'ont pas atteint tout leur potentiel en raison d'incitatifs mal harmonisés, d'un partage limité des tâches et d'un modèle de rémunération à l'acte. Par conséquent, la capacité des médecins est sous-utilisée, et les professionnels non médecins restent insuffisamment intégrés.
- L'amélioration durable nécessite une réforme structurelle coordonnée : passer à des modèles de paiement par capitation ajustés en fonction du risque, imposer l'inscription des patients avec une responsabilité claire, intégrer pleinement le personnel infirmier praticien et les pharmaciens dans les équipes de soins, et établir des systèmes solides de mesure du rendement avec des rapports publics transparents.

## INTRODUCTION

Des millions de Canadiens n'ont pas de fournisseur de soins primaires – une réalité qui a dominé les manchettes au cours des trois dernières années. Cette préoccupation publique a créé un élan pour la réforme, et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont investi des milliards de dollars pour s'attaquer à cette question. Et pourtant, les progrès tangibles ont été limités.

L'auteur exprime sa gratitude à Åke Blomqvist, Will Falk, Paul Woods, Rosalie Wyonch, Parisa Mahboubi, Colin Busby et à plusieurs évaluateurs anonymes pour leurs commentaires et leurs suggestions précieuses. L'auteur conserve la responsabilité de toute erreur et des opinions exprimées.

Domaine politique : Politique en matière de santé.

Sujets connexes : Accès aux soins; Prestation et gestion des soins de santé.

Pour citer ce document : Zhang, Tingting. 2025. *Le casse-tête des soins primaires au Québec : de bonnes intentions, des problèmes persistants*.

Commentaire 700. Toronto : Institut C.D. Howe.

Commentaire© de l'Institut C.D. Howe offre une analyse périodique et un commentaire sur des questions de politiques publiques qui font l'actualité. Justin Yule et James Fleming ont révisé le manuscrit, Yang Zhao l'a préparé en vue de la publication. Comme pour toute publication de l'Institut, les opinions exprimées dans ce texte n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des membres de l'Institut ou de son conseil d'administration. Les citations sont permises à condition d'en mentionner la source.

Pour commander cette publication, veuillez prendre contact avec l'Institut C.D. Howe, 110 Yonge Street, bureau 800, Toronto (Ontario) M5C 1T4. Le texte complet se trouve également sur la page Web de l'Institut à l'adresse [www.cdhowe.org](http://www.cdhowe.org).

Le Québec se distingue comme une étude de cas frappante. Malgré plus de deux décennies de réformes en soins primaires, il se classe toujours parmi les moins bons au Canada en matière d'accès. Près de 26 % des résidents n'ont pas de fournisseur de soins de santé régulier<sup>1</sup>, ce qui est nettement plus élevé que la moyenne nationale – et les trois quarts déclarent avoir de la difficulté à accéder à des rendez-vous le jour même ou le lendemain et à des soins après les heures normales. Cependant, le Québec compte plus de médecins de famille par habitant que la plupart des provinces canadiennes. Le Québec est également la seule province qui permet aux médecins de se retirer complètement du régime public d'assurance et qui autorise les médecins non participants à être rémunérés par une assurance privée (Fierlbeck 2025). Avec plus de choix pour ses résidents, une forte densité de médecins et une longue histoire de réformes, pourquoi le Québec a-t-il encore autant de difficulté à offrir un accès rapide aux soins?

Cet article examine les réformes des soins primaires au Québec au cours des deux dernières décennies et constate que, malgré les tentatives du gouvernement provincial de réformer la gouvernance, le financement et la prestation des services des soins primaires, ces efforts n'ont eu qu'un succès limité en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux soins primaires. Plusieurs réformes, notamment les mesures basées sur les sanctions comme le projet de loi 20, demeurent uniques au Québec. Les données probantes démontrent que ces approches « du bâton » ont peu d'incidence démontrable sur l'accès. Les médecins de famille au Québec ont également tendance à travailler moins d'heures en soins complets que dans d'autres provinces, en partie parce que les quarts de travail obligatoires à l'hôpital détournent leur temps vers les soins secondaires. En

raison des conditions de travail plus restrictives, les médecins choisissent de plus en plus de se retirer du système public. Tout cela a contribué à sa crise d'accès existante. À mesure que la population vieillit et que la demande en soins de santé augmente, les patients recherchent d'autres formes de soins, comme les soins virtuels privés et les cliniques sans rendez-vous.

Les récents efforts législatifs du Québec mettent en évidence l'urgence du changement, mais ils comportent aussi des écueils potentiels. Le projet de loi 2, qui proposait une refonte du modèle de paiement, a été adopté par la procédure législative d'exception pour limiter le débat, suscitant une controverse importante. Bien que l'engagement du gouvernement à améliorer l'accès semble sincère, plusieurs éléments du projet de loi 2 ne fournissent aucun incitatif aux médecins, ne soutiennent pas les équipes de soins de santé ni les résultats pour les patients et, dans certains cas, les découragent activement. Le projet de loi continue de s'appuyer sur une approche « du bâton », et, compte tenu des résultats des réformes antérieures, il est peu probable qu'elle réussisse. La mise en œuvre continue d'évoluer malgré la résistance des deux organisations professionnelles de la santé de la province (la *Fédération des médecins omnipraticiens du Québec* ou FMOQ et la *Fédération des médecins spécialistes du Québec* ou FMSQ), plusieurs mesures étant déjà partiellement suspendues.

Le statu quo est manifestement défaillant, et le maintien de la trajectoire actuelle ne fera qu'augmenter les coûts tout en aggravant les résultats. Former plus de médecins de famille ou simplement augmenter leur salaire ne résoudra pas la crise. Pour relever les défis des soins primaires au Québec, une réforme structurelle et coordonnée est nécessaire. Celle-ci doit mettre en place une architecture centrale d'allocation afin de définir

---

1 Un fournisseur de soins de santé régulier est défini comme un professionnel de la santé qu'une personne consulte ou à qui elle parle lorsqu'elle a besoin de soins ou de conseils concernant sa santé. Cela peut inclure un médecin de famille ou un omnipraticien, un spécialiste médical, une infirmière praticienne ou un autre.

les responsabilités, le financement, l'équité et les résultats, tout en laissant la conception du modèle de soins aux équipes locales. Le Québec a à plusieurs reprises inversé cette structure : il centralise la conception des modèles tout en laissant l'allocation fragmentée et réactive. C'est pourquoi les réformes échouent même lorsque les intentions sont bonnes.

En plus de cela, la transformation doit aussi englober les éléments suivants :

- optimiser l'affectation du temps des médecins de famille pour la prestation de soins directs aux patients;
- bâtir des modèles efficaces d'équipes de soins de santé grâce à la réforme des paiements et à une meilleure intégration des autres professionnels de la santé;
- établir des systèmes robustes de surveillance et d'évaluation qui permettent une amélioration continue basée sur les données probantes émergentes.

Les provinces à travers le Canada font face à des défis semblables en matière d'accès et de personnel, et plusieurs d'entre elles mettent en œuvre des initiatives novatrices pour améliorer les soins primaires. Alors qu'elles adaptent leurs systèmes, les leçons tirées de deux décennies de réformes au Québec peuvent les aider à éviter de répéter les erreurs passées, à affiner les politiques pour assurer une plus grande efficacité et à réduire au minimum les conséquences imprévues. Les provinces qui envisagent des structures à la québécoise doivent garder à l'esprit cette mise en garde : les systèmes très centralisés n'améliorent pas automatiquement l'accès. L'élargissement des équipes interdisciplinaires peut sembler avant-gardiste, mais sans inscription obligatoire des patients et mécanismes clairs de responsabilisation, cela ne fait qu'ajouter des coûts sans créer d'incitatifs pour des soins coordonnés et rentables. De même, l'élargissement des champs d'exercice d'autres fournisseurs de soins primaires a une incidence minimale lorsque le système continue de récompenser seulement les médecins pour les services facturables et ne les intègre pas dans des équipes.

Les réformes les plus marquantes sont souvent les plus difficiles à mettre en œuvre. Pourtant, les deux décennies d'expérience du Québec offrent une leçon claire : éviter ces changements structurels ne fait qu'assurer une détérioration supplémentaire du système. Des ajustements progressifs peuvent offrir un soulagement temporaire, mais ils ne peuvent pas résoudre la crise d'accès sans s'attaquer à ses causes profondes : un système mal conçu qui décourage les soins intégrés et gaspille une capacité médicale limitée.

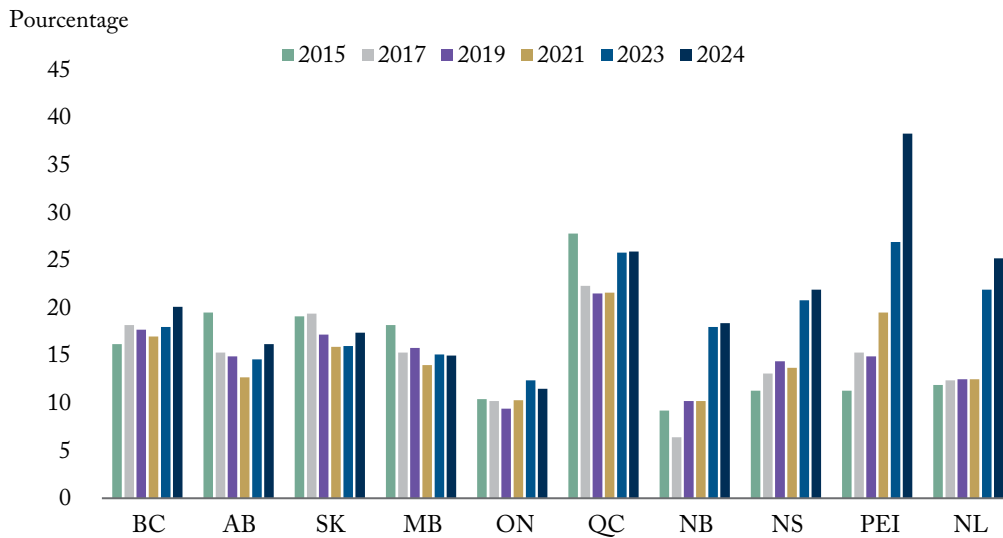
## ÉTAT ACTUEL DES SOINS

L'importance des soins primaires est bien établie dans la littérature. En tant que fondation du système de santé canadien, les fournisseurs de soins primaires agissent comme gardiens – diagnostiquant et traitant les maladies, gérant les maladies chroniques, offrant des soins préventifs et assurant la coordination avec les spécialistes pour soutenir les patients de façon globale. De nombreuses données probantes indiquent qu'un système de soins primaires robuste améliore la qualité des soins, réduit les coûts et diminue les taux de mortalité (Zhang 2024).

Et pourtant, les soins primaires sont en crise au Canada. En 2024, 17,4 % des Canadiens ont déclaré ne pas avoir de fournisseur de soins de santé régulier, ce qui est légèrement supérieur au chiffre de 2015 (16,8 %) (ESCC 2015 et 2024). Dans le cadre de l'assurance-maladie, les patients s'attendent à avoir accès à un fournisseur de soins primaires et aux services assurés qui accompagnent ces soins. Cependant, le fait que six millions de Canadiens n'aient pas de fournisseur de soins de santé régulier suggère que la plupart des provinces ne répondent pas aux attentes de leurs résidents.

Le Québec se classe en dernière position parmi les provinces à cet égard, les résidents rapportant de façon constante les taux les plus élevés d'absence de fournisseur de soins de santé régulier entre 2015 et 2021. En 2023 et 2024, l'Île-du-Prince-Édouard a dépassé le Québec, avec le plus grand pourcentage de résidents sans accès. Toutefois,

Figure 1: Proportion de résidents âgés de 12 ans et plus sans fournisseur de soins primaires



Remarque : Selon l'ICIS, les données de 2023 et 2024 distinguent les adultes (âgés de 18 ans et plus) des jeunes, ce qui signifie que les personnes âgées de 12 à 17 ans ne sont pas incluses. Cependant, il est peu probable que cela ait un effet important sur le taux d'accès global, étant donné la taille relativement petite de ce groupe d'âge.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015, 2017, 2019, 2021, et 2023. Institut canadien d'information sur la santé.

le problème d'accès au Québec est chronique et persiste depuis plus de dix ans. En 2024, plus du quart des Québécois n'avaient pas de fournisseur – un taux nettement supérieur à la moyenne nationale – malgré les dépenses de santé relativement élevées de la province, s'établissant à 13,3 % du PIB (Arpin, Gautier et Quesnel-Vallée 2025a). En revanche, l'Ontario<sup>2</sup> a indiqué la plus faible proportion de résidents n'ayant pas de fournisseurs de soins primaires, tandis que ses dépenses en santé sont inférieures à la moyenne nationale.

En 2022-2023, environ 2,1 millions de Québécois n'étaient pas inscrits auprès d'un médecin de famille (Plé et coll. 2024). Près d'un

demi-million de personnes souffraient de problèmes de santé modérés à importants nécessitant des soins continus, mais leur accès était limité aux cliniques sans rendez-vous ou aux cliniques de soins semi-urgents. Ces patients orphelins présentant une multimorbidité sont particulièrement vulnérables, présentant des taux de mortalité considérablement plus élevés que ceux ayant un lien de longue durée (15 ans ou plus) avec un médecin de famille (Fitzsimon et coll. 2025). Fitzsimon et coll. (2025) ont estimé que si tous les Ontariens orphelins avaient un lien à long terme avec un médecin, environ 8 200 décès auraient pu être évités. Étant donné que le Québec compte une part encore plus

2 L'Ontario est choisi comme point de comparaison parce qu'il s'agit de la province qui obtient les meilleurs résultats à cet égard et qu'il a apporté des réformes récentes visant à améliorer l'accès aux soins primaires.

importante de résidents orphelins, des milliers de décès pourraient également être évités si un lien à long terme était maintenu.

Il n'est pas étonnant de constater que les personnes sans médecin de famille se rendaient plus souvent aux services d'urgence que les patients inscrits (Plé et coll. 2024). La dépendance aux urgences pour des problèmes de santé qui pourraient être traités en soins primaires a des répercussions importantes sur les coûts. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS 2024) estime qu'une visite aux urgences sur sept à l'échelle nationale concernait des problèmes de santé mineurs, comme des rhumes, des otites ou des prescriptions d'antibiotiques, qui auraient pu être gérés en soins primaires. En 2024-2025, les hôpitaux du Québec ont enregistré 1,5 million de ces cas moins aigus, représentant 41 % de toutes les visites aux urgences – chiffre considérablement supérieur à la moyenne nationale (28 %) et au taux de l'Ontario (21 %). Avec une visite de soins primaires coûtant environ 56 \$ comparativement à 387 \$<sup>3</sup> dans une salle d'urgence au Québec, rediriger ces cas vers les soins primaires ou les cliniques communautaires pourrait faire économiser des millions de dollars au système québécois tout en allégeant la pression sur les hôpitaux. Cependant, les salles d'urgence sont restées l'option par défaut pour de nombreux patients pour obtenir un accès immédiat aux soins, et cette tendance persiste depuis des décennies (Forget 2014).

## DEUX DÉCENNIES DE RÉFORME DES SOINS PRIMAIRES

Les défis du Québec concernant l'accès aux soins primaires datent d'avant le début des années 2000. À l'époque, seulement 10 % des patients pouvaient consulter leur médecin de famille dans les 24 heures, et un résident de Montréal sur

quatre n'avait pas de médecin de famille (Haggerty et coll. 2007). Depuis 2000, la province a mis en œuvre plusieurs réformes majeures visant à améliorer l'accès (tableau 1). En 2002, les groupes de médecine de famille (GMF) ont été créés afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins grâce à des équipes interdisciplinaires (Lévesque et coll. 2010). Les GMF comprennent généralement de six à dix médecins de famille, deux infirmières ou infirmiers et deux assistants administratifs, desservant environ 15 000 patients inscrits (Breton et coll. 2011). L'objectif des GMF est d'offrir des soins rapides à leurs patients grâce à des soins prolongés après les heures normales et un système sur appel spécialement conçu pour les patients ayant des problèmes de santé complexes et chroniques (Levesque et coll. 2010). La participation est volontaire : les médecins sont principalement rémunérés à l'acte, avec un financement opérationnel supplémentaire, une petite prime par patient et l'obligation contractuelle de respecter les objectifs de couverture après les heures normales.

Bien que les premières évaluations aient présenté certains effets positifs (Beaulieu et coll. 2006; Pineault et coll. 2009), des études ultérieures suggèrent que les GMF n'ont pas atteint leurs attentes en matière d'amélioration de l'accès. Les études de recherche n'ont révélé aucun gain important en matière d'accès déclaré ou de besoins non satisfaits comparativement à d'autres modèles de soins primaires (Dunkley-Hickin 2013; Levesque et coll.). 2012a; Strumpf 2014), même si les GMF signalaient une meilleure continuité et une amélioration des soins après les heures normales (Tourigny et coll., 2010; Aubin et Quesnel-Vallée 2016). Pineault et coll. (2016) ont conclu que les GMF ont peut-être ralenti, mais pas inversé, le déclin continu de l'accès, avec peu d'incidence mesurable sur les résultats des soins ou l'utilisation des services.

3 Pour obtenir de plus amples renseignements, voir <https://www.ciuss-ouestmtl.gouv.qc.ca/usagers-et-visiteurs/frais-et-paiement/frais-dhospitalisation>

Le vérificateur général du Québec (2015) a aussi constaté que les GMF et les cliniques réseau n'avaient pas pleinement atteint les objectifs du ministère, principalement en raison de règles peu claires, de directives et d'incitatifs insuffisants, ainsi que d'un manque de supervision par le ministère et les agences régionales lors de la mise en œuvre. L'objectif initial des GMF, soit 1 200 à 1 500 patients par médecin de famille, n'a pas été atteint, la moyenne n'étant que de 837 patients par médecin (Forget 2014; Peckham, Ho et Marchildon 2018). L'inscription des patients n'a guère augmenté, laissant essentiellement inchangée la proportion des Québécois ayant un médecin régulier. Entre 2009 et 2014, le nombre de médecins participant aux GMF a augmenté de 41,5 %, mais le nombre de patients inscrits n'a augmenté que de 5,9 % (VGQ 2015). Bien que les horaires prolongés aient souvent été la seule caractéristique distinguant les GMF des autres cliniques, plusieurs GMF n'ont pas respecté leurs obligations d'assurer l'accès en dehors des heures normales (Dunkley-Hickin 2013; Forget 2014; VGQ 2015; Aubin et Quesnel-Vallée 2016). Toutefois, le ministère et les agences régionales ont continué à financer les GMF sans évaluer si leurs règlements ou ententes amélioraient l'accès, laissant ainsi aux GMF et aux cliniques de réseau une grande marge de manœuvre, mais une responsabilité limitée (VGQ 2015, 2020).

Le modèle de capitation initialement proposé a été remplacé par un système mixte, toujours dominé par la rémunération à l'acte, mais complété par des primes pour des services précis et l'inscription de patients. En 2003, cependant, la prime d'inscription des patients a été étendue aux médecins extérieurs aux GMF, affaiblissant ainsi les incitatifs financiers distincts associés aux GMF (Pomey, Martin et Forest 2013). En élargissant la structure de rémunération, les cliniques autres que les GMF pouvaient fonctionner un peu comme les GMF – avec un salaire plus élevé, mais sans l'étiquette de GMF ni le cadre de responsabilité qui leur est associé. Par conséquent, la réforme des GMF n'a eu que des effets marginaux.

En 2003, le Québec a adopté le projet de loi 25, restructurant son système de santé en remplaçant dix-huit conseils régionaux de santé par une structure à trois niveaux : le ministère de la Santé et des Services sociaux au sommet, quinze nouvelles agences administratives intermédiaires au centre, et quatre-vingt-quinze centres de santé et de services sociaux (CSSS) au niveau local (Bourque et Quesnel-Vallée 2014). Les agences servaient d'intermédiaires administratifs entre les soins de première ligne et le ministère, surveillant la santé de la population, allouant les fonds et rendant compte du rendement, tandis que les CSSS fournissaient un cadre administratif pour les établissements locaux de santé et sociaux qui assuraient des soins directs aux patients.

En pratique, l'attribution aux agences d'un pouvoir de gestion important a transféré une plus grande part de la prise de décision au niveau provincial (Pomey, Martin et Forest, 2013). Les nouveaux principes de gestion publique à l'origine de la réforme, en particulier les exigences de reddition de comptes et de rapport de rendement, ont créé une centralisation excessive qui est incompatible avec les soins centrés sur le patient (Bourque et Quesnel-Vallée 2014). Les problèmes d'accessibilité persistaient, et de nombreux Québécois n'avaient toujours pas accès à un médecin de famille. Bien que la réforme visait à favoriser la régionalisation, sa structure et sa mise en œuvre ont peut-être, sans le vouloir, facilité les efforts de centralisation qui ont mené au remaniement du système lors de la réforme de 2015 (Pomey, Martin et Forest 2013; Arpin, Gautier et Quesnel-Vallée 2025b).

En 2015, le Québec a adopté le projet de loi 10 visant à centraliser davantage la prise de décision et à réduire les couches administratives, reflétant des réformes similaires en Alberta et en Nouvelle-Écosse, qui avaient regroupé plusieurs autorités sanitaires régionales en un seul organisme provincial durant cette période. La réforme a aboli les quinze agences établies en 2003, passant d'un système à trois niveaux à un système à deux niveaux, tout en

Tableau 1 : Réformes majeures des soins de santé primaires au Québec depuis 2000

| Année | Réformes majeures  | Résultats   |
|-------|--|---|
| 2002  | Les groupes de médecine de famille (GMF) ont été créés pour améliorer l'accès et la continuité des soins primaires, réduire les visites aux salles d'urgence et promouvoir des modèles d'équipes de soins de santé.  | En août 2022, 362 GMF* avaient été créés.<br>Peu ou pas d'amélioration de l'accès.  |
| 2003  | La <i>Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi 25)</i> a été adoptée; elle a réformé l'organisation du système de santé en attribuant les responsabilités en matière de santé de la population à des régions administratives de la santé.   | Un système administratif à trois niveaux a été créé, avec une durée de vie de 10 ans; n'a pas entraîné d'améliorations significatives de l'accès. |
| 2013  | La <i>Loi modifiant la Loi sur la pharmacie (projet de loi 41)</i> a été adoptée, permettant aux pharmaciens d'ajuster les dosages de médicaments, de renouveler les ordonnances existantes, de prescrire des médicaments pour des affections mineures et de demander des analyses de laboratoire.   | Efficace.   |
| 2015  | La <i>Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (projet de loi 20)</i> a été introduite afin d'aborder les lacunes persistantes en matière d'accès, les patients orphelins et les défis liés aux soins après les heures normales.                             | Les liens et la continuité des soins se sont temporairement améliorés, mais pas l'accès.  |
| 2015  | La <i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (projet de loi 10)</i> a été adoptée; elle a réformé l'organisation du système de santé en fusionnant les établissements de santé et en centralisant le pouvoir au ministère de la Santé et des Services sociaux.  | Vers une centralisation accrue; aucune preuve d'une amélioration de l'accès   |
| 2020  | La <i>Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services (projet de loi 31)</i> a été adoptée afin d'élargir davantage le champ d'exercice des pharmaciens pour leur permettre d'administrer des vaccins.  | Efficace.   |
| 2020  | La <i>Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé (projet de loi 43)</i> a été adoptée afin d'élargir davantage le champ d'exercice du personnel infirmier praticien.  | Efficace.   |
| 2022  | La <i>Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne et à améliorer la gestion de cette offre (projet de loi 11)</i> a été adoptée afin de modifier la façon dont les médecins omnipraticiens peuvent augmenter leur charge de travail grâce au Guichet d'accès à un médecin de famille (le GAMF).   | Incertain.  |
| 2025  | La <i>Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services (projet de loi 2)</i> a été adoptée pour améliorer l'accès en tenant les groupes de médecins collectivement responsables, en centralisant l'inscription des patients et en imposant des objectifs de rendement. | Aux premiers stades de développement; incertain.  |

\* Pour obtenir de plus amples renseignements, voir <https://patientsmedicalhome.ca/pmh-in-canada/pmh-quebec/>.

Source : Compilation de l'auteur avec adoption d'Arpin, Gautier et Quesnel-Vallée (2025b).

fusionnant 182 établissements en 34 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) responsables à la fois de la supervision et de la prestation des soins (Quesnel-Vallée et Carter 2018). Les partisans affirmaient que la restructuration permettrait de réduire la bureaucratie, d'accroître la reddition de comptes directe au ministère, de renforcer la transparence et d'améliorer l'intégration des services (Arpin, Gautier et Quesnel-Vallée, 2025b). Cependant, les experts ont noté que la réforme n'avait pas de données probantes concernant les économies d'échelle réalisables et une taille organisationnelle optimale ni sur la capacité des structures verticalement intégrées à répondre aux besoins diversifiés de la population (Béland et coll. 2014; Quesnel-Vallée et Carter 2018). Les données probantes à l'appui des fusions administratives visant à améliorer l'accès ou la qualité des services sont limitées (Béland et coll. 2014). Le modèle de gouvernance – où le conseil d'administration de chaque CSSS/CIUSSS est nommé directement par le ministère et lui rend compte – a également été critiqué comme étant de plus en plus politique au lieu d'être fondé sur des données probantes (Quesnel-Vallée et Carter 2018). Au fil du temps, cette structure hautement centralisée a créé d'importants défis pour la gouvernance de la santé publique et la gestion des ressources humaines, enjeux qui sont devenus particulièrement visibles et ont été amplifiés pendant la pandémie de COVID-19 (Arpin, Gautier et Quesnel-Vallée 2025b)<sup>4</sup>.

En 2015, en réponse à des problèmes persistants d'accès, le Québec a également adopté le projet de loi 20 visant à élargir la disponibilité des soins primaires. La législation<sup>5</sup> exigeait que les médecins de famille inscrivent un nombre minimum de patients, le non-respect de cette exigence entraînant une réduction des honoraires de 30 % (Young 2015)<sup>6</sup>. Cette réforme a marqué un départ par rapport aux réformes précédentes, adoptant une approche « du bâton » plutôt que « de la carotte » pour influencer le comportement des médecins. En moins de trois ans, l'inscription des patients et la continuité des soins se sont améliorées : au 31 décembre 2018, 81 % des Québécois étaient inscrits auprès d'un médecin de soins primaires – contre 68 % avant la réforme, bien que la cible de 85 % ne soit pas atteinte – et la continuité des soins est passée de 68 % à 84,4 % (Laberge et Gaudreault 2019). Bien que les mesures coercitives puissent provoquer une forte opposition, le projet de loi 20 a néanmoins produit des gains mesurables, même sans l'application complète des sanctions. En même temps, le projet de loi a engendré des conséquences inattendues. Sa nature coercitive et punitive a rendu la médecine de famille moins attrayante pour les nouveaux diplômés en médecine, ce qui a rendu plus difficile d'attirer et de retenir des médecins dans ce domaine. Au cours de la dernière décennie, l'écart salarial entre les médecins de famille et les spécialistes s'est également creusé, ce qui a encore réduit l'attrait de la médecine familiale (Laberge et Gaudreault 2019)<sup>7</sup>.

4 En 2024, Santé Québec a été créée en tant que société gouvernementale responsable des services de santé et des services sociaux à travers la province.

5 Le projet de loi exige aussi que les médecins de famille travaillent un nombre minimum d'heures en milieu hospitalier. Il révisé la répartition du personnel médical entre l'hôpital et la clinique en ajustant les activités médicales particulières (AMP).

6 Gore, Brian. 2017. « Opinion: Two Years in, Quebec Health Reforms have Brought Malaise ». *Montreal Gazette*. <https://montrealgazette.com/opinion/columnists/opinion-two-years-in-quebec-health-reforms-have-brought-malaise>

7 Contrairement à d'autres provinces, le Québec compte deux associations médicales distinctes, une pour les médecins de famille et une pour les spécialistes. Par conséquent, la province doit négocier avec chaque groupe individuellement plutôt que par l'entremise d'un organisme unique comme l'Ontario Medical Association. Cette structure à double négociation limite la capacité du ministère de la Santé à influencer la rémunération entre différents types de médecins.

Depuis 2013, le Québec a élargi les pouvoirs de prescription et de diagnostic d'autres professionnels de la santé, tels que les pharmaciens et le personnel infirmier praticien, afin d'améliorer l'accès aux soins et de libérer le temps des médecins pour gérer des cas plus complexes (tableau 1). Cette approche a été adoptée dans d'autres provinces, comme l'Alberta et les provinces de l'Atlantique, avec une efficacité démontrée et des gains à coût relativement faible en matière d'amélioration de l'accès aux soins primaires (Richards 2024).

La récente législation québécoise, à savoir les projets de loi 106 et 2, représente une tentative importante d'utiliser à nouveau le « bâton » pour changer le comportement des médecins. Présenté en mai 2025, le projet de loi 106 proposait de transférer les médecins de famille de la rémunération à l'acte vers un modèle mixte combinant la capitation, les taux horaires et une rémunération basée sur le rendement<sup>8</sup>. Le projet de loi liait 10 % du salaire des médecins (initialement 25 %) à l'atteinte des objectifs gouvernementaux en matière de nombre de patients, surtout ceux ayant des codes de vulnérabilité, tout en inscrivant automatiquement tous les Québécois dans des cliniques, peu importe leur capacité. Les groupes de médecins sont collectivement responsables de l'atteinte des objectifs en matière d'accès. Si les objectifs ne sont pas atteints, tous les membres du groupe subiront des réductions de salaire, peu importe l'effort individuel ou la complexité des besoins des patients.

Lorsque les négociations contractuelles avec les organisations de professionnels de la santé se sont enlisées, le gouvernement a adopté le projet de loi 2 en octobre, dans le but de mettre fin au conflit de travail. La loi intègre la plupart des propositions

du projet de loi 106, mais ajoute des sanctions strictes pour « action concertée » des médecins, leur interdisant de se retirer collectivement des activités ou d'arrêter d'enseigner pour contester les politiques gouvernementales. Cette décision a suscité une indignation générale. Au moment d'écrire ces lignes, la situation demeure volatile : au moins 125 médecins ont achevé les démarches nécessaires pour exercer en Ontario, et 200 autres sont en train de le faire<sup>9</sup>. Les directeurs médicaux des départements régionaux de médecine familiale ont également refusé de se conformer au projet de loi 2, affirmant qu'ils n'assigneront pas 1,5 million de patients orphelins à des médecins et des cliniques déjà surchargés<sup>10</sup>. Compte tenu des échecs passés et de la résistance continue des médecins, il semble peu probable que cette approche réussisse à améliorer l'accès.

Le Québec a déployé des efforts soutenus en matière de réformes du système de santé au cours des deux dernières décennies, en plus de diverses innovations organisationnelles (encadré 1), mais ces initiatives n'ont eu qu'une incidence limitée sur l'amélioration de l'accès aux soins. Malgré de nombreuses tentatives d'influencer le comportement des médecins, le Québec continue de signaler la plus forte proportion de résidents sans médecin de famille régulier parmi les provinces canadiennes. Plusieurs réformes, notamment les mesures coercitives basées sur les quotas et les sanctions comme les projets de loi 20 et 2, demeurent uniques au Québec. À ce jour, les preuves indiquent que ces approches ont affecté le moral des médecins et les relations interprofessionnelles, sans amélioration mesurable de l'accès aux soins.

Comme d'autres provinces, le Québec s'est également éloigné des initiatives de régionalisation

8 Lofaro, Joe. 2025. « What's in Quebec's controversial doctors' bill? » CTV News. <https://www.ctvnews.ca/montreal/article/whats-in-quebecs-controversial-doctors-bill/>

9 The Canadian Press. 2025. « 10 days after gag order adoption of Bill 2, Santé Québec remains silent ». <https://www.ctvnews.ca/montreal/article/10-days-after-gag-order-adoption-of-bill-2-sante-quebec-remains-silent/>

10 Hanes, Allison. 2025. « Update: Dubé pleads for time as family medicine directors vow to defy Bill 2 ». <https://montrealgazette.com/news/local-news/family-medicine-directors-across-quebec-vow-to-defy-bill-2>

## Encadré 1 : Liste d'attente centrale et point d'accès aux soins primaires

Depuis 2008, le gouvernement du Québec a mis en place le *Guichet d'accès pour la clientèle orpheline* (GAC), une liste d'attente centralisée pour mettre en relation avec un médecin de famille les patients qui n'en ont pas. L'objectif principal du programme – augmenter le nombre de résidents inscrits auprès d'un médecin de famille – a été largement atteint depuis son lancement, environ 10,9 % de la population québécoise obtenant un médecin régulier (Breton, Gagne et Gankpe 2014). Ce lien a amélioré à la fois l'accès aux soins primaires et la continuité des soins primaires (Smithman et coll. 2022). Cependant, la majeure partie de la croissance provenait de patients non vulnérables, tandis que l'inscription des patients vulnérables restait stagnante. Malgré des ajustements répétés des incitatifs financiers pour encourager les médecins à accepter des patients atteints de maladies rares et complexes, recruter des médecins pour soigner les personnes les plus vulnérables demeurait un défi (Breton, Gagne et Gankpe 2014).

Bien que la liste d'attente centralisée de la province ait permis de jumeler plus d'un million de patients à des médecins de famille depuis sa mise en place, le nombre de patients orphelins et le temps d'attente pour obtenir un clinicien attitré n'ont cessé d'augmenter ces dernières années (Breton et coll. 2024a). Pour aider les patients orphelins à accéder aux soins en attendant de trouver un clinicien attitré, le gouvernement du Québec a introduit des points d'accès aux soins primaires (Guichets d'accès à la première ligne ou GAP) en 2022. Les GAP ont amélioré l'accès à court terme aux services de soins primaires; cependant, ils sont moins adaptés aux personnes âgées atteintes de maladies chroniques qui nécessitent des soins continus (Breton et coll. 2024a).

antérieures vers des structures de gouvernance de plus en plus centralisées depuis le début des années 2000 (Arpin, Gautier et Quesnel-Vallée 2025b). Malgré des approches différentes selon les provinces et les territoires, le Canada dans son ensemble continue d'accuser un retard sur ses pairs internationaux en matière d'accès rapide aux soins primaires (Zhang 2025). Cela suggère que les stratégies provinciales, y compris celles du Québec, n'ont pas réussi à s'attaquer aux obstacles structurels fondamentaux qui nuisent à l'accès à travers le pays.

### Contexte unique du Québec

Les réformes de la santé font souvent face à deux forces opposées – les facilitateurs et les obstacles – qui, à certains égards, sont les deux côtés d'une

même médaille. Les facilitateurs incluent un engagement financier solide, une implication active des associations professionnelles, une décentralisation progressive et la flexibilité requise pour adapter les réformes aux besoins locaux (Levesque et coll. 2012b). Les obstacles surviennent lorsque le financement est insuffisant, que les associations professionnelles résistent, que les modèles de réforme sont trop prescriptifs ou que la gouvernance est trop centralisée (Levesque et coll. 2012b).

Depuis la création de l'assurance-maladie, les médecins ont conservé un haut degré d'autonomie professionnelle, rendant les changements à grande échelle difficiles à mettre en œuvre. Les médecins de famille au Canada ont été réticents à adopter des modèles organisationnels ou de paiement perçus comme menaçant leur autonomie, surtout lorsqu'ils

sont liés à la maîtrise des coûts (Hutchison et coll. 2011; Aggarwal 2009; Aggarwal et coll. 2023; Aggarwal and Williams 2019). Compte tenu de cette histoire, la plupart des provinces ont entrepris des réformes progressives qui font participer volontairement les médecins et qui associent les nouvelles initiatives à des avantages concrets tels que des revenus plus élevés, des conditions de travail améliorées ou une plus grande satisfaction professionnelle (Strumpf et coll. 2012; Hutchison et coll. 2011). Les provinces ont généralement négocié des réformes avec les associations médicales et proposé plusieurs modèles d'organisation et de rémunération. Cette approche reflète la réalité que l'innovation systémique en soins primaires canadiens n'est possible qu'avec le soutien – ou du moins l'acquiescement – de la médecine organisée (Hutchison et coll. 2011).

Au Québec, cependant, un cadre réglementaire solide a mené à la mise en œuvre de nombreuses réformes imposées d'en haut et rendues obligatoires (Levesque et coll. 2012b et 2015). Les médecins de famille au Québec font face à de nombreuses contraintes structurelles. En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et la fédération des médecins de famille du Québec (FMOQ) ont introduit des plans régionaux de main-d'œuvre médicale, appelés *plans régionaux d'effectifs médicaux* (PREM), afin d'assurer une répartition équitable des médecins de famille entre les régions. Selon les PREM, les médecins de

famille nouvellement autorisés doivent obtenir un avis de conformité des départements régionaux de médecine générale (DRMG)<sup>11</sup> avant d'établir une pratique. Sans cela, ils font face à une réduction de 30 % des honoraires pour les services cliniques. Les avis de conformité ne sont accordés que si les objectifs régionaux en matière de personnel n'ont pas encore été atteints.

En 2015, les PREM sont devenus plus restrictifs. Les médecins ne pouvaient plus éviter les sanctions en choisissant de travailler dans des hôpitaux plutôt que dans des bureaux ou des domiciles (Fortin et coll. 2025a), et la réduction de 30 % a été étendue à tous les revenus facturés par l'assureur public québécois, la *Régie de l'assurance-maladie du Québec* (RAMQ). Les médecins de famille ayant un avis de conformité devaient aussi s'assurer qu'au moins 55 % de leurs journées de facturation provenaient de leur région assignée (ou de leur sous-région après 2015), sous peine de pénalités trimestrielles sur le revenu<sup>12</sup>.

En pratique, les PREM plafonnent le nombre de médecins de famille dans chaque région du Québec, avec des cibles révisées annuellement en fonction des écarts de personnel. Lors du calcul des nouvelles allocations des PREM, le MSSS utilise le nombre total de permis d'exercice des médecins actifs dans une région comme dénominateur. Cette approche gonfle les chiffres, car elle inclut les médecins retraités et semi-retraités, les enseignants en médecine familiale, les chercheurs et les hospitalistes (Demore 2017). La mobilité

11 Afin de mieux coordonner l'approvisionnement et la planification des soins primaires, le Québec a créé le DRMG, qui travaille en étroite collaboration avec les autorités sanitaires régionales et les centres de santé locaux pour contrôler le placement des nouveaux médecins de famille et décider s'ils rempliront leurs obligations de dotation médicale (Hutchison et coll. 2011). Le 1<sup>er</sup> décembre 2024, le DRMG est devenu le Département territorial de médecine familiale (DTMF). Le département est composé de tous les médecins de famille qui reçoivent une rémunération de la RAMQ et qui exercent dans la région, y compris ceux qui exercent dans un cabinet professionnel privé.

12 Une journée est prise en compte dès que le médecin a facturé au moins 523 \$ dans la région. Une demi-journée est prise en compte dès que le médecin a facturé au moins 261,50 \$, mais moins de 523 \$. Un médecin peut donc consacrer jusqu'à 45 % de ses journées de facturation à exercer en dehors de la zone où il détient son avis de conformité, soit dans un autre réseau de services locaux de la même région, dans l'une des 17 autres régions du Québec, ou pour effectuer du dépannage à temps partiel. Pour obtenir de plus amples renseignements, voir <https://fmrq.qc.ca/postes-pem-ptem/medecine-familiale/processus-ptem/vos-obligations/#regles-du-55-45>

des patients fausse encore davantage les chiffres, puisque de nombreuses personnes se rendent à Montréal ou dans d'autres villes pour recevoir des soins. Au Québec, bien que les PREM régissent la répartition géographique des médecins, ils ne contrôlent pas le type ou le volume de travail des médecins une fois ceux-ci affectés à une région. Cependant, la répartition prévue dans les PREM est déterminée par les besoins évalués de chaque région en ressources médicales et par les types de services que les médecins de famille peuvent fournir. Ainsi, il existe un écart entre la prestation planifiée et la prestation réelle des services de soins primaires dans une région. Les restrictions sur le volume d'activité au sein des établissements sont plutôt guidées par des plans locaux de dotation approuvés par le DRMG. En conséquence, une région pourrait allouer la majeure partie de ses médecins de famille à des activités hospitalières sans compromettre les ressources médicales qu'elle recevra dans l'allocation du PREM de l'année suivante (VGQ 2015)<sup>13</sup>.

Cependant, cette politique régionale de dotation s'est avérée efficace pour redistribuer les médecins. Après les PREM, la proportion de nouveaux médecins exerçant dans les régions universitaires a diminué, tandis que les placements dans les régions périphériques et intermédiaires ont considérablement augmenté (Fortin et coll. 2025a). Entre 1975 et 2021, le nombre de médecins de famille pour 100 000 résidents est passé de 47 à 191 dans les régions éloignées et de 69 à 146 dans les régions universitaires (Fortin et coll. 2025b). Bien que les PREM aient aidé à combler les disparités géographiques, ils pourraient contribuer à la pénurie de médecins en milieu urbain, car le nombre de médecins pouvant travailler à Montréal

a diminué au fil des ans. Les restrictions concernant l'emplacement de la pratique peuvent aussi rendre la médecine familiale moins attrayante par rapport aux spécialités ou pousser les nouveaux médecins vers une pratique ciblée ou privée. Par exemple, de 2000 à 2020, seulement un tiers des médecins québécois ont déclaré que 90 % ou plus de leur facturation provenait de la médecine familiale<sup>14</sup>. De plus, les incitatifs financiers visant à attirer les médecins dans les régions éloignées risquent d'encourager ces derniers à réduire leurs heures de travail (Fortin et coll. 2025a).

Contrairement à la plupart des provinces, le Québec exige aussi que les médecins de famille passent un certain nombre d'heures par semaine dans des établissements institutionnels et fournissent des soins secondaires – une politique remontant à 1991, lorsque les activités médicales particulières (AMP) ont été introduites après la fermeture d'un service d'urgence. Au fil du temps, les autorités régionales ont commencé à définir le type et le volume des services médicaux requis, obligeant les médecins de famille avec moins de 15 ans d'exercice à s'engager à effectuer 12 heures d'AMP par semaine ou l'équivalent et à couvrir des activités telles que les urgences, les soins hospitaliers ou les soins de longue durée. Ceux qui comptent plus de 15 ans de pratique ont des engagements réduits ou flexibles, selon leur volume de facturation.

Tous les médecins de famille exerçant sous le régime public d'assurance-maladie du Québec sont tenus de consacrer une partie de leur pratique aux AMP. Le non-respect de cette exigence entraîne une réduction de 30 % de la facturation totale des médecins à la RAMQ. Le DRMG détermine la liste des AMP admissibles dans chaque région,

- 
- 13 De façon anecdotique, les hôpitaux régionaux peuvent exagérer leur demande de médecins de famille, sachant qu'ils n'en recevront qu'une partie. Cela peut créer un écart entre le nombre de médecins de famille demandés et le besoin réel de médecins de famille pour les soins aux patients, ce qui pourrait gonfler la demande perçue et compliquer la planification et les projections plus larges de la main-d'œuvre au niveau provincial.
- 14 Ha, Tu Thanh. 2022. « Why Quebec's Family Doctor Crisis is the Worst in Canada ». *The Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-quebec-family-doctors-shortage/>

regroupées en six catégories. Les autorités régionales détermineraient leurs besoins en médecins pour chaque type d'activité au sein des catégories, et les médecins étaient tenus de travailler à ces activités. En plus de ces activités prioritaires, les médecins de famille peuvent volontairement accomplir d'autres tâches en milieu hospitalier. Comme les médecins de famille reçoivent les mêmes honoraires que les spécialistes pour les interventions médicales courantes, le travail hospitalier offre des avantages tant professionnels que financiers (Forget 2014).

Selon Forget (2014), le mécanisme des AMP a réussi au point que les hôpitaux communautaires sont maintenant largement dotés et exploités par des médecins de famille. La FMOQ indique que les médecins de famille québécois passent environ 35 % de leur temps dans des établissements de santé provinciaux, comparativement à un peu plus de 20 % dans le reste du Canada (FMOQ 2022)<sup>15</sup>. Un peu plus de la moitié des médecins de famille au Québec travaillent dans deux environnements ou plus. Bien qu'elle ait été destinée à répondre aux besoins en personnel hospitalier, la politique relative aux AMP a eu pour effet inattendu de détourner le temps des médecins des soins primaires communautaires (Forget 2014).

Les PREM et les AMP distinguent la stratégie du Québec pour traiter les disparités géographiques dans la répartition des médecins. Les obligations prescrites par la loi et les pénalités associées à ces programmes reflètent également l'approche « du bâton » du Québec en matière de rémunération et de répartition des médecins. En revanche, la plupart des autres provinces canadiennes, y compris l'Ontario, ont privilégié une approche « de la carotte », utilisant des incitatifs financiers pour attirer et redistribuer les professionnels de la santé à travers leurs territoires. L'approche du Québec pourrait aider à expliquer le paradoxe apparent de la

province : malgré une forte densité de médecins de famille par habitant, l'accès aux médecins de famille demeure parmi les plus bas au Canada.

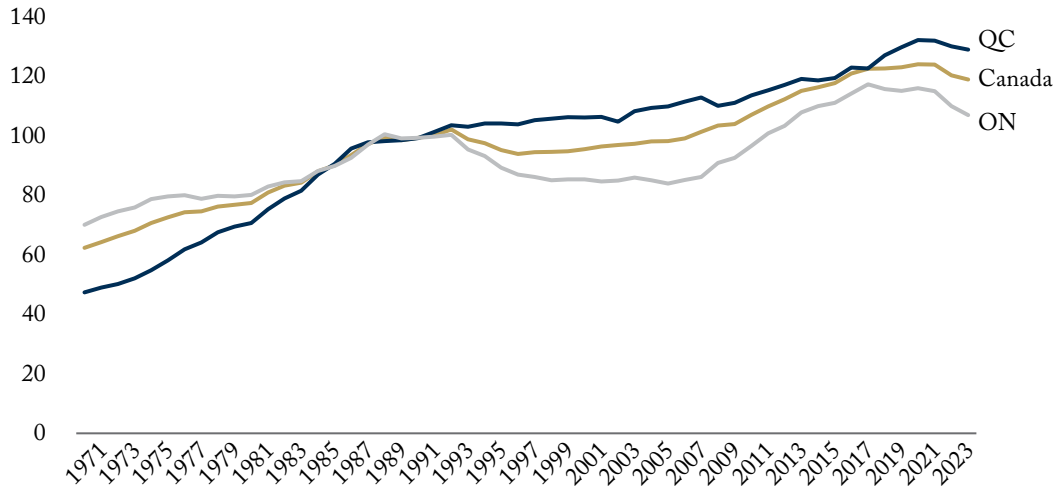
Le Québec dispose de nombreux atouts pour soutenir une transformation réussie, notamment son intégration de longue date des services de santé et sociaux ainsi que de nombreux projets et programmes innovants testés à travers le système de santé (Vedel et coll. 2011). Cependant, d'importants défis persistent. La réorganisation des soins de première ligne, l'intégration entre les soins primaires et les soins secondaires ainsi qu'une gouvernance et une gestion des changements plus efficaces demeurent nécessaires (Vedel et coll. 2011). Les silos persistent au niveau clinique, particulièrement entre les soins secondaires et les soins primaires, les soins aigus et les soins de longue durée, ainsi que les soins sociaux et les soins médicaux, ce qui nuit à la prestation de soins complets et coordonnés pour les patients atteints de multiples maladies chroniques. Tout aussi préoccupant est le manque de responsabilité envers les GMF et les médecins de famille indépendants qui ne parviennent pas à améliorer l'accès des patients. Comme le soutiennent Contandriopoulos et Brousselle (2010), la réforme des soins primaires est moins une question de programmes que de niveau de gouvernance.

## UTILISATION INEFFICACE DES MÉDECINS ACTUELS

Partant d'une densité relativement faible de médecins dans les années 1970, le Québec a dépassé la moyenne nationale et le ratio de l'Ontario en 1992 et a maintenu un ratio de médecins de famille par habitant supérieur à la moyenne depuis cette date (figure 2). En 2024, le Québec comptait 129 médecins de famille pour 100 000 résidents,

15 En 2024-2025, la FMOQ a recensé 9 907 médecins de famille en exercice au Québec. Parmi eux, 40 pour cent travaillent exclusivement en soins de première ligne, 20 pour cent ne pratiquent pas du tout en première ligne, et les 40 pour cent restants partagent leur temps entre les soins de première et de deuxième ligne.

Figure 2: Médecins de famille pour 100 000 habitants, depuis 1971



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Offre, distribution et migration des médecins au Canada, 2024 – données historiques.

comparativement à 107 pour 100 000 en Ontario<sup>16</sup>. Pourtant, cela ne s'est pas traduit par un meilleur accès aux soins. Des politiques comme les PREM et les AMP ont involontairement limité la disponibilité des médecins pour offrir des soins complets. Les jeunes médecins de famille doivent souvent couvrir des quarts sur appel 24 heures sur 24, les soins aux aînés, ainsi que les services obstétricaux et d'urgence; en pratique, peu d'hôpitaux permettent aux médecins de travailler moins de 25 heures par semaine (Gladu 2007). Même au début des années 2000, le ministre de la Santé a reconnu que l'imposition des AMP avait eu pour effet pervers de réduire le nombre de cabinets médicaux et de limiter l'accès des patients aux médecins de famille (Gladu 2007). Et pourtant, ces mesures restent en vigueur aujourd'hui.

Les médecins québécois travaillent aussi en moyenne moins d'heures que leurs homologues ontariens (Forget 2014). Historiquement, les médecins au Québec ont enregistré le moins d'heures hebdomadaires au Canada entre 1987 et 1991. Au fil du temps, d'autres provinces ont graduellement convergé vers le niveau du Québec, réduisant les différences interprovinciales (Kralj, Islam et Sweetman 2024). Cela reflète un changement plus large dans les préférences de travail : les hommes médecins recherchent de plus en plus un meilleur équilibre travail-vie personnelle, tandis que les cohortes plus jeunes accordent aussi plus d'importance à la qualité de vie et choisissent souvent de travailler moins d'heures.

Un nombre croissant de médecins de famille se déplacent aussi vers des champs d'exercice

16 Seuls la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick ont un taux de médecins de famille par habitant plus élevé que le Québec.

plus restreints, comme les soins palliatifs ou la médecine sportive, ce qui réduit leur disponibilité pour des soins primaires complets. Ansari et coll. (2025) estiment que près de 40 % de la croissance de la main-d'œuvre des médecins de famille au Canada au cours des deux dernières décennies s'est concentrée dans des domaines d'exercice ciblés, les soins d'urgence, les soins hospitaliers et les soins aux toxicomanes étant les plus courants. Ces postes offrent souvent une rémunération plus élevée, une plus grande flexibilité, un meilleur appui au sein des équipes et la libération des frais généraux et des charges administratives associées à la gestion d'une petite entreprise, ce qui contribue à une meilleure qualité de vie (Ansari et coll. 2025).

Les données récentes de la RAMQ renforcent cette tendance. En 2021, les médecins de famille québécois ont atteint un seuil de facturation minimal pendant seulement 37 semaines en moyenne, ce qui implique qu'une semaine sur quatre travaillées n'était pas dédiée aux soins médicaux rémunérés à l'acte (Benatia et coll. 2025). Moins d'un médecin sur cinq facturait en moyenne au moins cinq jours par semaine, tandis qu'environ un tiers ne facturait que trois jours ou moins. Benatia et coll. (2025) ont également documenté une baisse notable du nombre moyen de patients vus par jour entre 2011 et 2023 – 17 % chez les médecins de famille comparativement à 8 % chez les spécialistes. Ces chiffres indiquent une capacité importante inutilisée dans la prestation des services médicaux au Québec.

En comparant le nombre de médecins avec l'équivalent à temps plein (ETP)<sup>17</sup>, on constate que le Québec a un ratio plus élevé que l'Ontario (annexe, figure A). En Ontario, les médecins de famille travaillent généralement l'équivalent d'heures cliniques à temps plein, ce qui en fait la

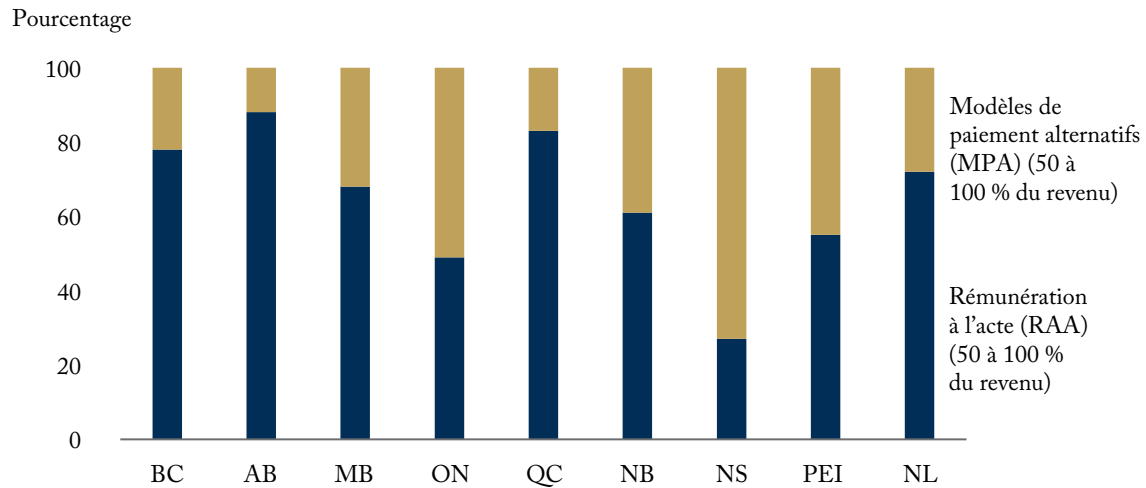
seule province où cela est systématiquement le cas (Wyonch 2021; Zhang 2024). Bien que le Québec compte plus de médecins de famille par habitant que l'Ontario, son taux d'ETP demeure nettement plus bas – 88 par habitant comparativement à 110 en Ontario. Entre 2014 et 2023, le nombre de médecins de famille au Québec a augmenté de 12 %, tandis que les ETP ont augmenté de 9 %. Cet écart suggère qu'en moyenne, moins de services cliniques étaient fournis, car une diminution de l'intensité de l'exercice a compensé les avantages de la formation de nouveaux médecins (Benatia et coll. 2025). Par conséquent, pour améliorer l'accès des patients aux soins primaires, il faut augmenter les heures cliniques parmi les médecins actuels existants et de réduire le temps consacré aux activités non liées aux soins des patients et aux services secondaires.

## DÉCALAGE ENTRE LA RÉMUNÉRATION ET LES ÉQUIPES DE SOINS DE SANTÉ

Le Québec compte plus d'équipes de soins primaires interprofessionnelles que toute autre province, mais il demeure parmi celles qui éprouvent le plus de difficultés en matière d'accès. En 2024, le Québec compte 362 GMF, 65 % de la population inscrite auprès d'un médecin de famille participant à l'un d'entre eux (Breton et coll. 2024b; Corriveau et coll. 2023). Cependant, le plein potentiel des équipes de soins de santé reste à exploiter. Les médecins et autres professionnels de la santé continuent de rencontrer des difficultés avec la collaboration et le partage des tâches au sein des GMF (Forget 2014), ce qui crée des risques de mauvaise ou de sous-utilisation des fournisseurs (Wankah et coll. 2022). Idéalement, les tâches

17 Comme de nombreux médecins de famille travaillent à temps partiel, se concentrent sur la recherche ou occupent des postes administratifs, une mesure plus significative de l'offre de médecins est d'utiliser le concept d'équivalent temps plein, où le revenu brut par médecin est utilisé comme mesure de la production pour modéliser le nombre équivalent temps plein de médecins.

Figure 3: Modèles de paiement pour les médecins de famille par province, 2023-2024



Source : Adapté de Peckham, Ho et Marchildon (2018), avec des données de l'ICIS. Base de données nationale des médecins – Données sur les paiements, 2023–2024. Tableau A5. Calculs de l'auteur.

devraient être déléguées au praticien ayant le coût d'option du temps le plus bas et le plus grand avantage comparatif – par exemple, les infirmières et infirmiers praticiens (IP) peuvent gérer les cas moins complexes tandis que les médecins de famille se concentrent sur des patients plus complexes. Cependant, la prédominance de la rémunération à l'acte dissuade les médecins de déléguer les tâches à d'autres, ce qui nuit à la collaboration en équipe et à l'utilisation optimale des infirmières et infirmiers, du personnel infirmier praticien et des autres fournisseurs au sein des équipes.

Au Québec, la rémunération à l'acte demeure le modèle de paiement dominant pour les médecins de famille et a peu changé depuis 2007. La

rémunération à l'acte représente plus des deux tiers du total des paiements cliniques dans la province (annexe, figure B). En revanche, l'Ontario a élargi les autres modèles de paiement entre 2007 et 2012 grâce au déploiement des équipes de santé familiale, et depuis, ces modèles représentent plus de la moitié du total des paiements. De 2023 à 2024, la majorité des médecins de famille québécois ont déclaré que 50 à 100 % de leurs revenus provenaient de la rémunération à l'acte, tendance qui est similaire à celle de la Colombie-Britannique et de l'Alberta (figure 3). Seulement 17 % dépendaient principalement d'un autre modèle de paiement, ce qui représente l'une des proportions les plus basses au Canada <sup>18</sup>.

18 La composante capitation des GMF a augmenté graduellement au fil des ans; toutefois, le paiement à l'acte demeure le modèle de rémunération dominant. Cette situation persiste même si près de 2 200 médecins de famille qui enseignent en GMF-U sont rémunérés au moyen d'un modèle mixte combinant capitation, taux horaires et actes à l'acte.

Entre 2007 et 2023, la rémunération clinique totale pour les médecins de famille au Québec a augmenté de 120 %, représentant l'une des plus fortes augmentations au pays, avec un taux annuel moyen de 6,8 %. En 2023, la rémunération annuelle moyenne par ETP au Québec a atteint 414 000 \$, la plus élevée au Canada, après un ajustement pour les différences de coût de la vie entre provinces (la deuxième plus élevée sans ajustement; Benatia et coll. 2025). Cependant, les volumes de services ont diminué durant cette période, ce qui indique une relation négative entre la rémunération et l'offre de main-d'œuvre des médecins. Benatia et coll. (2025) ont estimé qu'une augmentation de 10 % des honoraires est associée à une baisse de 3,9 % des services fournis et à une baisse de 2,3 % des visites<sup>19</sup>. Par conséquent, l'augmentation de la rémunération des médecins en exercice est susceptible de les amener à réduire le nombre d'heures ou de services (Wyonch 2021). Cela suggère que les incitatifs basés uniquement sur la rémunération sont peu susceptibles d'augmenter l'offre de main-d'œuvre de médecins de famille au Québec.

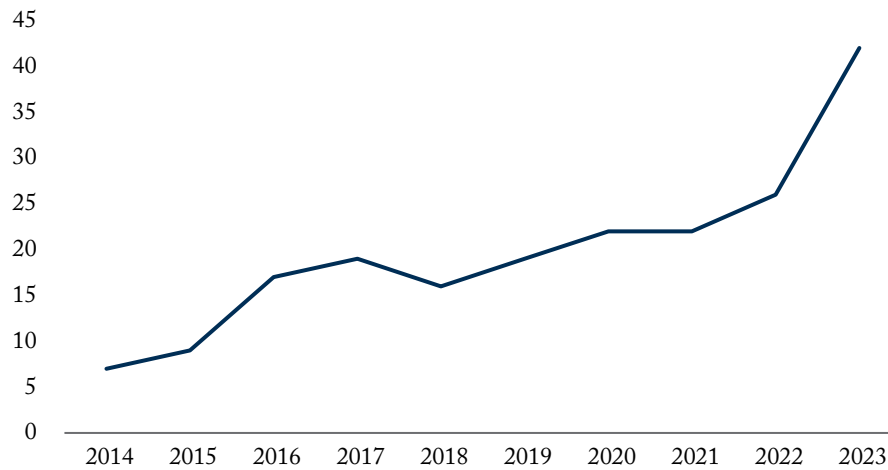
La rémunération à l'acte est largement reconnue comme étant incompatible avec le développement d'équipes multidisciplinaires en soins de santé primaires (Levesque et coll. 2012b; Wankah et coll. 2022; Aggarwal et coll., 2025). Elle n'a guère contribué à améliorer le suivi des populations vulnérables ou des patients atteints de maladies chroniques (Pomey, Martin et Forest, 2013). La plupart des nouveaux diplômés en médecine familiale préfèrent les modèles d'exercice en équipe et les modèles de paiement autres que la rémunération à l'acte (Myran et coll. 2025), soulignant la nécessité d'un modèle de capitation intégré, ajusté en fonction du risque et complet, qui intègre des indicateurs de qualité et d'expérience du patient (Bodenheimer et coll. 2014; Blomqvist et Wyonch 2019).

Une rémunération mixte, combinant des composantes telles que la capitation (un paiement fixe par patient, peu importe le nombre de services fournis), la rémunération à l'acte, le financement des infrastructures, le financement des programmes, les paiements au rendement et les forfaits d'avantages sociaux, est nécessaire pour mieux aligner les paiements des médecins avec les objectifs du système de santé et répondre plus efficacement aux besoins diversifiés de la population (Hutchison, Abelson, and Lavis 2001; Aggarwal et Hutchison 2012; Aggarwal et coll. 2023). Un tel modèle peut aussi atténuer les inconvénients de chaque approche individuelle : le surservice sous la rémunération à l'acte, la sélection des patients les plus rentables sous le régime à capitation, et le laxisme sous le régime salarial (Breton et coll. 2011).

Bien que le projet de loi 2 actuel de réforme vise à améliorer l'accès et la reddition de comptes, des objectifs rigides et des pénalités financières négligent les leçons tirées des initiatives passées (par exemple, le projet de loi 20) et risquent d'aggraver les problèmes d'accès sans atteindre ses objectifs prévus. Le modèle actuel de rémunération à l'acte n'encourage pas la collaboration et ne tient pas compte de la complexité des besoins des patients. Il devrait être progressivement abandonné au profit d'approches qui soutiennent mieux les équipes de soins de santé et les résultats pour les patients. Et pourtant, de nombreux éléments du projet de loi 2 n'encouragent pas ces objectifs et, dans certains cas, les découragent activement. Un modèle de paiement repensé devrait prioriser la valeur clinique et les résultats de santé plutôt que le volume de services, afin de veiller à ce que des services à forte incidence, tels que la prévention et les soins chroniques, reçoivent une valeur appropriée. Cette question sera approfondie plus tard dans le rapport.

19 D'autres facteurs, comme l'âge des médecins, l'évolution des modes de pratique et la complexité des cas, peuvent influencer ces tendances. Toutefois, les études montrent que cette courbe rétrofléchissante persiste et qu'une rémunération plus élevée des médecins, à elle seule, n'est pas une panacée. Voir Wyonch (2021).

Figure 4: Nombre de médecins de famille qui ont facturé 1 million de dollars ou plus à la RAMQ



Source : Données de la RAMQ.

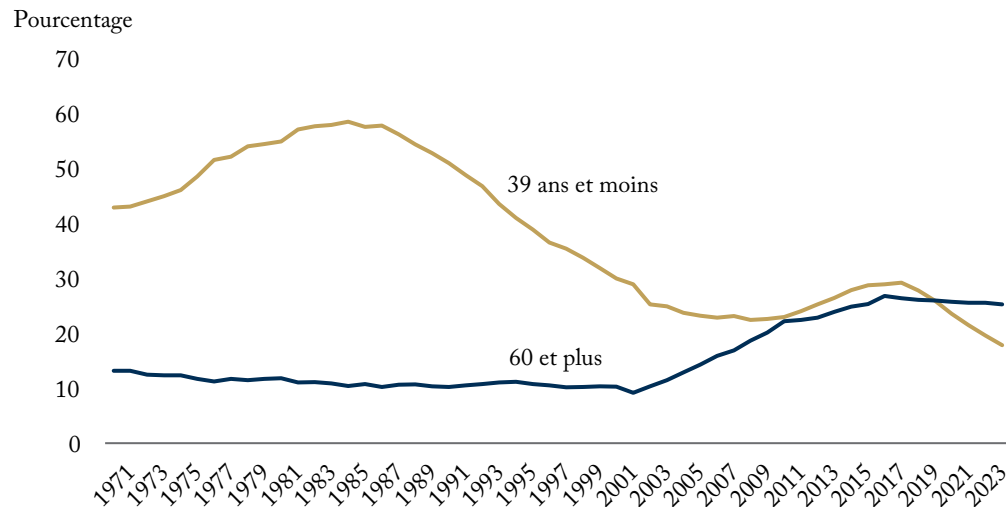
D'autre part, les ententes de rémunération des médecins au Québec demeurent aussi complexes aujourd'hui qu'en 2015, ce qui nuit à une gestion efficace de la rémunération et rend difficile l'évaluation des pratiques ou la mise en œuvre des changements nécessaires (VGQ 2021). Le vérificateur général du Québec (2021) a souligné l'émergence d'une industrie dédiée à l'optimisation de la rémunération médicale – un symptôme préoccupant de l'inefficacité du système.

Depuis 2014, le nombre de médecins de famille facturant 1 million de dollars ou plus à la RAMQ a augmenté de façon constante, avec une forte hausse en 2023 (figure 4)<sup>20</sup>. Bien que ces facturations brutes couvrent aussi des dépenses telles que la location de bureau, l'assurance, les salaires du personnel et les fournitures, la croissance des médecins de famille à facturation élevée est frappante, dépassant

celle de nombreux autres spécialistes tels que les cardiologues et les chirurgiens généraux. Le modèle actuel de rémunération à l'acte encourage les médecins de famille à privilégier les actes à volume élevé ou à facturation élevée, souvent dans le cadre de cabinets de groupe qui maximisent les revenus. Cela s'inscrit dans une vaste littérature démontrant que les structures de rémunération à l'acte peuvent entraîner un comportement de surservice. Bien que l'augmentation des volumes de facturation puisse indiquer une productivité accrue, elle reflète davantage une structure d'incitatifs qui récompense la quantité plutôt que les soins complets aux patients. Dans un système de santé déjà confronté à des pénuries de médecins et à des défis en matière d'accès, ces dynamiques risquent d'aggraver les inégalités en encourageant des rencontres plus courtes et fragmentées avec les patients, axées sur

20 La RAMQ n'a pas fourni d'informations détaillées expliquant ces chiffres, ce qui rend difficile de déterminer si les facturations élevées reflètent un modèle de pratique d'entreprise où un médecin facture au nom d'un groupe de médecins ou de résidents. Si c'est le cas, les données masqueraient le nombre de services que chaque médecin fournissait réellement, soulevant des inquiétudes quant à la transparence et aux inefficacités potentielles.

Figure 5: Médecins de famille au Québec par groupe d'âge, pourcentage du total, depuis 1971



Remarque : En 2019, le Collège des médecins du Québec a modifié sa politique concernant les renseignements personnels des médecins qu'il rend publics. Depuis, le nombre de médecins de famille avec « statut inconnu » a augmenté. Pour cette raison, les données à partir de 2019 devraient être interprétées avec prudence.

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Offre, distribution et migration des médecins au Canada, 2024 – données historiques.

des procédures facturables plutôt que sur des soins holistiques basés sur les relations.

La complexité de la rémunération des médecins impose également des coûts à la RAMQ, qui doit consacrer d'importantes ressources à la supervision de la facturation médicale. Pour relever ces défis, le gouvernement du Québec doit simplifier la rémunération des médecins et accroître la transparence à ce sujet (VGQ 2021). Il doit aussi établir des mécanismes de collecte systématique de données sur la façon dont les médecins répartissent leur temps entre les tâches cliniques et non cliniques.

## ARRIVÉE LIMITÉE DE NOUVEAUX MÉDECINS

Historiquement, le taux de croissance annuel du nombre de médecins de famille dépassait presque toujours celui de la population (annexe, figure C). Depuis 2023, cependant, cette tendance s'est

inversée : le taux de croissance démographique (2,3 %) a largement dépassé celui des médecins de famille (0,9 %), aggravant les inquiétudes concernant l'accès aux soins primaires. Le vieillissement des médecins au Québec a également intensifié la crise. Depuis 2002, la proportion de médecins de famille âgés de 60 ans et plus a presque triplé, passant de 9,2 % à 26,8 % en 2017 avant de se stabiliser (figure 5). En 2020, pour la première fois, les médecins de famille âgés de 60 ans et plus surpassaient en nombre ceux de moins de 40 ans – tendance qui s'est maintenue au cours des années suivantes. Ce déséquilibre montre que l'afflux de nouveaux médecins de famille est insuffisant pour remplacer ceux qui prennent leur retraite, ce qui exerce une pression supplémentaire sur l'accès aux soins primaires.

Selon Zhang (2024), le Québec a besoin de 2 658 médecins de famille supplémentaires pour répondre à la demande actuelle, mais le recrutement

est toujours insuffisant. Une bureaucratie lourde, des conditions de travail restrictives et des charges administratives importantes ont rendu la médecine familiale de moins en moins attrayante (Zhang 2024). Une tendance plus large aggrave ce défi : depuis 2015, une proportion croissante de nouveaux médecins de famille diplômés ont choisi de ne pas poursuivre une carrière en médecine familiale (Myran et coll. 2025). Entre 2015 et 2023, l'Université McGill a signalé la plus faible proportion de diplômés en médecine canadiens classant la médecine familiale comme spécialité de premier choix – 26,3 % comparativement à une moyenne nationale de 33 %.

Depuis 2021, le nombre de postes vacants en résidence en médecine familiale au Québec a doublé, et en 2025, la province représentait près des trois quarts de tous les postes vacants au Canada. Notamment, les postes de résidence vacants sont concentrés dans les régions francophones, ce qui souligne l'importance de la langue. Les quotas des écoles de médecine peuvent aussi jouer un rôle. En 2023-2024, les facultés de médecine du Québec n'ont admis que 1 144 étudiants parmi 4 835 candidats, refusant trois candidats sur quatre remplissant les critères. Accorder aux universités une plus grande souplesse pour fixer leurs niveaux d'admission en assouplissant les quotas provinciaux pourrait contribuer à atténuer la pénurie de médecins de famille à moyen et long terme (Wittevrongel et Shaw, 2022).

Le Québec dépend aussi beaucoup moins des diplômés internationaux en médecine que le reste du Canada. À l'exception d'augmentations temporaires en 2008 et 2014, la proportion de

médecins formés à l'étranger au Québec est passée de 13,5 % en 1971 à seulement 7,6 % en 2024, comparativement à une moyenne nationale de 31,6 %. Le processus d'accréditation particulièrement contraignant du Québec rend la province moins attrayante pour les diplômés d'écoles de médecine étrangères et les médecins formés ailleurs au Canada. En 2024-2025, les médecins formés à l'étranger ne représentaient que 15 % de tous les permis d'exercice délivrés au Québec<sup>21</sup>. Même dans le cadre de l'accord bilatéral avec la France, le processus de demande pour les médecins français reste long et complexe (Wittevrongel et Shaw 2022). Au cours des cinq dernières années, le Québec a reçu 223 demandes de permis restrictifs de la part de médecins français, mais seulement les deux tiers ont été approuvés en vertu de l'Accord Québec-France.

Alléger ces obstacles réglementaires pourrait contribuer à atténuer les pénuries. D'autres provinces ont commencé à simplifier la reconnaissance des titres<sup>22</sup>. Par exemple, la Nouvelle-Écosse a été la première province du Canada à permettre aux médecins ayant reçu une formation aux États-Unis de contourner les examens de certification et de commencer à exercer la profession immédiatement. L'Ontario récemment facilité l'exercice de la médecine dans la province pour les médecins de famille formés à l'étranger provenant des États-Unis, de l'Irlande, de l'Australie et du Royaume-Uni, en éliminant les exigences en matière de supervision et d'évaluation. L'Alberta, quant à elle, a plafonné le délai de traitement des demandes de médecins formés au Canada à 20 jours ouvrables. Le Québec

21 Collège des médecins du Québec. 2025. « Portrait des diplômés internationaux en médecine ». <https://www.cmq.org/fr/acceder-a-la-profession/international/portrait-dim>

22 Plus récemment, les provinces des Prairies, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard ont tous pris des mesures pour permettre aux médecins formés et certifiés aux États-Unis d'exercer de façon autonome immédiatement, sans examens ni certifications supplémentaires. Pour obtenir de plus amples renseignements, voir <https://www.cma.ca/fr/propos-nous/notre-role/salle-presse/commentaire-provinces-facilitent-demarches-medecins-americaains-qui-souhaitent-exercer-au-canada>

doit adopter des mesures similaires pour attirer des médecins formés ailleurs, en particulier ceux originaires de France, à exercer dans la province. Compte tenu de ses exigences linguistiques uniques, elle pourrait évaluer l'équivalence de formation avec d'autres territoires francophones et peut-être collaborer avec le Nouveau-Brunswick sur le recrutement de médecins internationaux et la reconnaissance mutuelle.

### Croissance des médecins non participants

Le Québec est la seule province du Canada où les médecins de famille peuvent complètement se retirer du régime provincial d'assurance-maladie et être rémunérés par l'assurance privée (Fierlbeck 2025). La décision *Chaoulli c. Québec*<sup>23</sup> de 2005, ainsi que les changements juridiques subséquents concernant la double facturation, ont ouvert la voie à l'augmentation du nombre de médecins qui se retirent du système public (Contandriopoulos et Law 2021). Cette tendance s'est accélérée pendant la pandémie, le nombre de médecins de famille et de spécialistes travaillant exclusivement dans le secteur privé ayant augmenté de 70 % depuis 2020<sup>24</sup>. En juillet 2024, 780 d'entre eux s'étaient retirés du système public d'assurance : environ les deux tiers étaient des médecins omnipraticiens<sup>25</sup>.

En réponse à l'exode croissant des médecins du système public de santé du Québec, le gouvernement a adopté le projet de loi 83 en avril dernier, qui oblige les nouveaux médecins à travailler dans des institutions publiques pendant leurs cinq premières années, sous peine d'amendes quotidiennes allant de 20 000 \$ à 200 000 \$. En vertu du projet de loi 83, les médecins doivent

maintenant obtenir une préautorisation de Santé Québec avant de se retirer du système public. Auparavant, ils n'avaient qu'à informer la RAMQ de leur intention d'exercer leur profession dans le secteur privé; aucune autorisation n'était requise. Bien que visant à endiguer les départs, cette approche ne semble pas fonctionner. Par exemple, au 17 novembre 2025, un total de 1 179 médecins s'étaient retirés entièrement du système public d'assurance du Québec – une augmentation de 45 % depuis avril (RAMQ 2025). Parmi eux, 557 étaient des médecins de famille. Bien que cela représente une part relativement faible du nombre total de médecins de famille actifs au Québec (environ six pour cent), la tendance à la hausse demeure tout de même préoccupante.

Bien que le projet de loi 83 puisse maintenir certains médecins dans le système public à court terme, il pourrait aussi rendre moins attrayantes la formation médicale et la résidence au Québec (Zhang 2025b). Les étudiants pourraient choisir d'étudier ailleurs, privilégiant des environnements qui leur semblent moins restrictifs et plus encourageants. Les professionnels hautement qualifiés sont susceptibles de chercher des occasions dans d'autres provinces ou à l'étranger qui offrent des environnements de travail plus gratifiants. Même ceux qui restent pourraient être plus enclins à quitter le système public une fois leur obligation de cinq ans terminée, ce qui pourrait déstabiliser davantage les soins primaires à long terme.

De plus, il existe peu de preuves que des mesures réglementaires restrictives sont efficaces pour retenir les médecins dans le système public. Par exemple, en 2001, le Royaume-Uni a proposé d'exiger que les consultants publics nouvellement nommés

- 
- 23 La Cour suprême du Canada a statué que l'interdiction légale au Québec d'utiliser l'assurance privée pour les services assurés publiquement violait la Charte des droits et libertés du Québec, car les longs délais d'attente dans le système public ne signifient pas l'accès aux soins.
- 24 Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez ce nouvel [article](#) de Radio-Canada.
- 25 Derfel, Aaron. 2025. « Exodus of Quebec Family Doctors to the Private System is Accelerating: Stats ». The Gazette. <https://www.montrealgazette.com/news/health/article890653.html#storylink=cpy>

s'engagent exclusivement envers le National Health Service pour sept ans, mais il a abandonné le plan peu après (Hargreaves 2002). Au lieu de cela, il a introduit un nouveau contrat de consultant offrant une augmentation de 20 % des salaires de départ et de meilleures conditions de travail – une approche qui s'est avérée plus efficace.

Les pays à haute performance, comme le Royaume-Uni et les Pays-Bas, ont élargi le financement privé et la prestation de services dans des cadres financés par des fonds publics afin d'améliorer l'accès. En revanche, le Québec semble aller dans la direction opposée, renforçant davantage l'assurance-maladie à un seul niveau. Notamment, la *Loi canadienne sur la santé* exige une couverture pour les services médicalement nécessaires, mais ce sont les provinces et les territoires qui déterminent quels services sont médicalement nécessaires, souvent en collaboration avec la profession médicale dans leur juridiction. Les provinces disposent donc d'une grande marge de manœuvre pour définir des termes comme « médicalement nécessaire » ou « services assurés » (Fierlbeck 2024). Cela signifie que les soins de santé privés ne sont pas interdits; les provinces fixent plutôt les conditions dans lesquelles les dépenses privées sont permises et pourraient élargir le rôle des soins privés par l'entremise de la législation et de la réglementation provinciales (Fierlbeck et Berman 2025).

Le Canada exploite déjà de facto un système à « deux paliers », où les services couverts par l'assurance publique peuvent aussi être accessibles en privé par l'intermédiaire de professionnels de la santé non médecins, de services hors province, de plateformes virtuelles ou de médecins non participants (Fierlbeck et Berman 2025). À mesure que le système évolue – en remodelant qui fournit les soins médicalement nécessaires, et l'endroit et le moment où ils sont fournis – de plus en plus de Canadiens continueront d'avoir accès à ces services.

Comme le soutiennent Fierlbeck et Berman (2025), la structure rigide de la *Loi canadienne sur la santé* a en même temps limité l'accès aux soins de santé assurés par l'État et facilité l'émergence d'un système à deux niveaux. La récente politique sur les services de la *Loi canadienne sur la santé*, qui exige que les provinces couvrent tous les services de santé « équivalents à ceux d'un médecin », ne s'applique pas aux professionnels non médecins qui travaillent à l'extérieur du système public et semble limitée dans sa capacité à freiner la croissance des cliniques de santé à but lucratif (Fierlbeck 2025). À mesure que la demande en santé croît et que des possibilités de marché se présentent, les cabinets privés à but lucratif tels que les cliniques dirigées par des infirmières et infirmiers praticiens et les plateformes de soins virtuels continueront de jouer un rôle à l'intérieur de paramètres légitimes. Les personnes qui ne peuvent pas accéder au système de santé gratuit continueront d'accéder aux soins par l'entremise d'une assurance parrainée par l'employeur ou en les payant directement (Falk et Wyonch 2025c).

Si un palier privé distinct devient normalisé au Québec, cela signale que le système public a laissé des lacunes critiques d'accès non comblées. Plutôt que de s'opposer par réflexe aux options privées, le gouvernement devrait reconnaître ces lacunes et décider où, et dans quelles conditions, le financement privé peut offrir des solutions de rechange. La question politique clé ne devient pas « privé ou public? », mais plutôt « comment une capacité privée soigneusement réglementée peut-elle aider à éliminer les goulots d'étranglement sans miner l'équité, la qualité ou la main-d'œuvre publique? » Quand un quart des Québécois n'ont pas accès à un fournisseur de soins de santé régulier, des solutions de rechange privées comme les soins virtuels permettent aux gens d'obtenir les soins dont ils ont besoin<sup>26</sup>.

26 Par exemple, 10 millions de Canadiens sont couverts par des soins virtuels payés par l'employeur (Falk et Wyonch 2025c).

## Encadré 2 : Avantages et risques de la double pratique

La double pratique permet aux médecins de famille de travailler à la fois dans le secteur public et le secteur privé <sup>a</sup>. Elle présente à la fois des avantages et des risques, ce qui oblige les gouvernements à peser soigneusement les compromis lors de la conception des politiques (García-Prado et Gonzalez 2007; Moghri et al.). 2016).

Du côté positif, la double pratique peut améliorer l'accès dans le secteur public, accroître la productivité globale des médecins et la satisfaction au travail, augmenter la rétention des médecins dans le secteur public et aider à surmonter les contraintes budgétaires (Moghri et coll. 2016; OMS 2024). En même temps, la double pratique peut aussi créer des défis. Les inconvénients potentiels incluent des temps d'attente plus longs dans le secteur public, la détérioration de la qualité des soins publics, des comportements prédateurs et une demande induite, l'absentéisme et une baisse de l'équité (Moghri et coll. 2016; OMS 2024). Notamment, ces effets indésirables varient selon les contextes, et les faits demeurent limités (OMS 2024). La plupart des études sont descriptives plutôt que causales, ce qui rend difficile la quantification de l'incidence réelle de la double pratique.

En fin de compte, la double pratique fonctionne comme une arme à double tranchant : ses résultats dépendent fortement des caractéristiques de chaque système de santé et de la solidité des cadres réglementaires et de gouvernance (OMS 2024). Les outils réglementaires standard incluent des plafonds sur les revenus de service, des limites sur les heures, les types de service ou les lieux d'exercice, les codes de conduite, les exigences d'approbation de l'employeur et les restrictions sur l'utilisation des ressources publiques à des fins privées (García-Prado et Gonzalez 2007; OMS 2024). Les stratégies de rechange mettent l'accent sur des incitatifs positifs, tels que des salaires publics plus élevés, des avantages sociaux exclusifs dans le secteur public ou la possibilité d'exercer en pratique privée dans des établissements publics (García-Prado et Gonzalez 2007; OMS 2024).

a Notamment, selon la *Loi canadienne sur la santé*, la double pratique entraîne des frais pour le patient, car le médecin demeure inscrit au régime public. Cela entraînerait des réductions obligatoires pour dollar du Transfert canadien en matière de santé.

Le Québec peut s'appuyer sur l'expérience de pays performants qui gèrent déjà des systèmes mixtes. Ces juridictions utilisent des outils réglementaires et politiques, tels que la déclaration stricte des données, des limites sur la double pratique (encadré 2), des plafonds sur le volume privé et des exigences pour que les fournisseurs privés participent aux garanties de temps d'attente, afin de profiter des avantages d'une capacité supplémentaire tout en limitant les pires effets

des options privées. Ces mécanismes démontrent que la capacité privée peut compléter la prestation publique lorsqu'elle est bien structurée et rigoureusement réglementée.

## INCIDENCES POLITIQUES

Au cours des deux dernières décennies, le gouvernement québécois a tenté de réformer la gouvernance, le financement et la prestation des soins

de première ligne, mais sans parvenir à améliorer significativement l'accès, malgré une augmentation de la densité des médecins et une proportion croissante de la population inscrite auprès d'un médecin de famille. L'approche centralisée et descendante du Québec en matière de soins primaires n'a pas permis de transformer une offre élevée de médecins en un accès rapide aux soins. Les pays performants démontrent qu'une amélioration significative découle de la redéfinition de la planification, à savoir en fixant les objectifs provinciaux et le financement tout en donnant aux équipes locales l'autonomie requise pour concevoir et fournir des soins.

Une réforme globale qui s'attaque aux défaillances systémiques de longue date est également cruciale. Une telle réforme nécessite une optimisation de la répartition du temps des médecins, la mise en place d'équipes de soins de santé efficaces et l'établissement de systèmes de surveillance continue. Ces réformes varient considérablement en ce qui concerne la mise en œuvre, la difficulté et la faisabilité politique. Les sections suivantes les examinent dans l'ordre de leur incidence potentielle sur l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins primaires, tout en reconnaissant que les changements les plus transformateurs se heurtent souvent aux plus grands obstacles à la mise en œuvre.

### **Leçons structurelles tirées des échecs du Québec en matière de soins primaires**

Le Québec compte l'une des plus fortes densités de médecins au Canada, mais connaît le pire accès aux soins primaires – un paradoxe que seule une

réorganisation structurelle peut résoudre. Sur plus de vingt ans, le Québec a conçu et mis en œuvre les soins primaires de façon centralisée au niveau provincial, une approche qui a manifestement échoué. Le résultat est un système rigide et uniforme, mal adapté aux divers contextes, de la région urbaine de Montréal ou de communautés nordiques éloignées. Une prestation efficace des soins de santé dépend de connaissances locales et tacites – besoins cliniques, capacité des équipes, répartition des patients, contraintes de flux de travail, contexte communautaire – qui n'existent qu'au point de service. Les mandats centralisés ne peuvent pas recueillir efficacement les commentaires locaux pour déterminer ce qui fonctionne le mieux.

Les données internationales réfutent sans équivoque le contrôle opérationnel centralisé. Les systèmes très performants aux Pays-Bas, en Allemagne et en Nouvelle-Zélande utilisent des « architectures d'allocation » : les autorités centrales fixent des paramètres larges pour les niveaux de financement, les normes de qualité et les exigences de couverture tout en accordant une autonomie locale substantielle pour la mise en œuvre<sup>27</sup>. Cela permet une variation structurée, permettant aux modèles de s'adapter aux conditions locales tout en maintenant la reddition de comptes par la mesure des résultats plutôt que par l'imposition de processus. Comme le souligne Martin (2025), les systèmes efficaces équilibrent l'autorité centrale avec l'autonomie locale pour l'innovation, l'engagement des parties prenantes et la planification de la santé de la population.

---

27 Par exemple, vers 2000, les médecins de soins primaires néerlandais ont réorganisé les soins après les heures normales en grandes coopératives, dont beaucoup étaient intégrées aux services d'urgence hospitaliers comme « points d'accès aux soins d'urgence ». Ces coopératives ont d'abord vu le jour localement, puis se sont répandues à l'échelle nationale grâce à des incitatifs et à l'apprentissage partagé. Elles trient et traitent les patients sans rendez-vous, réduisant le total des visites aux urgences de 13 à 22 % tout en offrant une solution de rechange sécuritaire et rentable aux soins d'urgence traditionnels (Smits et coll. 2017). Les médecins ont indiqué une augmentation de leur satisfaction au travail et une diminution de leur charge de travail, et les patients étaient généralement satisfaits, ce qui fait de ce modèle une leçon précieuse pour les pays, dont le Canada, qui envisagent des réformes des soins après les heures normales (Giesen et coll. 2011).

Le Québec exige une gouvernance qui sépare l'allocation des opérations. La politique provinciale devrait définir des objectifs et mesurer les résultats – taux d'accès, satisfaction des patients, résultats en santé – tout en accordant aux entités locales le contrôle budgétaire et l'autonomie nécessaires pour concevoir la prestation des soins. Cela met à profit les avantages de l'information locale et l'engagement des parties prenantes pour favoriser l'innovation adaptée aux besoins de la communauté, particulièrement dans les zones défavorisées et périphériques. Certaines régions du Québec ont récemment développé des innovations locales, telles que des cliniques dirigées par des infirmières, des cliniques mobiles de proximité et des parcours de soins dirigés par des pharmaciens, qui ont présenté des résultats locaux prometteurs. Cependant, il n'y a actuellement aucun plan pour les étendre à l'échelle de la province (Breton et coll. 2024b).

Les autres provinces devraient noter l'expérience du Québec. L'Ontario, qui entreprend maintenant d'ambitieuses réformes en soins primaires impliquant la répartition régionale des patients et des médecins, ainsi que des changements ou des expansions des modèles d'équipes de soins de santé, doit tenir compte de cette mise en garde (voir Falk et Wyonch 2025a, 2025b). Les systèmes centralisés n'échouent pas toujours, mais ils éprouvent souvent des difficultés, surtout lorsqu'ils tentent de gérer de façon hiérarchique des services intrinsèquement locaux et riches en information. Des provinces comme l'Alberta devraient évaluer de manière critique si leurs structures actuelles répondent réellement aux besoins de leurs populations. À moins que les provinces ne s'éloignent de la gestion de commandement et de contrôle pour adopter des modèles d'attribution qui donnent du pouvoir aux équipes locales, elles risquent de répéter les résultats du Québec : désengagement des médecins, réduction de la capacité du système et élargissement des écarts d'accès comparativement aux pairs internationaux.

### **Optimisation du temps des médecins de famille consacré aux soins aux patients**

La pénurie de médecins n'est pas la cause principale des problèmes d'accès dans le système de soins primaires du Québec – les médecins de famille au Québec sont 20,6 % plus nombreux par habitant qu'en Ontario. Il existe une capacité inutilisée importante parmi les médecins de famille québécois, et tirer parti de ce potentiel pourrait libérer jusqu'à un tiers de leur temps actuel pour la prestation des soins primaires.

Les heures d'AMP devraient être graduellement réduites pour permettre aux médecins de famille de consacrer plus de temps aux soins primaires. Une dépendance importante envers les médecins de famille pour combler les besoins de dotation hospitalière sans remplacement adéquat peut aider les hôpitaux à court terme, mais crée des lacunes importantes en matière d'accès aux soins primaires. Cela illustre un compromis : faire appel aux médecins de famille pour leurs fonctions en soins primaires, plutôt que de les détourner vers les tâches hospitalières au détriment des hospitalistes et des spécialistes. Pourtant, l'un des objectifs centraux des soins primaires est d'empêcher que les problèmes de santé ne dégénèrent en besoins de soins secondaires. L'affectation du temps des médecins de famille aux hôpitaux réduit inévitablement le temps qu'ils peuvent consacrer à des soins primaires complets, ce qui peut entraîner une détérioration des résultats pour les patients avec le temps. Bien que les zones rurales puissent exiger que les médecins de famille fournissent des soins secondaires, cela est moins nécessaire en milieu urbain. Une approche plus flexible est nécessaire – qui équilibre les rôles des médecins de famille, permet à certains de soutenir les services d'urgence avec une charge de travail durable, et veille à ce que d'autres puissent se concentrer exclusivement sur les soins primaires sans obligations hospitalières.

Les paramètres des PREM doivent également être mis à jour pour mieux refléter les besoins réels

de santé et la croissance régionale de la population, tout en limitant les distorsions créées par les demandes hospitalières locales. Le suivi du type et du volume de travail effectué par les médecins de famille admissibles donnerait une image plus précise des besoins de santé communautaire.

### **Bâtir des équipes des soins de santé primaires efficaces**

La mise en œuvre des GMF est en cours depuis deux décennies, mais les taux d'accès ont montré peu d'amélioration. Pour y remédier, le gouvernement québécois doit prioriser la réforme de la rémunération, l'intégration complète des professionnels non médecins et l'inscription obligatoire afin de tirer parti des avantages des équipes de soins de santé.

#### *Réforme de la rémunération*

Le Québec doit passer de la rémunération à l'acte à des systèmes de paiement intégrés qui soutiennent mieux les équipes de soins de santé et les résultats pour les patients<sup>28</sup>. Cette transformation nécessite des changements fondamentaux dans la façon dont les services sont valorisés, fournis et rémunérés.

La capitation ajustée en fonction du risque devrait devenir la base de la rémunération des médecins de famille, en fournissant des paiements fixes par patient qui tiennent compte de la complexité des besoins des patients, du fardeau des maladies chroniques et des frais administratifs. Bien que certaines procédures à coût élevé puissent conserver des éléments de paiement à l'acte, la plupart des paiements devraient devenir prévisibles et dépendre de la population. La rémunération doit également reconnaître toute l'étendue du travail médical, y compris la gestion des dossiers, la

coordination des soins et les tâches administratives, particulièrement pour les patients atteints de multiples maladies chroniques. Le nouveau modèle devrait prioriser la valeur clinique et les résultats de santé plutôt que le volume de services, afin de s'assurer que les services à fort impact, tels que la prévention et la gestion des soins chroniques, reçoivent une évaluation appropriée. Des exemples internationaux en Norvège et aux Pays-Bas démontrent la mise en œuvre réussie de structures de paiement intégrées similaires (Zhang 2024).

La réforme des paiements doit aussi éliminer les obstacles artificiels à la pratique collaborative. Permettre aux GMF de facturer directement les services fournis par un membre qualifié de l'équipe – peu importe son titre professionnel – permettrait un partage de tâches basé sur la compétence plutôt que sur des restrictions de facturation. Le modèle actuel de rémunération à l'acte dissuade les médecins de déléguer les tâches, tandis que la résistance de la profession médicale au changement limite encore plus la mise en œuvre d'équipes de soins de santé primaires efficaces. Pour favoriser une véritable collaboration, les IP et les pharmaciens devraient pouvoir facturer au régime provincial d'assurance les mêmes services que les médecins de famille.

Les incitatifs au rendement des équipes devraient récompenser les résultats collaboratifs, notamment la satisfaction des patients, la coordination des soins et les indicateurs de santé des populations, en harmonisant les incitatifs financiers avec les principes des soins des GMF. Une réforme efficace exige également des formules robustes d'ajustement des risques et des mécanismes clairs de reddition de comptes pour les organisations, les administrateurs et les fournisseurs, directement liés aux résultats en matière de rendement (Tan et al. 2023; Aggarwal et coll. 2025).

---

28 La Colombie-Britannique a introduit en 2023 un modèle de paiement longitudinal des soins primaires, ce qui a attiré 800 médecins de famille à exercer dans la province. Bien que cela ait démontré des résultats positifs précoces, le modèle doit être examiné, évalué et révisé afin de mieux refléter les résultats pour les patients et les équipes de soins de santé.

---

### *Meilleure intégration des autres professionnels de la santé*

Les GMF nécessitent un renforcement fondamental afin d'éliminer la duplication des compétences, d'accroître la productivité et de favoriser un travail d'équipe efficace qui permet à chaque fournisseur d'exercer avec la totalité de son champ de compétences. Le gouvernement québécois doit prioriser la mesure des résultats tout en accordant aux GMF une plus grande flexibilité pour adapter leur composition de fournisseurs aux besoins de la population de patients – permettant aux cabinets de déterminer les combinaisons optimales de médecins, de personnel infirmier praticien, de pharmaciens et autres professionnels à partir de preuves plutôt que de formules de dotation rigides.

Le Québec accuse également un retard important sur les autres provinces en matière d'utilisation des pharmaciens. L'Alberta est en tête du pays en permettant aux pharmaciens d'exercer selon le cadre le plus large et en inaugurant la première clinique de pharmaciens en 2022. D'autres provinces ont suivi cet exemple. En 2023, l'Ontario a permis aux pharmaciens de prescrire pour des problèmes de santé mineurs et a récemment élargi davantage leur pouvoir de prescription<sup>29</sup>. Des données récentes montrent que ce changement de politique a entraîné une augmentation de 16 % des visites en pharmacie et de 3 % des visites chez d'autres fournisseurs, particulièrement dans les quartiers à faible revenu et défavorisés matériellement (Hoagland et Wang 2025). À mesure que les pharmaciens offrent davantage de services de soins primaires, la demande pour les soins hospitaliers, incluant les urgences, a diminué. Le Québec devrait également élargir le champ d'exercice des pharmaciens par la consultation des professionnels de la santé, leur permettant de contribuer davantage à la prestation des soins primaires.

La récente législation a élargi le champ d'action des IP, des pharmaciens et d'autres fournisseurs de soins primaires, ouvrant la voie à des équipes interdisciplinaires plus complètes. Cependant, réaliser ce potentiel nécessite de s'attaquer à des barrières structurelles fondamentales. Bien que la plupart des modèles d'équipe restent axés sur les médecins, les cliniques dirigées par des IP représentent un potentiel inexploité tant en milieu rural qu'urbain. La Saskatchewan et l'Alberta ont adopté des cliniques dirigées par des IP dans des modèles publics et privés, tandis que les provinces de l'Atlantique ont des degrés variables d'intégration des IP dans les soins primaires. Cependant, contrairement aux médecins, les services des IP ne sont pas couverts par l'assurance publique, même lorsque des soins équivalents sont fournis. Par conséquent, les patients pourraient devoir payer de leur poche pour des consultations d'IP qui seraient couvertes publiquement si elles étaient fournies par un médecin, soulevant des préoccupations d'équité concernant un accès à deux niveaux basé sur le type de fournisseur plutôt que sur les besoins médicaux (Fierlbeck 2025). Cela pourrait évoluer au fur et à mesure que les provinces répondront à la récente politique sur les services de la LCS. Quoi qu'il en soit, le Québec et d'autres provinces devraient investir dans l'expansion des cliniques dirigées par les IP tout en intégrant mieux les IP dans les GMF existants. Les deux stratégies nécessitent une capacité accrue de formation des IP.

### *Inscription obligatoire*

Bien que la capitation ajustée en fonction du risque offre des incitatifs plus forts pour les médecins de famille à inscrire les patients, son efficacité dépend de l'établissement et d'un suivi attentif des objectifs d'inscription (Forget 2014). Actuellement, l'inscription moyenne par médecin dans les GMF

---

29 Ontario. 2024. « L'Ontario étudie d'autres moyens de renforcer le rôle des pharmacies ». 24 juillet. <https://news.ontario.ca/fr/release/1004860/ontario-etudie-dautres-moyens-de-renforcer-le-role-des-pharmacies>

est de 837, bien en dessous de la fourchette cible de 1 200 à 1 500 patients. King et coll. (2025) ont constaté que les politiques d'inscription volontaire du Québec ont eu peu d'effet sur le renforcement de l'affiliation patient-médecin. Cela suggère qu'une participation obligatoire ou des mécanismes d'incitation plus forts sont nécessaires pour augmenter l'inscription tant dans les GMF que dans les pratiques autres que les GMF. Un ciblage plus stratégique – en se concentrant sur les patients qui n'ont pas de relations établies avec des fournisseurs de soins primaires et sur les fournisseurs dont les habitudes d'exercice divergent des résultats souhaités – pourrait entraîner des améliorations substantielles de l'affiliation et de la continuité des soins.

Un alignement efficace <sup>30</sup> offre un cadre pour calculer la taille des panels ajustés au risque, permettant aux cliniciens et aux équipes de maintenir un équilibre durable entre la demande des patients et la capacité de soins (Bodenheimer et coll. 2014). La taille des panels peut varier selon la composition des patients et des fournisseurs, et ceux dont la taille est inférieure à la moyenne devraient être encouragés à inscrire davantage de patients. Lorsqu'ils acceptent de nouveaux patients dans un modèle de capitation, les GMF devraient accepter tous les patients admissibles plutôt que de les sélectionner, afin d'éviter le « cherry-picking ». Au sein des GMF, l'élargissement des options de prestation de services, telles que les visites électroniques, les rencontres téléphoniques, les rendez-vous de groupe et les visites avec d'autres membres de l'équipe, peut améliorer l'accès et le choix des patients. Bien que la continuité des soins et l'accès immédiat puissent parfois entrer en conflit, la souplesse permet aux patients de choisir entre consulter leur médecin traitant ou obtenir rapidement une consultation auprès d'un autre

professionnel de la santé qualifié, optimisant ainsi à la fois les soins fondés sur la relation et la réactivité du système.

L'inscription des patients auprès de GMF ne garantit pas un accès rapide aux soins au besoin; par conséquent, les objectifs politiques devraient prioriser l'accès réel plutôt que le nombre d'inscriptions. Cela s'applique à toutes les provinces, puisque les trois quarts des Canadiens interrogés ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas obtenir des rendez-vous le jour même ou le lendemain (Zhang 2025a).

Le Québec pourrait s'inspirer de l'expérience de l'Ontario en matière d'inscription formelle des patients en soins primaires. En Ontario, la plupart des patients ont maintenant un lien officiel avec un médecin ou une institution, souvent dans le cadre de modèles de rémunération par capitation ou d'autres modes alternatifs, mais l'inscription demeure volontaire et les patients peuvent toujours consulter des fournisseurs non inscrits, y compris ceux rémunérés selon le modèle traditionnel à l'acte. Cette flexibilité a créé des difficultés pour encourager les patients à consulter leur fournisseur habituel, ce qui a mené à des mécanismes comme la « prime d'accès » des FHN et des FHO, qui offre aux médecins une incitation financière partielle pour retenir les patients inscrits à leur liste.

Le Québec pourrait envisager des mesures plus solides, telles que demander aux patients d'assumer une partie du coût lorsqu'ils consultent un autre fournisseur, ajuster les taux de capitation pour les patients grands utilisateurs, et communiquer clairement les modèles de rémunération et les obligations des fournisseurs. L'inscription obligatoire, combinée à des incitations financières favorisant les soins auprès du médecin attitré, ainsi qu'à des budgets attribués aux fournisseurs en fonction des coûts prévus des prescriptions, des

---

30 L'empannellement consiste à rattacher chaque patient à un médecin de famille ou à une équipe de soins, créant ainsi un groupe de patients défini afin d'assurer la responsabilisation, la continuité des soins et une gestion proactive.

examens diagnostiques et des soins spécialisés, pourrait aider le Québec à renforcer l'accès, améliorer la coordination des soins et optimiser l'efficacité des soins primaires.

Un alignement efficace offre un cadre pour calculer la taille des panels ajustés au risque, permettant aux cliniciens et aux équipes de maintenir un équilibre durable entre la demande des patients et la capacité de soins (Bodenheimer et coll. 2014). La taille des panels peut varier selon la composition des patients et des fournisseurs, et ceux dont la taille est inférieure à la moyenne devraient être encouragés à inscrire davantage de patients. Lorsqu'ils acceptent de nouveaux patients dans un modèle de capitation, les GMF devraient accepter tous les patients admissibles plutôt que de les sélectionner, afin d'éviter le « cherry-picking ». Au sein des GMF, l'élargissement des options de prestation de services, telles que les visites électroniques, les rencontres téléphoniques, les rendez-vous de groupe et les visites avec d'autres membres de l'équipe, peut améliorer l'accès et le choix des patients. Bien que la continuité des soins et l'accès immédiat puissent parfois entrer en conflit, la souplesse permet aux patients de choisir entre consulter leur médecin traitant ou obtenir rapidement une consultation auprès d'un autre professionnel de la santé qualifié, optimisant ainsi à la fois les soins fondés sur la relation et la réactivité du système.

### *Leadership engagé et amélioration continue*

Selon Aggarwal et Hutchison (2012) et Bodenheimer et coll. (2014), un système de soins primaires performant exige également un leadership engagé et une amélioration basée sur les données. Les dirigeants doivent s'engager pleinement dans

le processus de changement et créer des buts et objectifs concrets et mesurables. Les investissements dans le développement du leadership, la formation et les lignes directrices en matière d'exercice sont également essentiels pour renforcer la collaboration au sein des équipes et clarifier les rôles et responsabilités des différents fournisseurs.

Une évaluation rigoureuse des réformes est essentielle pour assurer la transparence et la prise de décision fondée sur les données probantes<sup>31</sup>. Cependant, les priorités des décideurs changent souvent avant que les résultats des évaluations ne soient disponibles, ce qui entraîne des changements fréquents de politique sans suivi cohérent (Strumpf 2014). L'absence de responsabilité claire pour le rendement s'applique à toutes les provinces du Canada (Tan et coll. 2023).

Pour y remédier, les gouvernements provinciaux devraient établir un cadre de mesure du rendement avec des indicateurs clairs de responsabilisation, comme l'accès des patients aux soins, assurer le respect des ententes et mettre en œuvre des mesures correctives lorsque les résultats ne répondent pas aux attentes. Les gouvernements doivent prioriser le développement de systèmes de données robustes qui capturent les indicateurs cliniques, opérationnels et ceux relatifs à l'expérience des patients. L'établissement de rapports publics réguliers peut aussi aider à renforcer la transparence. La participation des fournisseurs de soins primaires dans la conception et l'élaboration continue de ces mécanismes de déclaration peut assurer leur pertinence, favoriser la confiance et susciter l'adhésion.

### **Engagement public et patients orphelins**

Une réforme efficace exige un engagement public

31 Par exemple, le gouvernement québécois a cessé de rendre publics ses résultats à l'enquête du FCMW depuis 2017 au CSBE (Commissaire à la santé et au bien-être). Certaines questions, comme le nombre de patients inscrits par médecin, n'étaient plus incluses dans les enquêtes récentes. Ainsi, la surveillance et l'évaluation des données sur les réformes des soins de santé primaires deviennent difficiles.

actif et l'éducation des patients. De nombreux Québécois sont habitués à recourir aux urgences pour accéder rapidement aux soins, sans comprendre que les réformes des soins primaires offriront des solutions de rechange plus accessibles, plus fiables et mieux ressourcées (Forget, 2015). Les gouvernements devraient mettre en place des campagnes de communication expliquant comment fonctionne le système de santé, les services offerts par différents modèles de soins, y compris les GMF, et les endroits appropriés où les patients peuvent recevoir des soins. Pour maintenir les résultats des réformes, il est essentiel d'établir des attentes réalistes et de promouvoir le changement de comportement (Lévesque et coll. 2012).

Pour les patients sans médecin de famille, l'amélioration des CAP et le raccordement de tous les cabinets de soins primaires à des systèmes de réservation en ligne avec disponibilité en temps réel sont des étapes initiales cruciales. Le Québec devrait aussi explorer des possibilités en matière de soins virtuels, en suivant les modèles des provinces de l'Atlantique (Fierlbeck et Wyonch, à paraître). Par exemple, le programme VirtualCareNS de la Nouvelle-Écosse, offert par une plateforme sous contrat (Maple), offre un exemple instructif. Les patients orphelins peuvent s'inscrire gratuitement aux services virtuels publiquement assurés, tandis que ceux qui ont des fournisseurs actuels reçoivent deux services annuels gratuits. VirtualCareNS a également mis en place une clinique de soins primaires dédiée aux patients qui ont besoin d'un suivi en personne, dont le personnel est constitué de médecins et d'infirmières et infirmiers praticiens. Ce modèle répond aux préoccupations liées à la continuité des soins tout en tirant parti des avantages de l'accès virtuel.

Détourner les patients non urgents et orphelins des services d'urgence vers des solutions de rechange appropriées, telles que les cliniques sans rendez-vous, les cliniques semi-urgentes ou les soins virtuels, peut considérablement alléger la pression sur le système hospitalier. Cependant, pour réussir une réorientation efficace, il faut disposer d'une

infrastructure de données exhaustive qui permet aux patients d'accéder à leurs dossiers de santé et favorise des soins coordonnés dans tous les milieux. Sans systèmes d'information intégrés, les patients continueront de se tourner vers les urgences comme point d'accès le plus fiable.

## CONCLUSION

Les réformes du Québec ont eu des difficultés pour la même raison que plusieurs efforts de planification centrale échouent : elles supposent que le système de santé peut être dirigé efficacement depuis le centre. Les PREM, les AMP et les GMF reposent tous sur des structures provinciales qui ont besoin de renseignements et de coordination allant au-delà des capacités de l'autorité centrale. Les systèmes de santé internationaux performants voient l'État définir les paramètres de financement, de responsabilité et d'équité, tandis que les équipes locales conçoivent leurs propres structures, processus de travail et modèles de dotation. Pendant deux décennies, le Québec a adopté l'approche inverse, imposant des modèles de prestation depuis le haut. Cela a contribué à une mauvaise affectation, au désengagement des médecins et à la rigidité organisationnelle. Tant que la province ne passera pas du modèle légiféré à l'affectation par conception, il restera difficile d'obtenir des améliorations significatives en matière d'accès et de rendement du système.

Le Québec dispose également d'une capacité inexploitée importante au sein de sa main-d'œuvre actuelle de médecins de famille. L'ajustement des PREM et des AMP pour réduire les obligations hospitalières prescrites par la loi pourrait considérablement élargir l'accès aux soins primaires à court terme. Combinés au développement d'équipes de soins de santé efficaces grâce à la réforme de la rémunération, à une meilleure intégration des autres professionnels de la santé et à l'inscription obligatoire, ces changements réorienteront les incitatifs vers des soins primaires complets et permettront d'utiliser le temps des

médecins de la manière la plus efficace.

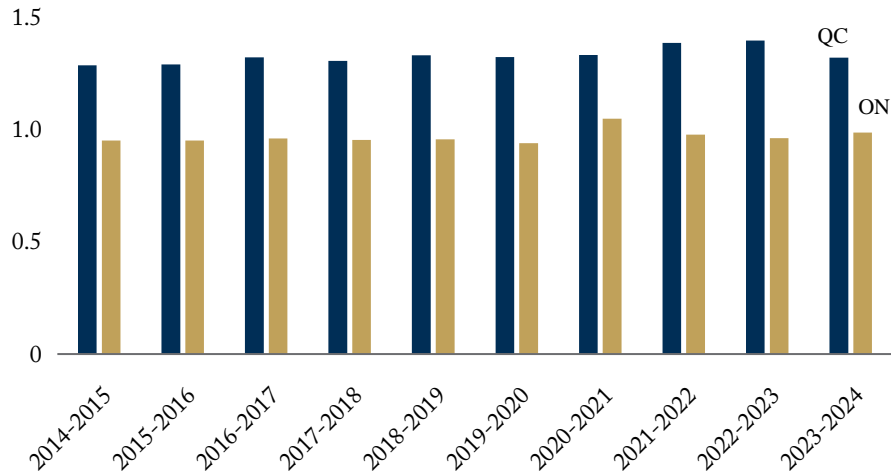
La croissance du secteur privé informel au Québec et le nombre croissant de médecins qui choisissent de se retirer du système public reflètent l'attrait considérable des options privées en dehors du régime public d'assurance. Alors que les soins privés deviennent la norme, le gouvernement québécois doit réfléchir à la manière de combler les lacunes émergentes et d'offrir des solutions de rechange. Ils peuvent apprendre d'autres pays performants qui ont choisi un terrain d'entente en adoptant un système mixte à travers une gamme d'instruments réglementaires et politiques.

L'amélioration de l'accès et de la qualité des soins primaires exigera des investissements supplémentaires et un engagement soutenu de

la part des gouvernements et des fournisseurs de soins de santé. Alors que les gouvernements provinciaux poursuivent différentes stratégies pour améliorer l'accès, des mécanismes solides de mesure du rendement et d'amélioration de la qualité sont essentiels. Toutes les innovations politiques devraient être assujetties à des cadres transparents de rapports publics et de reddition de comptes qui permettent un raffinement continu basé sur les données relatives aux résultats. Sans évaluation systématique, les réformes risquent de perpétuer les problèmes existants plutôt que de les résoudre.

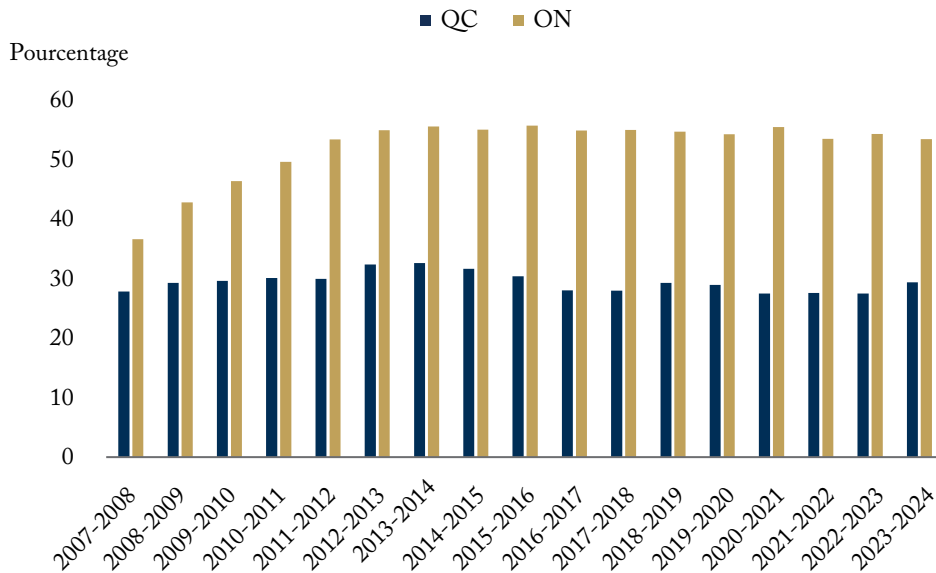
ANNEXE :

Figure A: Ratio des médecins de famille travaillant par rapport à l'équivalent temps plein, 2014-2023



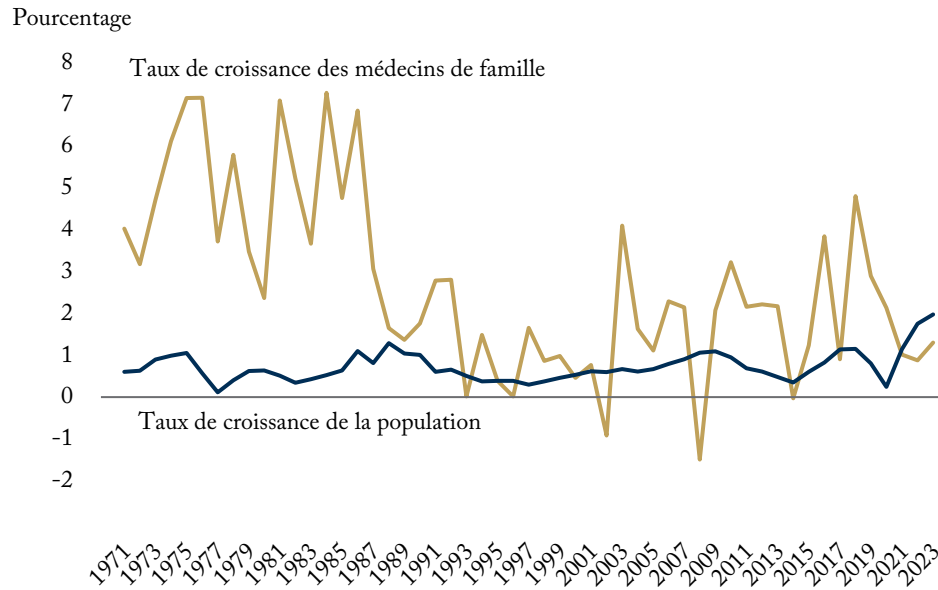
Source : Institut canadien d'information sur la santé. Paiements historiques de la Base de données nationale sur les médecins – tableaux de données, 1999–2000 à 2023–2024. Tableau D.3.

Figure B: Proportion des autres paiements cliniques pour les médecins de famille, 2007-2023



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Paiements historiques de la Base de données nationale sur les médecins – tableaux de données, 1999–2000 à 2023–2024. Tableau D.1.

Figure C: Taux de croissance annuel des médecins de famille et la population, Québec, 1972-2024



Source : Institut canadien d'information sur la santé. Offre, distribution et migration des médecins au Canada, 2024 – données historiques.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aggarwal, Monica. 2009. Primary Care Reform: A Case Study of Ontario (thèse de doctorat). Consulté le 5 août 2025. <https://utoronto.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/6535020a-3f62-4095-8bd8-fccec762020b/content>.
- Aggarwal, Monica, et A Paul Williams. 2019. «Tinkering at the Margins: Evaluating the Pace and Direction of Primary Care Reform in Ontario, Canada.» *BMC Family Practice* 20(1): 128. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12875-019-1014-8>.
- Aggarwal, Monica, Brian Hutchison, Reham Abdelhalim et G. Ross Baker. 2023. « Building High-Performing Primary Care Systems: After a Decade of Policy Change, Is Canada “Walking the Talk?” ». *The Milbank Quarterly* 101(4): 1139–90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37743824/>.
- Aggarwal, Monica, et Brian Hutchison. 2012. « Toward a Primary Care Strategy for Canada. ». Canadian Foundation for Healthcare Improvement. 4 décembre.
- Aggarwal, Monica, Brian Hutchison, Kristina M. Kokorelias, Selin Bilgic et Richard H. Glazier. 2025. « The Impact of Remuneration, Extrinsic and Intrinsic Incentives on Interprofessional Primary Care Teams: Results from a Rapid Scoping Review ». *BMJ open* 13 (6): e072076. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072076>
- Ansari, Hina, Richard H. Glazier, Susan E. Schultz, Michael E. Green, Kamila Premji, Eliot Frymire, Maryam Daneshvarfard, Liisa Jaakkimainen et Tara Kiran. 2025. « Family Physicians in Focused Practice in Ontario, Canada: A Population-Level Study of Trends From 1993/1994 Through 2021/2022 ». *Annals of Family Medicine* 23(3): 181–190. <https://doi.org/10.1370/afm.240377>
- Arpin, Emmanuelle, Lara Gautier et Amélie Quesnel-Vallée. 2025a. « Health Spending and Financing in Québec ». <https://utppublishing.com/doi/10.3138/9781487561116.003#:~:text=Total%20health%20expenditures%20per%20capita,2023%20for%20the%20Canadian%20average>.
- Arpin, Emmanuelle, Lara Gautier et Amélie Quesnel-Vallée. 2025b. *Québec: a health system profile*. University of Toronto Press.
- Aubin, Émélise L, et Amélie Quesnel-Vallée A. 2016. « Augmenter l’accessibilité et la qualité des services de santé de première ligne avec les Groupes de médecine de famille ». *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé* 4 (1): 5. DOI: <http://dx.doi.org/10.13162/hro-ors.v4i1.2689>
- Beaulieu, Marie-Dominique, Jean-Louis Denis, Danielle D’Amour, Johanne Goudreau Jeannie Haggerty, Éveline Hudon, Guy Jobin, Lise Lamothe, Frédéric Gilbert, Hélène Guay, Guylaine Cyr et Ronald Lebeau. 2006. « L’implantation des groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle ». Montreal: Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale.
- Bourque, Marie-Dominique, et Quesnel-Vallée, Amélie. (2014). Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec: La réforme Couillard de 2003. *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé* 2(2), Article 2. <https://doi.org/10.13162/hro-ors.02.02.01>
- Béland, François, Régis Blais, François Champagne, François-Pierre Dussault, Lambert Farand, Marie-Josée Fleury, Mireille Goetghebeur, Réjean Hébert, Mira Johri, Paul Lamarche, Lise Lamothe, Nicole Leduc, David Levine, Michèle Pelletier, Louise Rousseau, Claude Sicotte, et José Carlos Suarez Herrera. 2014. « Mémoire à la Commission de la santé et des services sociaux sur le projet de Loi 10. Québec: Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse ». [https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique\\_90391&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz](https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_90391&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz)

- Benatia, David, Nicholas-James Clavet, Bernard Fortin, Josette Rosine et Aniwuvi Gbeto. 2025. « Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec ». HEC Montreal. <https://cjp.hec.ca/en/evolution-recente-de-loffre-de-services-medicaux-et-de-la-remuneration-des-medecins-au-quebec/>
- Blomqvist, Åke et Rosalie Wyonch. 2019. *Health Teams and Primary Care Reform in Ontario: Staying the Course*. Commentaire 551. Toronto : Institut C.D. Howe.
- Bodenheimer, Thomas, Amireh Ghorob, Rachel Willard-Grace et Kevin Grumbach. 2014. « The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care ». *The Annals of Family Medicine* 12 (2): 166-171. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1616>
- Breton, Mylaine, Catherine Lamoureux-Lamarche, Véronique Deslauriers; Djamal Berbiche, Maude Laberge; Mélanie Ann Smithman, Annie Talbot, Isabelle Gaboury, Marie-Pascale Pomey; et Marie Beauséjour. 2024a. « Determinants Associated with Receiving a Medical Appointment through the Primary Care Access Points for Unattached Adults in Quebec: A Cross-sectional Study ». *Healthcare Management Forum* 38 (3): 178-185. <https://doi.org/10.1177/08404704241301773>
- Breton, Mylaine, Jean-Frédéric Lévesque, Raynald Pineault et William Hogg. 2011. « Primary Care Reform: Can Quebec's Family Medicine Group Model Benefit from the Experience of Ontario's Family Health Teams? » *Health Policy* 7 (2): e122-e135. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23115575/>
- Breton Mylaine, Jennissa Gagne et Fortuné Gankpe. 2014. « Implementing Centralized Waiting Lists for Patients without a Family Physician in Québec ». *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé*, 2 (1): 5. DOI: <http://dx.doi.org/10.13162/hro-ors.02.01.05>
- Breton, Mylaine, Véronique Deslauriers, Catherine Lamoureux-Lamarche, Mélanie Ann Smithman, Carine Sauvé, Marie Beauséjour, Maude Laberge, Aude Motulsky et Marie-Pascale Pomey. 2024B. « Organizational Innovations Related to Primary Care Access Points (GAP) for Unattached Patients in Quebec: A Multi-case Qualitative Study ». *BMC primary care* 25 (1): 363. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02614-y>
- ICIS. 2024. « Mesurer l'accès aux soins primaires en fonction de l'utilisation des services d'urgence ». <https://www.cihi.ca/en/primary-and-virtual-care-access-emergency-department-visits-for-primary-care-conditions/measuring-primary-care-access-through-emergency-department-use>
- Contandriopoulos, Damien et Astrid Brousselle. 2010. « Reliable in Their Failure: An Analysis of Healthcare Reform Policies in Public Systems ». *Health Policy* 95 (2-3): 144-152.
- Contandriopoulos, Damien et Michael R. Law. 2021. « Policy Changes and Physicians Opting out from Medicare in Quebec: an Interrupted Time-series Analysis ». *CMAJ* 193 (7): E237-E241. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.201216>
- Corriveau, Benoît, Mylaine Breton, Neb Kovacina et Tara Kiran. 2023. « Examining Quebec's Primary Care: Challenges, Solutions and Patient priorities ». Université McGill : Département de médecine familiale. <https://www.mcgill.ca/familymed/article/examining-quebecs-primary-care-challenges-solutions-and-patient-priorities>
- DeMore, Jamie. 2017. « Bill 20: Improvement of Access to Healthcare or Mass Exodus? » *McGill Journal of Medicine* 16 (11).
- Dunkley-Hickin, Catherine. 2013. « Effects of Primary Care Reform in Quebec on Access to Primary Health Care Services [mémoire de maîtrise] ». Université McGill, Département d'épidémiologie et de biostatistique.
- Falk, Will et Rosalie Wyonch. 2025a. « Conceptualizing Primary Care as a Public Education System ». Intelligence Memo. Toronto : Institut C.D. Howe. 8 janv. <https://cdhowe.org/publication/conceptualizing-primary-care-as-a-public-education-system/>

- . 2025b. « Ontario Needs a Primary Care Allocation Model to Ensure Universal Coverage ». Intelligence Memo. Toronto : Institut C.D. Howe. 21 avril. <https://cdhowe.org/publication/ontario-needs-a-primary-care-allocation-model-to-ensure-universal-coverage/>
- . 2025c. « Landscape of Virtual Care and the Primary Care Access Gap ». Intelligence Memo. Toronto : Institut C.D. Howe. 12 mai. <https://cdhowe.org/publication/landscape-of-virtual-care-and-the-primary-care-access-gap/>
- FMOQ. 2022. « Mémoire de la FMOQ présenté au Comité permanent de la santé à la Chambre des communes ». <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Brief/BR11724969/br-external/FederationDesMedecinsOmnipraticiensDuQuebec-10604888-e.pdf>
- Fierlbeck, Katherine. 2024. *The Scope and Nature of Private Healthcare in Canada*. Commentaire 651. Toronto : Institut C.D. Howe.
- . 2025. *Reinterpreting the Canada Health Act: The 2025 “Holland Letter” and What it Means for Healthcare in Canada*. Commentaire 684. Toronto : Institut C.D. Howe.
- Fierlbeck, Katherine et Peter Berman. 2025. « Is There a Third Way for Healthcare in Canada? » *Longwoods Healthcare Papers* 23 (1): 8–19. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2025.27648>
- Fitzsimon, Jonathan, Antoine St-Amant, Michael E Green, Richard H Glazier, Anastasia Gayowsky, Kamila Premji, Eliot Frymire, et Lise M Bjerre. 2025. « Primary Care Unattachment: Impact on Mortality, Hospitalizations and Costs ». Pré-impression avec *The Lancet*. <https://ssrn.com/abstract=5549100>
- Forget, Claude E. 2014. *The Case of the Vanishing Quebec Physicians: How to Improve Access to Care*. Commentaire 410. Toronto : Institut C.D. Howe.
- Fortin, Bernard, Josette Gbeto, Justin Ndoutoumou et Maude Laberge. 2025a. « Yes, Family Doctors Do Move to Remote Areas. Here’s How ». CIRANO. <https://cirano.qc.ca/files/publications/2025PJ-04.pdf>
- Fortin, Bernard, Justin Ndoutoumou, Josette Gbeto et Maude Laberge. 2025b. Impact des mesures incitatives et coercitives sur le lieu de pratique des nouveaux médecins de famille (2025RP-02, Projects Reports, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/QRJ3343>
- García-Prado, Ariadna, et Paula Gonzalez. 2007. « Policy and Regulatory Responses to Dual Practice in the Health Sector ». *Health Policy* 84 (2–3): 142–152.
- Giesen, Paul, Marleen Smits, Linda Huibers, Richard Grol, et Michel Wensing. 2011. « Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review ». *Ann Intern Med*, 155(2):108–13. DOI: <https://10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00006>
- Gladu, François-Pierre. 2007. « Perceived Shortage of Family Doctors in Quebec. Can We Do Something about it? » *Canadian Family Physician* 53 (11): 1858–1860.
- Haggerty, Jeannie L., Raynald Pineault, Marie-Dominique Beaulieu, Yvon Brunelle, Josée Gauthier, François Goulet et Jean Rodrigue. 2007. « Room for Improvement: Patients’ Experiences of Primary Care in Quebec before Major Reforms ». *Canadian Family Physician* 53 (6): 1056–1057. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1949223/>
- Hargreaves, Sally. 2002. « Government Makes U Turn on Private Practice Ban ». *BMJ* 324 (7352): 1473. DOI: <https://10.1136/bmj.324.7352.1473/a>
- Hutchison, Brian, Jean-Frederic Levesque, Erin Strumpf, et Natalie Coyle. 2011. « Primary Health Care in Canada: Systems in Motion ». *Milbank Quarterly* 89 (2): 256–288. doi: <https://10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>
- Hutchison, Brian, Julia Abelson, et John Lavis. 2001. « Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change ». *Health affairs* 20 (3): 116–31. DOI: <https://10.1377/hlthaff.20.3.116>
- King, Caroline, M. Ruth Lavergne, Kimberlyn McGrail, et Erin Strumpf. 2025. « The Effect of Enrolment Policies on Patient Affiliation to a Family Physician: A Quasi-experimental Evaluation in Canada ». *Health Policy* 156: 105313. June. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105313>

- Kralj, Boris, Rabiul Islam, et Arthur Sweetman. 2024. « Long-term Trends in the Work Hours of Physicians in Canada ». *CMAJ* 196 (11): E369-E376. <https://doi.org/10.1503/cmaj.231166>
- Laberge, Maude et Myriam Gaudreault. 2019. « Promoting Access to Family Medicine in Québec, Canada: Analysis of Bill 20, Enacted in November 2015 ». *Health Policy* 123 (10): 901-905. DOI: <https://10.1016/j.healthpol.2019.08.003>.
- LaPorte, Audrey et Sara Allin. « We Should Not Settle for Mediocre Medicare ». *Longwoods Healthcare Papers* 23 (1): 5-6. DOI: <https://10.12927/hcpap.2025.27649>
- Levesque, Jean-Frédéric, Jeannie L Haggerty, William Hogg, Frederick Burge, Sabrina T Wong, Alan Katz, Dominique Grimard, Jan-Willem Weenink, et Raynald Pineault. 2015. « Barriers and Facilitators for Primary Care Reform in Canada: Results from a Deliberative Synthesis across Five Provinces ». *Healthcare Policy* 11 (2): 44-57.
- Levesque, Jean-Frédéric, Raynald Pineault, Dominique Grimard, Frederick Burge, Jeannie Haggerty, William Hogg, Alan Katz et Sabrina Wong. 2012b. « Looking Backward to Move Forward: A Synthesis of Primary Health Care Reform Evaluations in Canadian Provinces ». Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Institut national de santé publique du Québec.
- Levesque, Jean-Frédéric, Raynald Pineault, Marjolaine Hamel, Danièle Roberge, Costas Kapetanakis, Brigitte Simard et Alexandre Prud'homme. 2012a. « Emerging Organisational Models of Primary Healthcare and Unmet Needs for Care: Insights from a Population-based Survey in Quebec Province ». *BMJ Open* 13: e068666. DOI: <https://10.1136/bmjopen-2022-068666>
- Levesque, Jean-Frédéric, Raynald Pineault, Sylvie Provost, Pierre Tousignant, Audrey Couture, Roxane Borgès Da Silva et Mylaine Breto. 2010. « Assessing the evolution of primary healthcare organizations and their performance (2005-2010) in two regions of Québec province: Montréal and Montérégie ». *BMC Family Practice* 11: 95. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-95>
- Martin, Elisabeth. 2025. « Just Out of the Starting Blocks: Advancing Province-Wide Integrated Health and Social Services Governance in Quebec ». *HealthcarePapers* 23(2): 66-71. doi: <https://10.12927/hcpap.2025.27697>.
- Moghri, Javad, Mohammad Arab, Arash Rashidian et Ali Akbari Sari. 2016. « Physician Dual Practice: A Descriptive Mapping Review of Literature ». *Iran J Public Health* 45 (3):278-288.
- Myran, Daniel, Maya Gibb, Kamila Premji, Clare Liddy et Claire Kendall. 2025. « Increased Proportion of Family Medicine Residents Did Not Want to Be Family Physicians ». *Canadian Family Physician* 71 (6): 383-387. <https://doi.org/10.46747/cfp.7106383>
- Peckham, Allie, Julia Ho et Gregory Marchildon. 2018. « Policy Innovations in Primary Care across Canada ». Toronto: North American Observatory on *Health Systems and Policies*. Rapid Review (No. 1).
- Pineault, Raynald, Jean-Frédéric Levesque, Danièle Roberge, Marjolaine Hamel, Paul Lamarche et Jeannie Haggerty. 2009. « L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec ». Montreal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique, Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne. <https://www.inspq.qc.ca/en/publications/911>
- Pineault, Raynald, Roxane Borgès Da Silva, Sylvie Provost, Mylaine Breton, Pierre Tousignant, Michel Fournier, Alexandre Prud'homme et Jean-Frédéric Levesque. 2016. « Impacts of Québec Primary Healthcare Reforms on Patients' Experience of Care, Unmet Needs, and Use of Services ». *Int J Family Med*. doi: <https://10.1155/2016/8938420>
- Plé, Hélène, Mamadou Diop, Sergio Cortez Ghio et Mike Benigeri. 2024. « Portrait – Comparison of the Use of Primary Care Medical Services by People Registered and Those Not Registered with a Family doctor, According to Their Health Profile ». Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Québec : 38 p.

- Pomey, Marie-Pascale, Elisabeth Martin, et Pierre-Gerlier Forest. 2013. « Quebec reforms from Rochon to Couillard: The long and winding road ». *Paradigm freeze: Why it is so hard to reform health care in Canada* (pp. 113–46). McGill-Queen's University Press.
- Quesnel-Vallée, Amélie et Renée Carter (2018). « Improving accessibility to services and increasing efficiency through merger and centralization in Québec ». *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé*, 6(1), Article 2. <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v6i1.3216>
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). 2025. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/en/citizens/health-insurance/professionals-offering-covered-services>
- Richards, John. 2024. « Addressing the Crisis in Access to Primary Care: A Targeted Approach ». E-brief. Toronto: C.D. Howe Institute.
- Smits, Marleen, Martijn Rutten, Ellen Keizer, Michel Wensing, Gert Westert, et Paul Giesen. « The development and performance of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review ». *Annals of Internal Medicine*: 2017, 166(10), 737-742.
- Smithman, Mélanie Ann, Jeannie Haggerty, Isabelle Gaboury et Mylaine Breton. 2022. « Improved Access to and Continuity of Primary Care after Attachment to a Family Physician: Longitudinal Cohort Study on Centralized Waiting Lists for Unattached Patients in Quebec, Canada ». *BMC Primary Care* 23: 238.
- Strumpf, Erin. 2014. « L'évaluation des groupes de médecine de famille (GMF) », dans *L'Évaluation Économique et la Recherche sur les Services de Santé*, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, Paris, France.
- Strumpf, Erin, Jean-Frédéric Levesque, Natalie Coyle, Brian Hutchison, Marsha Barnes et Robert J. Wedel. 2012. « Innovative and Diverse Strategies Toward Primary Health Care Reform: Lessons Learned from the Canadian Experience ». *The Journal of the American Board of Family Medicine* 25 (Suppl 1) S27-S33. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.110215>
- Tan, Stefanie, Julie Farmer, Monika Roerig, et Sara Allin, 2023. « Primary Care Governance and Financing: Models and Approaches ». *North American Observatory on Health Systems and Policies. Rapid Review no 37*. <https://www.ihe.ca/advanced-search/primary-care-governance-and-financing-models-and-approaches>
- Tourigny, André, Michele Aubin, Jeannie Haggerty, Lucie Bonin, Diane Morin, Daniel Reinharz, Yvan Leduc, Michele St-Pierre, Nathalie Houle, Anik Giguère, Zohra Benounissa et Pierre-Hugues Carmichael. 2010. « Patients' Perceptions of the Quality of Care after Primary Care Reform ». *Canadian Family Physician* 56 (7): e273-e282.
- Vedel, Isabelle, Michele Monette, François Beland, Johanne Monette et Howard Bergman. 2011. « Ten Years of Integrated Care: Backwards and Forwards. The Case of the Province of Québec, Canada ». *International Journal of Integrated Care Ed* (Special 10th Anniversary Edition): e004. <https://doi.org/10.5334/ijic.574>
- Vérificateur Général du Québec. 2015. « Groupe de médecine de famille et Cliniques-réseau, Services de première ligne dans le réseau de la santé et des services sociaux. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016 ». Vérification de l'optimisation des ressources Services de première ligne dans le réseau de la santé et des services sociaux. Gouvernement du Québec.
- . 2020. « Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021 ». [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq-automne-2020\\_web.pdf](https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq-automne-2020_web.pdf)
- . 2021. « Rémunération des médecins : conception et gestion des nouvelles ententes. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021 ». [https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/174/32347\\_vgq\\_ch06\\_juin-2021\\_web.pdf](https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/174/32347_vgq_ch06_juin-2021_web.pdf)

- 
- Wankah, Paul, Mylaine Breton, Alexandra Lukey, Isabelle Gaboury, Mélanie Ann Smithman, Marie-Élaine Malo et Nelly Oelke. 2022. « Shaping Primary Health Care Teams and Integrated Care in Québec: An Overview of Policies (2000-2020) ». *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé* 10 (1). DOI: <https://10.13162/hro-ors.v10i1.4691>
- Wittevrongel, Krystle, et Maria Lily Shaw. 2022. « A Prescription for Quebec’s Doctor Shortage ». IEDM.
- Wyonch, Rosalie. 2021. *Help Wanted: How to Address Labour Shortages in Healthcare and Improve Patient Access*. Commentaire 590. Toronto : Institut C.D. Howe.
- Organisation mondiale de la santé. 2024. « Governance of Dual Practice in the Public and Private Health Sectors ». <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096615>
- Young, Huguette. 2015. « Quebec reforms: necessary or overkill? » *Canadian Medical Association Journal* 187(9): E268. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5052>
- Zhang, Tingting. 2024. *The Doctor Dilemma: Improving Primary Care Access in Canada*. Commentaire 660. Toronto : Institut C.D. Howe.
- . 2025a. *Troubling Diagnosis: Comparing Canada’s Healthcare with International Peers*. Commentaire 673. Toronto : Institut C.D. Howe.
- . 2025b. « Quebec’s Bill 83 Risks Worsening the Healthcare Crisis ». Intelligence Memo. Toronto : Institut C.D. Howe. 21 février. <https://cdhowe.org/publication/quebecs-bill-83-risks-worsening-the-healthcare-crisis/>.

---

NOTES:

---

## PUBLICATIONS RÉCENTES DE L'INSTITUT C.D. HOWE

- Décembre 2025 Robson, William B.P., et Mawakina Bafale. *Canada's Investment Crisis: Shrinking Capital Undermines Competitiveness and Wages*. Commentaire 699 de l'Institut C.D. Howe.
- Novembre 2025 Kronick, Jeremy, Steve Ambler, et Thorsten Koepl. « Mandating the Impossible? Assessing Canada's Electric Vehicle Mandate for 2026 and Beyond. » E-Brief de l'Institut C.D. Howe.
- Novembre 2025 Livingston, Brian. « Mandating the Impossible? Assessing Canada's Electric Vehicle Mandate for 2026 and Beyond. » Document de travail de l'Institut C.D. Howe.
- Novembre 2025 Robson, William B.P. « Fiscal Fantasies: Four Incredible Projections in the November 2025 Federal Budget. » Verbatim de l'Institut C.D. Howe.
- Novembre 2025 Michaud, Pierre-Carl, et Bernard Morency. *Learning to Fly: How Canadians Can Navigate a More Complex Financial Landscape*. Commentaire 698 de l'Institut C.D. Howe.
- Novembre 2025 Laurin, Alexandre, et Nicholas Dahir. *The Clawback Trap: How Canada's Benefit System Can Undermine Work and Saving*. Commentaire 697 de l'Institut C.D. Howe.
- Octobre 2025 McPherson, Madeleine. *Powering the Federation: A Blueprint for National Electricity Integration in Canada*. Commentaire 696 de l'Institut C.D. Howe.
- Octobre 2025 Robson, William B.P., et Nicholas Dahir. *Making the Grade: The Fiscal Accountability Report Card for Canada's Senior Governments, 2025*. Commentaire 695 de l'Institut C.D. Howe.
- Octobre 2025 Caracciolo, Gherardo. *Pruning the Rulebook: Canada's Financial Regulatory Scorecard, Year Two*. Commentaire 694 de l'Institut C.D. Howe.
- Octobre 2025 Edwards, Gary. *Regulatory Reset: A Policy Roadmap for Expanding Financial Advice to Middle- and Lower-Income Canadians*. Commentaire 693 de l'Institut C.D. Howe.
- Septembre 2025 Leyton-Brown, Kevin, Cinda Heeren, Joanna McGrenere, Raymond Ng, Margo Seltzer, Leonid Sigal et Michiel van de Panne. « AI Is Not Rocket Science: Ideas for Achieving Liftoff in Canadian AI Adoption. » Verbatim de l'Institut C.D. Howe.

### APPUYEZ L'INSTITUT

Pour en savoir plus sur les façons d'appuyer le travail essentiel que fait l'Institut C.D. Howe sur les politiques publiques, en faisant un don ou en devenant membre, veuillez consulter le site internet suivant [www.cdhowe.org](http://www.cdhowe.org) ou téléphonez au 416-865-1904. Informez-vous sur les activités de l'Institut et sur la façon de faire un don à l'Institut. Vous recevrez un reçu pour votre don.

### UNE RÉPUTATION D'INDÉPENDANCE ET D'IMPARTIALITÉ

La réputation qu'a l'Institut C.D. Howe de réaliser des recherches indépendantes, rationnelles, et pertinentes sur les politiques publiques est sa plus grande fierté. Il s'agit du fondement même de sa crédibilité et de l'efficacité de ses travaux. L'indépendance et l'impartialité sont les valeurs qui orientent la recherche, qui guident les actions de son personnel et qui limitent les contributions financières qu'acceptent l'Institut.

Pour en savoir plus sur nos politiques indépendantes et non partisans voir [www.cdhowe.org](http://www.cdhowe.org).



INSTITUT

**C.D. HOWE**

110 rue, Yonge  
Toronto, Ontario  
M5C 1T4

Envoi de poste-publication  
Enregistrement n° 40008848