

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA COMMISSION PARLEMENTAIRE DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION SUR LE PROJET DE LOI 106

*Loi visant principalement à instaurer la
responsabilité collective et l'imputabilité des
médecins quant à l'amélioration de l'accès aux
services médicaux*

CSSS-016M

C. P. PL 106

Loi responsabilité collective imputabilité médecins
amélioration accès services médicaux

Par Mélanie Bourassa Forcier avec la collaboration de Simon Lapierre
En vue de la présentation du 28 mai 2025

Présentation

Détentrice de diplômes en droit (LL.L., LL.M., D.C.L.) ainsi qu'en politiques et économie de la santé (M.Sc.), Mélanie Bourassa Forcier¹ est professeure titulaire en droit public et en droit de la santé à l'École nationale d'administration publique (ENAP). Elle est également chercheuse Fellow au CIRANO. Étant membre du Barreau du Québec depuis 1999, elle agit aussi maintenant comme conseillère juridique externe pour le cabinet Ryan Affaires Publiques dans le cadre de dossiers ponctuels relatifs à la santé et aux enjeux autochtones.

Son parcours professionnel l'a amenée à occuper des fonctions d'analyste de politiques publiques au sein de plusieurs institutions, notamment l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ainsi qu'au ministère fédéral de l'Industrie. De 2019 à 2022, elle a assumé le rôle de vice-présidente puis de présidente par intérim du Conseil d'examen des prix des médicaments brevetés (CEPMB), où elle a été appelée à rencontrer des parties prenantes dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices de cet organisme.

Simon Lapierre, qui a révisé ce mémoire et préparé les annexes, est étudiant en droit à l'Université de Sherbrooke et auxiliaire de recherche.

Note de l'autrice : Ce mémoire est présenté en notre nom personnel et les opinions qui y sont exprimées ne sauraient lier en aucun cas ni l'ENAP, ni le CIRANO ni le cabinet Ryan Affaires Publiques et ses représentants. Je n'ai pas été consultée à titre de conseillère juridique par les clients de ce cabinet en lien avec le PL 106. En raison du court laps de temps conféré pour préparer ce mémoire, nous tenons à indiquer que nous avons tenté de présenter l'état de la littérature au meilleur de notre connaissance et que la recherche réalisée ne s'inscrit pas dans la réalisation des tâches de recherche financées qui reviennent au chercheur universitaire.

Nous déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêt, sauf celui d'être favorable à une saine gestion des finances publiques et à l'optimisation du système de santé québécois.

Remarques introductives, principaux constats et recommandations phares

Le projet de loi n° 106 (ci-après « PL 106 ») vise une réforme ambitieuse du cadre juridique encadrant la rémunération des médecins au Québec, particulièrement les omnipraticiens. Il propose notamment d'accentuer la part de capitation dans le mode de rémunération de cette catégorie de médecins qui sont présentement essentiellement rémunérés à l'acte et de lier la rémunération des médecins à des indicateurs de performance, ceci en intégrant un concept de responsabilité collective.

Constats majeurs

1. Un mode de rémunération à l'acte dépassé, source de détresse et d'inefficience

Le paiement à l'acte est le mode dominant chez les omnipraticiens québécois. S'il favorise le volume, il est associé à :

- Une **détresse professionnelle accrue**, particulièrement chez les **jeunes médecins** et les **femmes**, en raison de la pression de productivité, du manque de contrôle sur l'horaire, et d'un sens du travail souvent altéré. Ces éléments ont été passés sous silence par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec qui doit pourtant être inclusive et représenter tous ses membres ;
- Une **perte de sens clinique**, surtout dans un contexte de soins chroniques et de vieillissement de la population, qui exigent du temps, de la coordination et de la continuité.

Le modèle actuel de rémunération fragilise les vocations et nuit à l'attractivité de la pratique de première ligne. Il est jugé dépassé dans la majorité des systèmes publics modernes.

2. Les médecins omnipraticiens : un groupe médical encore exempt de réels mécanismes de suivi et reddition de comptes

Le médecin qui exerce en établissement, tout particulièrement le médecin spécialiste, voit déjà sa pratique substantiellement balisée notamment par des conditions d'octroi de statut et de privilèges, par des comités de pertinence des actes (si réellement actifs), par des processus internes d'amélioration de la qualité. À notre connaissance, les médecins omnipraticiens représentent un des seuls groupes du réseau qui ne soit toujours pas soumis à des obligations

formelles de performance, de suivi ou d'efficacité, malgré que leur rémunération représente des dépenses publiques de plus en plus importantes.

3. Une réforme imparfaite, mais nécessaire

Le PL 106, bien qu'imparfait et complexe, est un complément nécessaire à la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*² afin de rendre le système de santé plus efficace. Le PL 106 doit cependant:

- Être **simplifié** sur le plan législatif et administratif et éviter la représentation de tout zèle actuariel ou bureaucratique;
- Être **accompagné de garanties gouvernementales** pour assurer la capacité réelle des médecins à atteindre les cibles ;
- Prendre en compte la diversité des fonctions médicales (recherche, enseignement, temps partiel) et éviter de pénaliser ceux qui ne peuvent offrir une pratique à temps plein.

Recommandations phares

- Accroître la part de capitation tout en encadrant sa mise en œuvre ;
- Co-construire des indicateurs de performance pertinents avec les médecins et les autres acteurs (incluant les gestionnaires, les autres professionnels de la santé et les patient.es);
- Inclure des indicateurs non volumétriques, axés sur la valeur;
- Publier les données nécessaires à l'évaluation de la rémunération ;
- Reconnaître que la responsabilité collective exige aussi des engagements clairs de l'État ;
- Simplifier les mécanismes de calcul et de facturation.

Cela a-t-il été considéré?

- Imposition de prise en charge par les milieux cliniques (GMF et CLSC), 24h/24h, 7j/7j avec pénalités associées;
- Inclure des obligations de collaboration interprofessionnelle, en établissement et en clinique;
- Avis lorsqu'un patient pris en charge se présente à l'urgence pour une problématique P5 et P4 si ce patient n'a pu ou ne peut être vu par sa clinique;
- Rémunération progressive accentuée après 3 jours ETP;
- Bonus à la performance permettant aux médecins en clinique d'engager plus de personnel et de professionnels de la santé;
- Accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec;

² RLRQ, c. G-1.021

- Éviter d'imposer au patient.e l'obligation d'être impérativement vu dans le milieu clinique où il serait associé, le forçant à se rendre à l'urgence ou à ne pas consulter dans certaines circonstances.

Conclusion générale

Malgré le message public véhiculé, le PL 106 ne s'attaque pas aux médecins. Il propose une révision nécessaire du « contrat social » liant les médecins au public, en instaurant des règles claires, justes, modernes et alignées avec l'effort collectif d'imputabilité et d'efficience qui revient maintenant aux acteurs de l'administration publique.

Liste complète des recommandations

Recommandation #1 : Intégrer au PL 106 des garanties de la part du gouvernement afin de générer une réelle responsabilité collective des acteurs.

Recommandation #2 : Clarifier la portée de l'obligation de négocier du gouvernement.

Recommandation #3 : Mieux documenter la répartition du travail des médecins sans accroître la charge administrative ainsi que publier les données.

Recommandation #4 : Ne pas accroître la rémunération annuelle moyenne par équivalent temps plein (ETP) des médecins sans données additionnelles permettant d'affirmer que la dépense du gouvernement représente une saine gestion des fonds publics et qu'elle soit socialement acceptable.

Recommandation #5 : Maintenir l'accentuation de la part de capitation dans la rémunération des médecins omnipraticiens tel que le prévoit le PL 106.

Recommandation #6 : Assurer un suivi constant de la pertinence, de la classification et des activités associées à la capitation.

Recommandation #7 : Publier les données pertinentes afin de permettre des analyses externes.

Recommandation #8 : Éviter que les « codes de vulnérabilité » impactent négativement les efforts de prévention et de diagnostic.

Recommandation #9 : Consulter les médecins afin de « co-construire » les indicateurs de performance (un groupe pourrait être désigné par les fédérations).

Recommandation #10 : Limiter la charge administrative (qui ne doit pas être accrue par rapport à ce qu'elle est actuellement).

Recommandation #11 : Éviter les seuls indicateurs de volumétrie et favoriser l'élargissement du rôle de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Recommandation #12 : Exiger la publication de l'ensemble des données pertinentes et des évaluations systématiques de la performance.

Recommandations #13 : Réduire les codes de tarification à l'acte, assurer un calcul simple de la capitation, proposer un calcul simple du supplément.

Recommandation #14 : Favoriser l'auto-organisation et l'auto-régulation relativement à la responsabilité collective qui permet notamment (i) d'assurer la reconnaissance des activités essentielles des médecins autres que l'activité clinique comme la recherche et l'enseignement et (ii) la performance dans un contexte d'offre de services à demi-temps.

Recommandation #15 : Suivre la recommandation #1 de ce mémoire et intégrer la notion de responsabilité collective qui implique le gouvernement.

Table des matières

1. Réussite d'une politique publique : consultation et compromis.....	7
1.1 Défis de la consultation publique et de la « co-construction » des normes	7
1.2 Contours de l'obligation légale de négocier du gouvernement	9
2. Rémunération des médecins : état des lieux.....	14
2.1 Court historique du statut des médecins et du mode de rémunération	14
2.2 Croissance et ampleur de la rémunération des médecins.....	16
2.3 Limites du paiement à l'acte et bénéfices de la capitation.....	20
2.4 Limites de la capitation.....	22
3. Lier la rémunération à des indicateurs de performance.....	24
3.1 Obligation de bonne gestion des finances publiques du gouvernement	24
3.2 Situation actuelle : absence de suivis et de données permettant d'assurer la bonne gestion des sommes dédiées à la rémunération des médecins, aux GMFs et la reddition de compte.....	25
3.3 Intégration d'indicateurs de performance (« pay for performance » (P4P)	28
3.4 Complexité du modèle de rémunération, de la responsabilité collective et impact sur l'efficacité	32
3.5 Intégration du concept de responsabilité collective qui doit être mieux défini	34
Conclusion	37
Bibliographie.....	38
Annexes.....	44
Annexe I – Modèle de rémunération de la Colombie-Britannique.....	44
Annexe II – Type d'indicateurs utilisés dans les modèles de paiement à la performance	51

1. Réussite d'une politique publique : consultation et compromis

1.1 Défis de la consultation publique et de la « co-construction » des normes

Le concept de « nouvelle gouvernance » en droit public invite les acteurs de l'administration publique à consulter les diverses parties prenantes et même à co-construire (ce qui nous rapproche de la négociation) avec elles les politiques publiques et les normes. De façon générale, la réceptivité aux nouvelles politiques et normes sera accrue si les acteurs touchés ont participé à leur élaboration.

Différents facteurs pourront positivement impacter l'efficacité et la réussite d'un processus de consultation. Notamment, dans ce contexte, il est admis qu'une partie prenante au processus de consultation ne devrait pas faire l'objet de privilèges au détriment d'une autre (Bourassa Forcier et Talbot, 2025; Cazal, 2011).

Nécessairement, le principal défi dans un contexte de consultation qui vise une certaine « co-construction » est certainement celui de l'agrégation de préférences et de la participation équilibrée des acteurs concernés (Bourassa Forcier, 2010). Or, il ressort de la littérature, tant grise que scientifique (Bourassa Forcier et al, 2014), que l'atteinte de cet objectif, en pratique, est particulièrement difficile, chacune des parties ne disposant pas des mêmes pouvoirs et influences dans les processus établis.

L'autre niveau de difficulté réside dans la latitude réelle des parties prenantes influentes, comme les associations, à faire preuve de compromis dans le contexte de consultations compte tenu de leur obligation de représenter l'ensemble des intérêts de leurs membres. Cet état de situation fait en sorte que les décideurs publics se retrouvent souvent confrontés, dans le contexte de consultations publiques, à entendre des critiques et des demandes de parties prenantes sans réelles propositions représentant un compromis pour ces dernières, le compromis devant, plus souvent qu'autrement, provenir du gouvernement et des autres parties prenantes (Bourassa Forcier et Talbot, 2025).

Les discussions et sorties publiques relatives au PL 106 confirment les défis associés à une réelle co-construction d'une politique publique qui vise à optimiser la performance du système de santé. Bien que les négociations actuelles avec les fédérations de médecins soient opaques, la prise en compte des informations rendues publiques sur le site du Conseil du

trésor (2025) et des sorties médiatiques des principales parties intéressées nous permettent de présumer, au risque de nous tromper, que les parties à cette négociation sont campées sur leurs positions respectives ce qui rend toute co-construction impossible. (Bourassa Forcier et Talbot, 2025).

Nous notons que les grandes lignes du PL 106 ont bien été présentées aux fédérations dans le cadre de la négociation avec le Conseil du trésor, avant la publication du PL 106. À la lecture des médias, nous comprenons que les fédérations de médecins refusent d'être associées à des acteurs non performants du fait qu'ils attribuent leur « non-performance » alléguée par le gouvernement à son incapacité à leur permettre d'être performants dans la structure actuelle du réseau et en raison du manque de ressources humaines et matérielles.

Il nous est impossible de saisir dans quelle mesure la reconnaissance d'une part de responsabilité des médecins dans la performance du système de santé pourrait survenir si le gouvernement attestait de certaines garanties non liées à la rémunération.

À tout événement, dans la mesure où les fédérations sont prêtes au compromis, il est envisageable que la réussite du PL 106 puisse être favorisée si le gouvernement y intégrait une réelle notion de responsabilité collective où des garanties seraient offertes comme, par exemple: (1) l'allègement de la charge administrative liée au fonctionnement instable et complexe des systèmes informatiques; (2) la consécration législative d'une garantie de soins à l'intérieur de délais raisonnables (cette garantie devrait d'ailleurs normalement être obligatoire depuis l'arrêt *Chaoulli* de la Cour suprême du Canada³ (Bourassa Forcier, 2024)); (3) l'accès garanti aux salles et plateaux d'opération afin de pouvoir répondre aux indicateurs de performance imposés aux médecins spécialistes; et (4) l'engagement de légiférer (ou de déléguer à Santé Québec) en lien avec le « no-show » de patients dans le contexte où le report d'un rendez-vous est facile (ex. par message texte ou par téléphone, mais sans devoir parler à humain).

³ *Chaoulli c. Québec (Procureur général)*, [2005] 1 R.C.S. 791, 2005 CSC 35

Recommandation #1 : Intégrer au PL 106 des garanties de la part du gouvernement afin de générer une réelle responsabilité collective des acteurs.

1.2 Contours de l'obligation légale de négociier du gouvernement

Note : cette partie ne représente pas une opinion juridique. Nous avons préparé ce segment après avoir consulté des collègues membres du Barreau, dont un constitutionaliste et un avocat de droit public de grands cabinets. La portée réelle de l'obligation de négociier toutes les conditions de rémunération des médecins n'a pas encore été vérifiée par les tribunaux et mériterait possiblement de l'être.

Fréquemment les fédérations de médecins ont affirmé, dans le contexte de projets de loi imposant des restrictions à la pratique des médecins, le non-respect du gouvernement de son obligation de négociier, menaçant alors de se rendre devant les tribunaux (voir les différentes sorties médiatiques notamment en lien avec le PL 15⁴, le PL 83⁵ et le PL 106).

L'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (ci-après « LAM »)⁶ est modifié par le PL 106 pour y intégrer la possibilité pour le ministre de la Santé et des Services sociaux (ci-après le « Ministre ») de prévoir, par règlement, les modes de rémunération des médecins (article 7 du PL 106).

L'article 19 de la LAM prévoit que le Ministre « peut », suivant l'approbation du Conseil du trésor, conclure une entente avec les fédérations de médecins. Notons que, depuis les dernières années, la « charge » de négociier avec les fédérations a été déléguée au Conseil du trésor.

L'article 19 de la LAM, contrairement à la perception qui semble assez généralisée au sein de la communauté médicale, n'impose aucune obligation de négociation au gouvernement. Qui plus est, le paragraphe 8 de cet article prévoit qu'à défaut d'entente pour déterminer la rémunération, le Conseil du trésor peut adopter un règlement qui tient lieu d'une telle entente et ainsi fixer la rémunération. Cela n'est évidemment pas souhaitable.

⁴ Projet de loi n° 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

⁵ Projet de loi n° 83, Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux.

⁶ RLRQ, c. A-29.

Le dernier paragraphe de cet article est par ailleurs explicite quant aux statuts des professionnels soumis à une entente qui en découlerait : les dispositions du *Code du travail*⁷ et de la *Loi sur les normes du travail*⁸ leur sont non applicables, même dans le contexte de l'exercice au sein d'un établissement de santé.

Étant donc non statutaire, l'obligation de négocier du gouvernement ne pourra ainsi découler que d'obligations contractuelles (où le gouvernement s'engage à négocier) ou de l'application des Chartes. Nous nous concentrons ici sur la *Charte canadienne des droits et libertés* (ci-après la «Charte»)⁹ qui confère ainsi, à son article 2d), le droit à la liberté d'association.

Nous n'avons pas malheureusement pas eu le temps de passer à travers les multiples ententes de rémunérations qui lient le gouvernement aux fédérations. Dans la mesure où ces ententes ne prévoient pas d'obligation de négocier dans un contexte tel que celui associé au PL 106, il nous faut nous pencher sur la Charte.

Depuis l'arrêt *Saskatchewan Federation of Labour c. Saskatchewan* [2015] 1 RCS 245, il est largement reconnu que la liberté d'association (2d)) doit être associée à l'obligation de négocier de **l'employeur** (ceci confirmait ainsi l'arrêt *Health Services and Support - Facilities Subsector Bargaining Assn. c. Colombie-Britannique*, [2007] 2 RCS 391). Cet arrêt ne peut toutefois être lu en faisant abstraction de la raison sous-jacente à cette obligation qui, essentiellement, découle de l'historique des relations **employeur-employé**. Traditionnellement, l'employeur est avantagé par le **lien de subordination** qui le lie à l'employé et qui place ce dernier dans une position de vulnérabilité certaine sans qu'une obligation de négocier des conditions de travail (**facteur humain**) ne revienne à l'employeur. Cette obligation permet ainsi de mieux équilibrer le rapport de force entre l'employeur et l'employé dans ce contexte.

Bien que de plus amples analyses seraient pertinentes, l'arrêt *Authorson c. Canada* [2003] 2 RCS 40, quant à lui, porte à croire que cette obligation de négociation ne concernerait pas les droits économiques bien que ces derniers interviennent habituellement dans le contexte de

⁷ RLRQ, c. C-27.

⁸ RLRQ, c. N-1.1.

⁹ Partie I de la Loi constitutionnelle de 1982 [annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada, 1982, c. 11 (R.-U.)]

négociation des conditions de travail. Une interprétation contraire pourrait en fait générer une Charte « à deux vitesses », les droits économiques d'individus n'étant pas reconnus, mais ceux de membres d'associations l'étant par le truchement de l'interprétation large de l'article 2d) de la Charte.

La décision la plus récente à considérer, pour les fins d'analyse de l'obligation de négociation du gouvernement avec des professionnels de la santé qui ne sont pas des employés du réseau, est la décision du juge Alexander Pless de la Cour supérieure du Québec (*Association des chirurgiens dentistes du Québec c. Ministre de la Santé et des Services sociaux*, 2024 QCCS 241). À notre connaissance, bien que des analyses additionnelles soient requises, cette décision n'a fait ni l'objet de suivi ni n'a été citée dans un contexte pertinent à notre analyse du PL 106. Dans cette décision, le juge Pless met bien en garde le lecteur :

[58] **La jurisprudence relative à la Charte enseigne également que l'application d'un droit est un exercice hautement contextuel.** Les droits garantis par la Charte n'existent pas dans un vide factuel. **L'analyse de la Charte est spécifique aux faits d'un litige et ne devrait jamais être effectuée en dehors d'un contexte factuel testé de façon rigoureuse.** L'une des justifications importantes de cette restriction est qu'une analyse qui n'est pas fondée sur un contexte factuel minutieusement testé risque de limiter de manière inappropriée les droits garantis par la Charte, car le tribunal ne peut pas apprécier pleinement l'impact qu'une situation hypothétique peut avoir lorsqu'elle se concrétise en réalité.

[59] **Le contexte dans lequel un droit est revendiqué a donc une influence significative sur l'étendue de la protection dans un cas donné. Il est important que le contexte social, politique et juridique dans lequel un droit est revendiqué soit pris en considération.** (Nos emphases)

Avec justesse, le juge Pless précise que le droit d'association prévu à l'article 2d) de la Charte appartient à tous et chacun et est ainsi indépendant d'une relation employeur-employé (comme dans le contexte de la décision *Saskatchewan*). Le droit d'association consacre ainsi le droit à tous et toutes (employés, travailleurs, individus, etc.) de s'associer. Comme le souligne bien le juge Pless, l'alinéa 2d) vise à protéger l'action collective de personnes en vue de réaliser des objectifs communs.

Quant au droit de négociation, le juge Pless indique :

[69] (...) La Cour suprême reconnaît d'ailleurs que les conditions requises pour qu'il y ait une véritable négociation collective « varient en fonction de la culture du secteur d'activités et du milieu de travail en question ». Il appartient au législateur de choisir un modèle de négociation collective qu'il juge approprié selon la nature de la négociation et l'association. Aucun modèle n'est constitutionnalisé. La jurisprudence exige seulement que le modèle permette une véritable négociation efficace.

Ce qui est intéressant est que l'ensemble des décisions sur lesquelles s'appuie ici le juge Pless sont des décisions concernant des employés en contexte de contrat de travail. À la lecture de l'arrêt *Saskatchewan*, nous comprenons que, réside là, tout le raisonnement sous-jacent permettant d'alléguer que l'article 2d) de la Charte comprend une obligation de négociation. L'interprétation large du droit d'association, comme englobant un droit de négociation en contexte de prestation de services par des travailleurs autonomes, nous apparaît ouvrir une porte importante à l'imposition d'une obligation de négociation du gouvernement avec toute association. La relation gouvernement-médecins s'inscrit dans un contexte de prestation de services et non pas dans un contexte de relation de travail où l'employeur détient un pouvoir de subordination important et où le rapport de force doit être équilibré (comme l'enseigne l'arrêt *Saskatchewan*).

Finalement, il est possiblement pertinent de rappeler que le gouvernement s'est vu reconnaître la pouvoir d'imposer des Plans Territoriaux d'Effectifs Médicaux (PTEM – anciennement les « PREM ») et des Activités Médicales Particulières (AMP) aux médecins. Ceci a notamment été confirmé dans la décision *Roper c. Procureur général du Québec*, 2022 QCCS 3335 de la Cour supérieure du Québec (appel rejeté). Dans cette décision, le juge Poulin rappelle que la force d'un système de santé repose sur la qualité de l'organisation de la première ligne :

[11] Personne ne conteste l'importance pour le système de santé public d'offrir aux citoyens un service médical de première ligne adéquat.

[12] (...) les services de première ligne constituent le premier point de contact avec le système de soins de santé. Ils permettent de fournir directement les services de santé primaires requis, de

coordonner les services de soins fournis aux patients pour en assurer la continuité et de faciliter leur cheminement au sein du système de santé lorsque des soins spécialisés sont requis.

[13] (...) les études démontrent que de nombreux impacts positifs sont attribuables au suivi prodigué par un médecin de famille. La population obtient un meilleur accès aux soins requis, la prévention est à l'avant-plan, les problèmes de santé sont dépistés et gérés plus efficacement et des hospitalisations peuvent être évitées, incluant des décès en milieu hospitalier, pour n'en nommer que quelques-uns. (...) une augmentation d'un omnipraticien de première ligne par 10 000 habitants est associée à une réduction de la mortalité de 5,3 %, ou de 49 personnes par 100 000 habitants par année. Les taux sont encore plus importants si on ne tient compte que de la population gériatrique. (..._ une étude qui démontre que la mortalité de patients affligés d'un cancer du poumon peut être augmentée de 25 % à défaut d'avoir bénéficié d'un suivi par un médecin de famille (...)

Les pouvoirs législatifs conférés au ministre (et maintenant certains à Santé Québec), quant à l'imposition de « conditions de travail » en lien avec les PTEM et les AMP nous portent à relativiser l'obligation de négociation qui pourrait incomber au gouvernement en lien avec le PL 106 (qui prévoit que les cibles de performance pourront être négociées, comme les PTEM peuvent aussi être régis par entente).

Malgré ce qui précède, vu la récurrence de la menace de poursuites judiciaires de la part des fédérations pour défaut du gouvernement de respecter ses obligations de négociation, il serait hautement pertinent de clarifier l'état du droit à ce sujet.

Cela dit, comme précédemment mentionné, nous rappelons que l'effectivité de toute politique publique s'accroît lorsqu'elle découle d'un exercice de consultation efficient plutôt que lorsqu'elle est imposée.

Recommandation #2 : Clarifier la portée de l'obligation de négocier du gouvernement.

2. Rémunération des médecins : état des lieux

Le PL 106 vise une réforme du mode de rémunération des médecins et un meilleur suivi de la valeur associée à la dépense. Il nous apparaît représenter un premier pas vers une amélioration de la performance du système de santé, où le médecin joue un rôle clé. Nous reconnaissons que d'autres acteurs doivent mettre l'épaule à la roue, dont le gouvernement, afin de favoriser le succès de ce premier pas.

2.1 Court historique du statut des médecins et du mode de rémunération

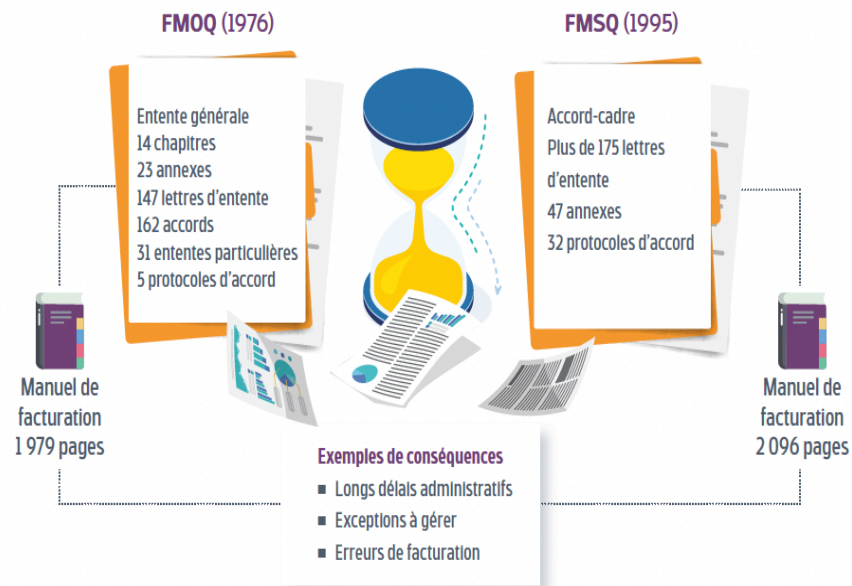
Depuis des années les gouvernements ont tenté de limiter, voire d'éliminer, le modèle du paiement à l'acte des médecins. De nombreuses études, auxquelles nous référons plus loin, ont bien mis en évidence les difficultés liées à ce modèle de rémunération auquel les médecins n'ont jamais accepté de renoncer (Facal, 2006). Ce modèle, nous y reviendrons, favorise certes le volume d'actes, mais sans égard à la pertinence de l'acte pour le patient.

Dans leur livre « L'indomptable mammoth » les auteurs Pascal Mailhot et Marie-Michèle Sioui font particulièrement bien ressortir les levées de boucliers systématiques des fédérations de médecins dès que les gouvernements ont souhaité toucher à leur rémunération ou au mode de rémunération. La forte présence médiatique actuelle des fédérations n'est pas nouvelle et est ainsi récurrente. Dans le passé, la pression des fédérations s'est même accompagnée de menaces d'arrêt de services. Ainsi, compte tenu de la dépendance du patient et de l'État envers les médecins (marché imparfait), aucune réforme n'a pu modifier substantiellement le mode de rémunération des médecins, pas même celle de 1970. Castonguay disait d'ailleurs, comme le rapportent Mailhot et Sioui, que son plus grand regret fut celui de n'avoir pu résister à la pression provenant des médecins et d'avoir conservé le mode de paiement à l'acte dans le contexte de la création d'un système de santé public.

Le médecin au Québec est ainsi toujours travailleur autonome et majoritairement payé à l'acte.

Au fil du temps, tout changement à sa pratique s'est globalement accompagné de nouveaux tarifs de facturation de sorte que nous nous retrouvons avec des manuels de facturation parmi les plus complexes au monde. Le Vérificateur général (ci-après «VG») en fait bien état dans son rapport de 2021 :

FIGURE 3 Ententes négociées entre le gouvernement et les fédérations de médecins



Avec les années, il appert que les médecins ont développé la perception que seuls les actes « tarifés » représentaient un travail reconnu et donc, que tout le reste représentait un travail non rémunéré (ex : facturation, entrée de données) (Laberge et Tonde, 2025i). Cette perception explique certainement des tensions actuelles au sein de la profession où le médecin peut parfois considérer que jusqu'à 30% de sa pratique est non rémunérée parce qu'elle n'est pas associée à un acte facturable.

Or, la littérature est claire : le paiement à l'acte, à la base, devrait en fait représenter un paiement à forfait pour l'acte et pour tout le volet administratif qui doit l'accompagner. Le gouvernement a possiblement contribué à générer cette perception biaisée d'un mode de rémunération qui est en fait, plus englobant que l'acte lui-même, en reconnaissant contractuellement des tarifs pour de multiples tâches connexes et en finançant des changements de pratique, par exemple, l'intégration de systèmes informatiques, l'accompagnement d'infirmières praticiennes spécialisées, etc.

Par ailleurs, le profil de travailleur autonome du médecin est probablement unique au Québec.

De façon générale, aucun travailleur autonome au Québec ne peut bénéficier de ce statut (qui permet des déductions fiscales) si sa rémunération provient d'un seul payeur. Dans un tel cas, aux fins fiscales, il sera considéré comme un employé. Traditionnellement, c'est une fiction juridique qui permet au médecin d'être considéré comme travailleur autonome : ses clients sont les patients et le gouvernement est ainsi un tiers-payeur (comme un assureur) avec qui il négociera ses tarifs, par le biais de son association.

Le travailleur autonome, contrairement à l'employé, s'expose à des charges et risques importants : gestion administrative non compensée financièrement, précarité d'emploi, compétitivité du marché, absence d'avantages sociaux, etc.

Indéniablement, malgré son statut de travailleur autonome, le médecin bénéficie d'une certaine sécurité d'emploi, évolue dans un marché imparfait peu compétitif et où tant le patient que l'État sont dépendants de ses services. Nous soulignons toutefois que la pratique du médecin en établissement est beaucoup plus encadrée que celle du médecin évoluant en clinique de première ligne, ne serait-ce que par les conditions associées à l'octroi et à la perte de statuts et privilèges. Le non-respect de ces conditions pourrait ainsi entraîner le congédiement du médecin. Les médecins qui doivent pratiquer en établissement sont aussi soumis aux plans d'effectifs médicaux (PEM). Néanmoins, de façon intéressante, comme un employé, le médecin disposant de statuts et privilèges pourra bénéficier d'une certaine « garantie » d'emploi, selon ce qui est négocié, dans un contexte par exemple d'invalidité ou de congé de maladie.

2.2 Croissance et ampleur de la rémunération des médecins

Laberge et Tonde (2025i) indiquent qu'« au Québec, la rémunération des médecins de famille représente des dépenses de 3,6 milliards de dollars en 2021-2022, dont 72 % sous forme de paiement à l'acte et 28 % sous d'autres modes de rémunération ».

Michaud et al. (2025) dans leur étude portant sur l'évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec, soutiennent que :

« La croissance cumulée de la rémunération clinique totale des médecins québécois de 2010 à 2022 a été de 63 % chez les omnipraticiens et de 65 % chez les spécialistes, parmi les plus élevées au Canada (2e pour les omnipraticiens parmi les provinces, 4e pour

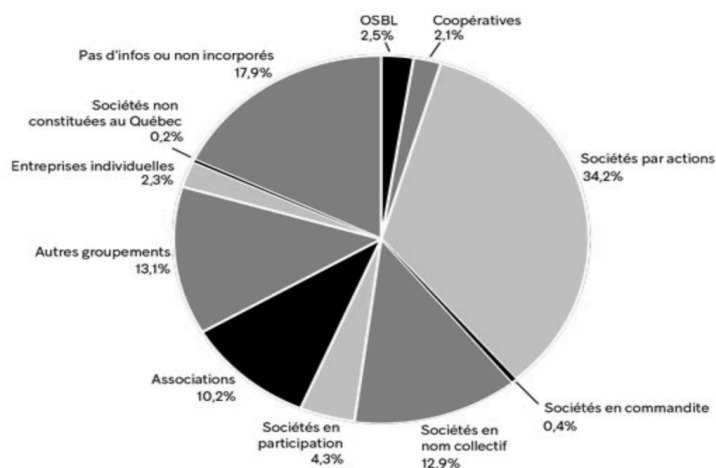
les spécialistes). **La croissance élevée de la rémunération au Québec** se démarque à l'échelle canadienne, en particulier au niveau de la rémunération à l'acte qui a crû à un rythme annuel moyen de 4,8 % chez les spécialistes et de 4,5 % chez les omnipraticiens.

La rémunération annuelle moyenne par équivalent temps plein (ETP) pour les **omnipraticiens au Québec était de 414 000 \$** en 2023, **la plus élevée au Canada une fois ajustée pour les différences de coût de la vie entre les provinces (2e sans cet ajustement)**. La rémunération des **spécialistes par ETP au Québec, à 548 000 \$**, était dans la moyenne canadienne et supérieure à la rémunération des spécialistes en Ontario une fois ajustée pour le coût de la vie. » (Nos emphases)

À cette rémunération s'ajoutent les **déductions fiscales** dont peuvent bénéficier les médecins en raison de leur admissibilité à l'incorporation. Peu de données sont disponibles à cet effet. Plourde (2022) estime que les pertes fiscales « provoquées par l'incorporation des médecins spécialistes s'élèvent à 172,5 millions de dollars, et celles causées par l'incorporation des médecins omnipraticien·ne·s sont de 80 millions de dollars, pour un total de 252,5 millions de dollars. ».

En 2022, le nombre de médecins incorporés était estimé entre 50% à 70%, les spécialistes étant plus nombreux à s'incorporer bien que la croissance d'incorporation des omnipraticiens ait été plus marquée depuis les dernières années (Plourde, 2022). Des médecins sont donc de petits commerçants (que cela plaise ou non comme association linguistique) en raison de cette incorporation. À titre d'exemple, en 2017, les formes d'entreprises des cliniques privées regroupées en GMFs étaient représentées comme suit par Plourde (2022ii) :

Formes d'entreprise des cliniques privées regroupées en GMF, 2017



Source : *Registre des entreprises du Québec, Données de 2017, compilées par Yves Lévesque.*

Soulignons que l'entité corporative pourra ou non être à but lucratif.

Selon Michaud et al. (2025), la hausse de la rémunération des médecins est directement liée à l'augmentation de la rémunération par ETP et non liée au volume d'acte :

La hausse de la rémunération au Québec depuis 2014 est principalement due à une augmentation de la rémunération par ETP, car la hausse des effectifs a été presque entièrement annulée par une baisse de l'intensité de pratique (ETP par médecin) chez les omnipraticiens et partiellement annulée chez les spécialistes. La rémunération des médecins depuis 2014 aurait crû en moyenne de 0,5 % par année de plus chez les spécialistes et de 1,7 % de plus chez les omnipraticiens si l'intensité de pratique était demeurée constante sur la période.

Les auteurs rapportent une diminution des actes depuis les dernières années, particulièrement chez les omnipraticiens :

L'indice de volume d'actes médicaux par médecin est en déclin sur la période à la fois pour les spécialistes et pour les omnipraticiens. La baisse relative pour les omnipraticiens atteint 26 % en 2023 par rapport à 2011. Chez les spécialistes, il y a davantage de variabilité avec certaines spécialités en hausse (ophtalmologie, psychiatrie et cardiologie) alors que les autres sont généralement en baisse.

Cet état de situation permet par ailleurs de mieux saisir les constats formulés par Strumpf (2025) dans son étude portant sur l'accès aux soins de première ligne :

Malgré de nombreuses initiatives et investissements majeurs visant à améliorer l'accès aux soins de première ligne, la proportion de Québécois qui déclarent ne pas avoir de prestataire de soins de première ligne est restée la plus élevée du pays, sans amélioration substantielle en vingt ans.

Laberge et Tondes (2025ii) en viennent aussi à des constats similaires :

L'augmentation des dépenses en première ligne a principalement bénéficié aux groupes de médecine de famille (GMF) et à la rémunération des médecins, sans améliorer l'accessibilité aux soins primaires. Entre 2020 et 2021, le transfert de 340 millions de dollars des Centres locaux de services communautaires (CLSC) vers les GMF a été associé à une réduction de 42 % des heures consacrées aux services sociaux et de 52 % des services psychosociaux.

En raison de l'absence de données sur la répartition réelle du travail des médecins (dédiée au réseau public de la santé), notamment liée au fait que leur rémunération est à l'acte, et donc associée à un acte médical, il nous est impossible d'évaluer, par exemple, dans quelle mesure la réduction des actes est le résultat de temps plus long consacré aux patients (si tel est le cas, il est indéniable que le paiement à l'acte n'est pas approprié) ou encore le résultat de charges administratives accrues ou encore le résultat d'un accès plus limité aux salles et plateaux d'opération.

Ce manque de données claires ne fait que refléter un désalignement plus profond entre les objectifs du gouvernement (qualité, coordination des soins, efficience) et les structures actuelles de gouvernance et de reddition de comptes. Marchildon & Sherar (2018) notent que ce flou structurel nourrit un climat où « les administrateurs et les médecins ont le sentiment de ne pas pouvoir intervenir ni contrôler, encourageant une relation antagoniste ». Autrement dit, tant que la rémunération versée à même les fonds publics n'est pas assortie de mécanismes d'évaluation transparents, il demeure difficile de vérifier si ces dépenses produisent réellement les bénéfices escomptés, que ce soit en matière de qualité, d'accessibilité ou d'efficience des soins. Tous et toutes ont intérêt, incluant les médecins, à obtenir les données requises à cette évaluation, ne serait-ce que par mesure d'amélioration de la qualité de la pratique et d'équité entre médecins.

Recommandation #3 : Mieux documenter la répartition du travail des médecins sans accroître la charge administrative ainsi que publier les données.

Recommandation #4 : Ne pas accroître la rémunération annuelle moyenne par équivalent temps plein (ETP) des médecins sans données additionnelles permettant d'affirmer que la dépense du gouvernement représente une saine gestion des fonds publics et qu'elle soit socialement acceptable.

2.3 Limites du paiement à l'acte et bénéfices de la capitation

L'ensemble des études, tant en matière économique qu'en matière de politiques publiques de santé, indique qu'aucun mode de rémunération (acte, capitation, salaire, à la performance) n'est optimal.

Tous et toutes reconnaissent (les expert.es) qu'un mode de rémunération mixte doit être privilégié afin de favoriser une prise en charge adéquate de la patientèle, ainsi que l'accès et la qualité des soins (Boulangier et al., 2025; Laberge et Tonde, 2025; Mitra et al., 2021; Constandriopoulos et al, 2019; Saint-Lary et al. 2015).

Paiement à l'acte

Chaque mode de rémunération présente des avantages et inconvénients. Il est aussi entendu par les experts que le mode de rémunération à l'acte favorise le volume au détriment de la qualité de l'acte.

Par ailleurs, malgré le discours public, il ressort de la littérature que **la détresse et la charge mentale que portent les médecins sont particulièrement associées au paiement à l'acte.**

De façon intéressante, plusieurs études associent le stress et la perte de sens à ce mode de paiement, tout particulièrement chez les omnipraticiens. (Galy et al., 2023; Mitra et al., 2021).

Une représentation inclusive des médecins par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec devrait certainement mieux mettre en lumière les limites du paiement à l'acte pour cette catégorie de membres. En effet, il ressort de la littérature que de plus en plus jeunes médecins adhèrent à un mode de rémunération plus fortement axé sur la capitation et rejettent un modèle de rémunération essentiellement basé sur l'acte, ce modèle étant considéré comme dépassé et ne permettant pas d'accorder un temps de qualité avec les patients, particulièrement dans le contexte contemporain où les maladies chroniques et le vieillissement de la population occupent

une partie importante de la pratique médicale en première ligne. (Mathews et al., 2024; Khullar, 2023; Mitra et al. 2021;)

Les femmes médecins manifesteraient aussi des préférences pour des modèles de rémunération non axés sur l'intensité et la rapidité des visites médicales comme l'est la rémunération à capitation, contrairement au paiement à l'acte. (Mathews et al., 2024; Khullar, 2023; Mitra et al., 2021)

Capitation

Le mode de rémunération par capitation implique le paiement d'un montant fixe par patient pour la prestation d'un « panier » de services par patient, le tout ajusté en fonction de facteurs, comme le niveau de vulnérabilité, la complexité du patient, son âge, etc. (Mitra et al, 2021). Ce mode de rémunération n'invite pas la duplication ou la multiplication non requise des actes médicaux et est habituellement considéré comme un moyen de mieux planifier les dépenses publiques en santé. La capitation, si bien encadrée, comporte ainsi le potentiel de réduire ces dépenses (Saint-Lary et al. 2015).

Les experts Boulanger, Groulx et Breton (Boulanger et al., 2025), mandatés par le MSSS afin d'identifier les moyens de soutenir l'élaboration de la première ligne, sont quant à eux plutôt catégoriques à l'égard des bénéficiaires de l'introduction de la capitation dans un contexte de rémunération mixte en première ligne :

Le développement de modèles de rémunération mixtes, où la capitation serait majoritaire, est vu comme une façon efficace de favoriser la collaboration, l'accès équitable et l'amélioration continue de la qualité.

De façon générale, les données indiquent que le mode de paiement à capitation permet une plus grande probabilité de détection de maladies telles que le diabète et le cancer, une meilleure prise en charge de maladies chroniques, la prévention, mais aussi la réduction des hospitalisations psychiatriques (Laberge et Tonde, 2025; Mitra et al. 2021; Contandriopoulos et al., 2018; Vu T. et al., 2021).

Laberge et Tonde (2025i) pointent bien les limites du paiement à l'acte :

Le paiement à l'acte s'est avéré souvent incompatible avec une organisation des soins fondée sur la collaboration

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

Enfin, le mode de rémunération à capitation pourrait permettre, selon sa « construction », la reconnaissance, ou l'intégration en ETP, des activités médicales non liées aux visites de patients, telles que l'enseignement et la recherche (Saint-Lary et al., 2015). Comme précédemment indiqué, Michaud et al. (2025) rapportent d'ailleurs un écart entre les ETP calculés à partir des données de facturation et le recensement des heures travaillées par les médecins. Il est envisageable que, bien formulé, le paiement à capitation limite cet écart et permette ainsi de mieux identifier le nombre exact de médecins ETP. L'écart restant pourrait alors être le résultat d'activités autres que celles liées à la pratique médicale dédiée au réseau à titre de médecin participant.

2.4 Limites de la capitation

Echevin et al. (2025) ont démontré les limites de la capitation en 2^e et 3^e ligne. Alors que la capitation est associée à un séjour plus long en hôpital, il appert que, mal encadrée, elle peut mener à des séjours trop longs pour le patient ce qui comporte non seulement certains risques pour sa santé, mais, aussi, des coûts importants pour le système de santé.

L'étude de Saint-Lary et al. (2015) rapporte que les médecins de première ligne payés à l'acte auraient moins tendance à référer leurs patients à des spécialistes et à effectuer davantage d'actes eux-mêmes. Ainsi, la capitation peut certes favoriser la prise en charge de patients présentant un profil pathologique complexe, mais, si mal encadrée, elle comporte aussi le risque d'un transfert de responsabilité plus rapide vers les spécialistes du fait que le paiement est associé au patient et non au nombre de visites pour ce même patient. Toujours selon cette étude, la capitation pourrait générer des consultations plus courtes et moins fréquentes

lorsque seuls certains patients y sont associés. Ainsi, ce constat est absent lorsque le médecin est rémunéré à capitation pour l'ensemble de sa patientèle.

PL106 et capitation : un air de famille ?

En 2022, la Colombie-Britannique a profondément réformé la rémunération des médecins de famille en adoptant un modèle mixte, combinant capitation, temps de travail et interactions cliniques (voir annexe I). Cette réforme visait à améliorer l'attractivité de la pratique longitudinale et à renforcer l'accès aux soins primaires. Plusieurs éléments de ce modèle présentent des similitudes notables avec les mécanismes proposés dans le PL106. Cette réforme a été bien accueillie par les médecins. Elle était volontaire, mais la non-adhésion pouvait s'avérer moins intéressante financièrement.

Dans le contexte de la première ligne, les données sont assez claires : **la capitation, intégrée dans un modèle de rémunération mixte, est optimale dans la mesure où elle s'accompagne de balises claires (ex : le patient doit être vu en 48 heures) et de données permettant son ajustement en continu de façon à éviter les dérives et les abus (Contandriopoulos et al., 2018).**

De façon générale, tous les modes de rémunération des médecins doivent faire l'objet de suivis, de transparence, être associés à des cibles et faire l'objet d'une reddition de compte, le tout afin d'assurer une bonne gestion des finances publiques, tel que le commande d'ailleurs la *Loi sur l'administration publique*¹⁰.

Finalement, force est de reconnaître que prioriser les patients vulnérables au détriment du reste de la population perpétue l'approche d'éteindre les feux en délaissant les volets de prévention et de dépistage pour la population « en santé ». Par exemple, nous sommes la seule province au Canada à ne pas disposer de programme systématique de dépistage du cancer du col utérin ou du cancer colorectal. L'intégration de « codes de vulnérabilité » est pertinente, mais ne doit surtout pas annihiler l'un des effets positifs d'une conception adéquate d'un mode de rémunération à capitation qui devrait permettre plus d'investissements en matière de prévention.

¹⁰ RLRQ, c. A-6.01

Recommandation #5 : Maintenir l'accentuation de la part de capitation dans la rémunération des médecins omnipraticiens tel que le prévoit le PL 106.

Recommandation #6 : Assurer un suivi constant de la pertinence, de la classification et des activités associées à la capitation.

Recommandation #7 : Publier les données pertinentes afin de permettre des analyses externes.

Recommandation #8 : Éviter que les « codes de vulnérabilité » impact négativement les efforts de prévention et de diagnostic.

3. Lier la rémunération à des indicateurs de performance

Le PL 106 propose d'intégrer une notion de « responsabilité » collective aux médecins et de lier une part de leur rémunération à l'atteinte de cibles de performance. Dans la mesure où l'atteinte de ces cibles est réaliste, qu'elle dépende exclusivement des médecins (la capacité à atteindre les cibles de performance n'étant pas impactée par des facteurs qui leur sont étrangers) et que le modèle n'ajoute pas en lourdeur bureaucratique et administrative en raison d'un zèle actuariel ou comptable, cette proposition s'inscrit parfaitement dans les bonnes pratiques de gestion des fonds publics qu'impose la *Loi sur l'administration publique*. Sullivan (2018) insiste sur ce point en notant que l'enjeu contemporain est de « créer une responsabilité réelle » tout en conciliant la part croissante des dépenses liées à la rémunération des médecins avec les contraintes budgétaires auxquelles font face les systèmes de santé.

3.1 Obligation de bonne gestion des finances publiques du gouvernement

La *Loi sur l'administration publique* a été sanctionnée le 30 mai 2000, bien après la mise en place du mode de rémunération actuel des médecins et des ententes associées introduites dans le cadre de la réforme majeure de 1970. Les notes explicatives de cette loi nous éclairent sur sa raison d'être et sur ses objectifs :

Ce projet de loi instaure, en vue d'affirmer la priorité accordée à la qualité des services aux citoyens, un nouveau cadre de **gestion de l'Administration gouvernementale** qui est axé sur **l'atteinte de résultats**, sur le respect du principe de la **transparence** et sur une

imputabilité accrue de l'Administration devant l'Assemblée nationale.

Le projet de loi prévoit de nouvelles responsabilités pour l'Administration gouvernementale. C'est ainsi que les ministères et organismes qui fournissent des services aux citoyens devront faire une déclaration sur leurs objectifs quant au niveau et à la qualité de ces services. De plus, chaque ministère ou organisme devra établir un plan stratégique qui orientera son action sur une période de plusieurs années. Chacun d'eux aura aussi à **rendre compte des résultats atteints** notamment par la production d'un rapport annuel de gestion.

Le projet de loi permet la conclusion d'une **convention de performance et d'imputabilité** qui prévoira, à l'égard d'une unité administrative d'un ministère ou d'un organisme, un cadre de gestion plus flexible, adapté à sa situation, et une reddition de comptes portant sur des résultats spécifiques auxquels l'unité s'engage. Cette convention sera conclue entre le ministre responsable et le dirigeant de l'unité et comprendra, le cas échéant, une entente de gestion convenue avec le Conseil du trésor. (Nos emphases)

C'est aussi en ayant ces objectifs en tête qu'intervient la *Loi sur les contrats des organismes publics*¹¹ qui vise notamment à promouvoir la confiance du public, la transparence dans les processus contractuels, l'utilisation des contrats publics comme levier de développement économique au Québec, la recherche de la meilleure valeur dans l'intérêt public et la reddition de compte (art. 2).

L'intégration, dans le PL 106, de cibles et d'obligations de performance s'inscrit certainement dans les obligations contemporaines du gouvernement d'assurer une gestion saine, la transparente et l'efficace gestion des fonds publics où la valeur de son investissement est dans l'intérêt public.

3.2 Situation actuelle : absence de suivis et de données permettant d'assurer la bonne gestion des sommes dédiées à la rémunération des médecins, aux GMFs et la reddition de compte

L'audit de performance du VG (2021), portant sur la rémunération des médecins, illustre les manques de suivi importants par le gouvernement en lien avec la rémunération des médecins. Le VG tire quatre principaux constats, dont deux permettant de se questionner sur la qualité

¹¹ RLRQ, c. C-65.1

et la force des ententes conclues entre les fédérations de médecins et le gouvernement compte tenu de ses obligations de saine gestion des fonds publics précédemment mentionnées :

Constat 1. Depuis 2015, les coûts de la rémunération des médecins ont été inférieurs (d'un milliard de dollars) à ce qui était prévu dans les ententes, **sans que le MSSS convienne de la part du solde non dépensé** devant demeurer disponible pour la rémunération des médecins et de celle représentant des économies.¹²

Constat 2. Une augmentation de 2 milliards de dollars a été accordée sous différentes formes pour permettre un rattrapage salarial des médecins, **sans que le MSSS ait fait les suivis appropriés.** (Nos emphases)

À la lecture du rapport du VG nous comprenons que le suivi des dépenses de rémunération n'est pas systématique de la part du MSSS. Notamment, nous pointons ici le paragraphe 17 de ce rapport :

Même si de nouvelles clauses aux ententes de rémunération le prévoient, le MSSS n'a pas complété les démarches qui lui permettraient d'établir la provenance de ce solde non dépensé afin de déterminer la part des sommes dues aux médecins et la part qui représente des économies.

Or, comme l'indique le VG, il est indéniable qu'un tel suivi soit incontournable au bon fonctionnement du système de santé :

Un suivi rigoureux des dépenses devrait permettre d'affecter les sommes disponibles à bon escient et au moment opportun, et ainsi favoriser le bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux. Cette gestion efficace des enveloppes budgétaires est des plus pertinentes dans le contexte du vieillissement et de la croissance de la population, qui accentue la pression sur le portefeuille de la santé et des services sociaux et sur les finances publiques. (Par. 21)

Il ressort aussi explicitement des propos du VG que la rémunération des médecins n'est pas rattachée à un suivi approprié :

Vu l'importance des sommes en cause et l'orientation constante du gouvernement d'améliorer le réseau de la santé, il importe de mettre

¹² Comme l'illustre bien le rapport du VG, les négociations avec les médecins portent sur une entente globale de rémunération en fonction de tarifs convenus. Dans le cas par exemple d'un volume d'actes moins important que celui anticipé, une économie est réalisée. C'est l'utilisation des sommes excédantes découlant de cette économie qui n'aurait donc pas été négociée de façon appropriée par le gouvernement.

en place un mécanisme efficace de suivi de la rémunération des médecins, notamment de l'écart de rémunération, qui peut varier dans le temps. Ce mécanisme doit prendre en compte d'autres facteurs, dont la part de la rémunération des médecins dans l'ensemble des dépenses en santé et services sociaux. (Par. 34)

Le paragraphe 60 de ce même rapport du VG (2021) illustre quant à lui les dérives possibles associées à un manque de suivi dans le cas précis d'économies réalisées dans le contexte d'une entente globale de rémunération :

Un suivi annuel pour confirmer la réalisation des économies est prévu au protocole pour les exercices budgétaires 2020-2021 à 2022-2023. Toutefois, le suivi se limite à l'analyse des données liées aux codes de facturation qui ont été modifiés ou supprimés, sans vérifier si les actes médicaux ont pu être facturés à partir de codes d'actes médicaux similaires. Nous avons d'ailleurs pris connaissance de communications dans lesquelles des établissements proposaient aux médecins d'utiliser des codes de facturation alternatifs s'ils jugeaient nécessaire de poser des actes dont le code avait été abrogé. Il y a donc un risque que les économies annoncées soient surévaluées.

Ces lacunes de transparence ne relèvent pas seulement d'un problème de gestion, elles soulèvent également des enjeux d'équité. Dans cette perspective, Daniels (2007) invoque le principe de l'obligation de rendre compte et de répondre (*accountability for reasonableness*), selon lequel toute décision mobilisant des fonds publics significatifs devrait être appuyée par un argumentaire accessible et des procédures ouvertes. La rémunération ne peut ainsi être conçue uniquement comme une décision administrative ou budgétaire, elle constitue un choix politique majeur, qui devrait être soumis à un débat public éclairé.

Cet exemple du VG, précédemment cité, rejoint d'ailleurs l'étude de Michaud et al. (2025) qui met en lumière les problématiques importantes relatives au suivi inadéquat, sinon absent, de la rémunération :

À titre d'illustration, une baisse de 23 % du nombre de visites par jour par médecin omnipraticien a été observée entre 2007 et 2020. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette diminution, notamment certains ajustements aux ententes qui influencent le nombre de visites enregistrées dans les systèmes de la RAMQ. **Étant dans l'incapacité de compiler l'intégralité des visites, le MSSS n'est pas en mesure d'évaluer la diminution réelle du nombre de visites et d'en comprendre les causes afin d'en mesurer l'effet sur l'accessibilité des services.**

L'absence de données et d'indicateurs permettant d'identifier la « valeur collective » de l'investissement associé (1) au mode de rémunération des médecins (2) à l'ampleur de cette rémunération et (3) à sa croissance ressort fortement autant des études de Michaud et al. (2025) que de celles de Laberge et Tonde (2025i) et de Boulanger et al. (2025).

Laberge et Tonde (2025i) soutiennent que :

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

Ces auteurs ajoutent, dans leur autre publication (2025ii), que :

L'absence d'audits réguliers et les obstacles juridiques limitent le suivi des flux financiers des GMF; cette opacité entrave l'efficacité des ressources publiques et soulève des préoccupations quant à la qualité et la sécurité des soins dispensés.

Compte tenu de ce qui précède, il est indéniable que des moyens doivent être déployés pour assurer une saine gestion des dépenses publiques réalisées au chapitre de la rémunération des médecins et un suivi du caractère approprié et efficient de ces dernières. Ces moyens peuvent s'inscrire ou non dans un modèle dit de « *pay for performance* » ou de P4P que nous aborderons ci-après. Le PL106 semble intégrer un tel modèle (ou une variante de celui-ci) au mode de rémunération des médecins. (Williams, 2010)

3.3 Intégration d'indicateurs de performance (« pay for performance » (P4P))

Le PL106 reste imprécis quant aux indicateurs de performance, leur détail devant être prévu par règlement ou par entente ultérieure. Certaines cibles émergent néanmoins du Document consultatif déposé dans le cadre des négociations avec la FMSQ et la FMOQ (Conseil du

trésor, 2025) dont un objectif de 18 millions de plages de rendez-vous et une prise en charge plus rapide de certains patients.

Indicateurs utilisés dans les modèles de rémunération à la performance

Dans les différents modèles de paiement à la performance mis en place à l'échelle internationale (Jamili et al., 2023 ; Eijkenaar, 2013) plusieurs types d'indicateurs sont utilisés pour évaluer la contribution des médecins à la qualité, à l'efficacité et à l'équité des soins, Voici les principales catégories d'indicateurs recensées :

- **Indicateurs de processus :**

Mesurent la réalisation d'actes conformes aux bonnes pratiques cliniques.

Ex : taux de dépistage, suivi des maladies chroniques, vaccination

- **Indicateurs de résultats cliniques**

Mesurent l'état de santé des patients après intervention médicale.

Ex : proportion de patients diabétiques avec glycémie contrôlée, taux de complications évitables

- **Indicateurs de satisfaction ou d'expérience patient**

Reflètent le point de vue des patients sur la qualité des soins reçus.

Ex : Accès rapide à un rendez-vous, satisfaction quant à la communication

- **Indicateurs d'efficacité :**

Viennent apprécier l'utilisation optimale des ressources en santé.

Ex : taux de prescription des génériques, examens diagnostiques appropriés.

- **Indicateurs d'accès et d'équité**

Portent sur la capacité à rejoindre des groupes vulnérables ou à offrir des soins en temps opportun.

Ex : pourcentage de plages horaires offertes en soirée, taux d'inscription de patients sans médecins.

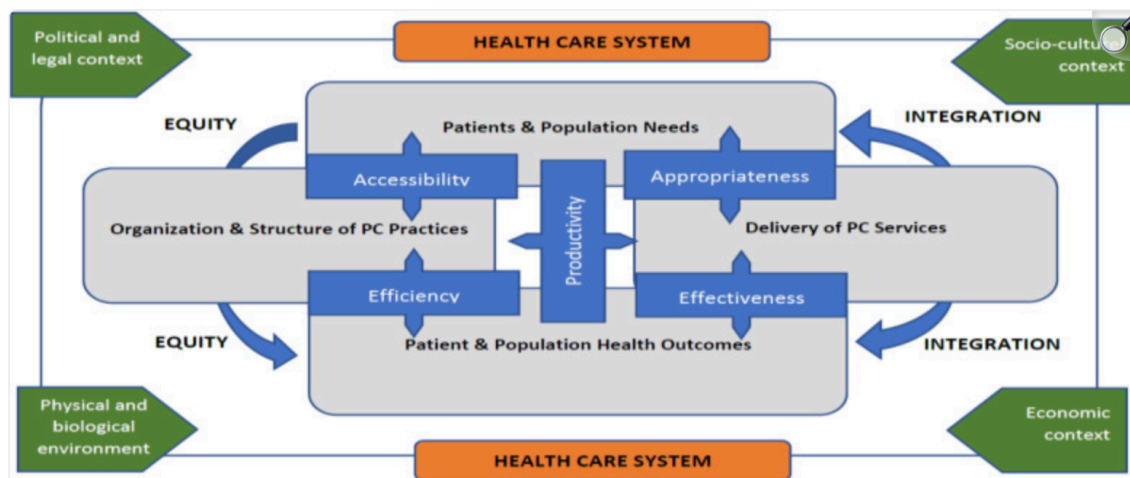
Chaque famille d'indicateur permet de cibler une dimension précise du système de santé. La sélection d'un ensemble cohérent d'indicateurs est un enjeu pour assurer l'acceptabilité, l'équité et la pertinence des modèles P4P (Voir Annexe II).

L'intention du gouvernement de monitorer la performance de l'offre de services par les médecins ne nous apparaît pas comme une façon de « s'en prendre à un groupe » particulier, mais bien comme une façon de répondre aux attentes des citoyens et citoyennes qui, nous semblons l'oublier dans les discussions relatives au PL 106, doivent être au centre des intérêts du gouvernement. Selon Huang et al. (2018), les citoyens et

citoyennes accordent traditionnellement aux médecins un statut privilégié et un engagement à servir l'intérêt général : c'est le fameux contrat social de la médecine. Or, ce contrat implicite est mis sous tension lorsque la population a le sentiment (justifié ou non) que les médecins donnent la priorité à leurs revenus sans rendre de comptes au public (Huang et al., 2018), ce qui contribue à éroder la confiance envers la profession.

D'une part, le PL 106 s'aligne avec les modèles contemporains d'organisation de soins primaires qui intègrent aussi le concept de « la mesure de la qualité » (*Primary care organisation*, ci-après « PCO ») (Flint, 2024; Akman et al., 2022; Kringos et al., 2019). **La mesure de la qualité d'un service pourra autant comprendre la qualité du service (ex. temps d'attente, information transmise au patient, l'accès au service) que la qualité de l'expertise (ex. utilisation adéquate des services diagnostiques, impact sur la santé du patient, hospitalisations évitées)** (Akman et al., 2022; Ferguson, 2001; Kingos et al., 2019).

Senn et al. (2021) présentent un schéma qui représente les divers éléments de l'organisation de soins primaires :



Certainement, en raison de l'ampleur des contraintes de pratique déjà imposées essentiellement aux médecins spécialistes en établissement (ex. statut et privilèges, comités d'évaluation de la pertinence des actes, processus de plaintes institutionnels, etc.), sa véritablement nouveauté réside dans le monitoring de la performance des médecins omnipraticiens. À notre connaissance, ce groupe est le seul acteur du réseau n'ayant toujours

pas été touché de façon importante par les obligations contemporaines de reddition de compte et d'efficacité qui incombent à toute entité publique gouvernementale ou qui contracte avec une telle entité. **Nous reconnaissons toutefois que, présentement, aucun groupe de médecins n'est soumis à un contrôle réel de la pertinence des actes, les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie étant limités à cet égard.**

La littérature portant sur la notion de « bonne gouvernance clinique » est assez concluante à l'effet que la « mesure de la qualité » s'associe à différents piliers fondamentaux de cette bonne gouvernance (Flint, 2024). Dans tous les cas, les facteurs suivants favoriseront le succès de la mesure de la qualité (Flint, 2024; Kingos et al., 2019, Williams, 2010) :

- Le choix des indicateurs en collaboration avec les divers acteurs, dont les médecins (non pas nécessairement avec les fédérations de médecins) ;
- Le caractère « raisonnable » du nombre de ces indicateurs ;
- Un suivi constant ;
- Des données claires et transparentes ;
- La charge administrative associée.

Le choix des indicateurs est tout particulièrement indiqué et sera intrinsèquement lié à l'atteinte ou non de la qualité des soins et services.

Il ressort clairement de la littérature que des indicateurs de volume sont peu parlant et peuvent même nuire à l'offre de soins et services de qualité. À ce sujet, les experts Boulanger et al. (2025) recommandent :

(...) de rompre avec le cloisonnement actuel par programmes et de favoriser une approche par trajectoires de soins. Les ententes avec les GMF et autres cliniques doivent être mieux encadrées, avec des cibles d'atteinte de résultats centrés sur la valeur des soins plutôt que sur la volumétrie.

Strumpf (2025), quant à elle, nous met en garde quant à l'utilisation de mesures administratives telles que le nombre de patients inscrits :

Les mesures de l'accès aux soins centrées sur la personne reflètent les expériences des personnes qui tentent d'accéder aux soins de première ligne, y compris les délais pour obtenir un rendez-vous, voir

le prestataire de soins de santé de leur choix et déclarer avoir une source régulière de soins.

La mesure et le suivi de mesures d'accès aux soins de première ligne centrées sur la personne, plutôt que des mesures administratives ou centrées sur le médecin, et l'évaluation rigoureuse de l'impact des interventions sur ces indicateurs, sont essentiels pour améliorer de manière significative l'accès des Québécois aux soins de première ligne.

En ce qui concerne la charge administrative, la littérature est assez concluante et indique qu'une charge administrative trop élevée imposée dans le but de mesurer la performance clinique pourra générer l'échec même de l'atteinte de l'objectif sous-jacent à l'introduction de cette mesure.

Recommandation #9 : Consulter les médecins afin de « co-construire » les indicateurs de performance (un groupe pourrait être désigné par les fédérations).

Recommandation #10 : Limiter la charge administrative (qui ne doit pas être accrue par rapport à ce qu'elle est actuellement).

Recommandation #11 : Éviter les seuls indicateurs de volumétrie et favoriser l'élargissement des pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie.

Recommandation #12 : Exiger la publication de l'ensemble des données pertinentes et des évaluations systématiques de la performance.

3.4 Complexité du modèle de rémunération, de la responsabilité collective et impact sur l'efficacité

En 2021, le VG rapportait l'ampleur de la complexité du modèle de rémunération des médecins. Michaud et al., en 2025, pointent à nouveau cette complexité qui, indéniablement, impacte l'efficacité du système de santé. Le VG en fait d'ailleurs l'illustration à l'aide d'exemples où la complexité des codes de facturation a fait en sorte de retarder substantiellement leur modification dans une visée d'intérêt collectif. Voici une des situations rapportées par le VG (2021) :

Plus de cinq ans de négociation pour la révision d'un code de facturation toujours en vigueur

Au cours des dernières années, la technologie de l'oxygénation extracorporelle par oxygénateur à membrane et la collaboration interprofessionnelle ont grandement évolué. Ainsi, une fois qu'un patient est mis sous soutien des fonctions cardio-circulatoires et cardio-pulmonaire, la présence du médecin spécialiste est remplacée progressivement par celles des perfusionnistes ou du personnel infirmier. Cette évolution des rôles fait en sorte qu'il est toujours pertinent de rémunérer le médecin pour le temps qu'il consacre aux ajustements nécessaires de l'appareil et au suivi à distance du patient, mais qu'il n'est plus pertinent de le rémunérer pour la prise en charge complète du patient.

Dès 2015, la RAMQ s'est interrogée sur la facturation des médecins au quart d'heure pour le maintien du support extracorporel, puisque certains médecins le facturaient de façon continue sans être au chevet des patients. La chronologie des événements montre le peu d'avancement depuis.

Oxygénation extracorporelle par oxygénateur à membrane

Il s'agit d'une technologie d'assistance cardiorespiratoire extracorporelle temporaire destinée exclusivement à la prise en charge de l'insuffisance respiratoire ou cardiaque grave, voire irréversible, et réfractaire à une thérapie conventionnelle.

Bien que l'augmentation de la part de la rémunération à capitation laisse présager une simplification de certains codes de facturation, notre lecture du PL106 ne nous rassure guère quant à l'allègement du niveau de complexité de la rémunération des médecins. Il suffit de référer à ce segment de l'article 29.48, relatif au calcul du supplément collectif, segment qui ne nécessite pas plus de commentaires outre celui que de souhaiter bonne chance au lecteur :

Le montant du supplément collectif attribuable correspond, pour chacune des collectivités médicales concernées par le service, au résultat de l'équation suivante :

$$C_G = \frac{(0,25R \times \sum P_{oa}) + (0,1R \times \sum P_{om})}{\sum P}$$

Dans cette équation :

C_G correspond au montant du supplément collectif, associé à un service, qui est attribuable à la collectivité médicale concernée;

R correspond au montant de la rémunération que la Régie a payé ou qu'elle entend payer pour le service en application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);

$\sum P$ correspond à la somme des parts dans le supplément collectif assignées aux objectifs dont la mise en œuvre des moyens en permettant l'atteinte appartient aux collectivités médicales concernées par le service;

$\sum P_{oa}$ correspond à la somme des parts dans le supplément collectif, parmi celles incluses dans $\sum P$, assignées à des objectifs dont la mise en œuvre des moyens en permettant l'atteinte appartient à la collectivité médicale concernée et qui ont été atteints au cours de la période d'évaluation où a été fourni le service;

$\sum P_{om}$ correspond à la somme des parts dans le supplément collectif, parmi celles incluses dans $\sum P$, assignées à des objectifs dont la mise en œuvre des moyens en permettant l'atteinte appartient à la collectivité médicale concernée et qui n'ont pas été atteints au cours de la période d'évaluation où a été fourni le service.

Toutefois, 10 doit être substitué à la somme $\sum P$ visée au troisième alinéa lorsque cette somme est inférieure à 10.

Nécessairement, à la lecture du PL 106, nous percevons non seulement l'illustration d'une réelle créativité actuarielle qui pourrait favoriser la création d'un monstre bureaucratique, mais aussi un éloignement certain des recommandations faites par le VG en 2021 qui invitait à une simplification substantielle des modes de rémunération et des codes de tarification. Par ailleurs, la littérature est plutôt concluante : la réussite des modèles de performance en santé ne peut résulter de systèmes trop complexes.

Recommandations #13 : Réduire les codes de tarification à l'acte, assurer un calcul simple de la capitation, proposer calcul simple du supplément.

3.5 Intégration du concept de responsabilité collective qui doit être mieux défini

Comme mentionné, le PL106 semble introduire ce qui peut s'apparenter aux modèles de « *pay for performance* » (P4P) où l'atteinte des cibles dites de « performance » est « liée » à une partie de la rémunération des médecins. Dans la majorité des systèmes intégrant le P4P, nous identifions une forme de responsabilité « clinique » collective des professionnels de la santé. Comme le PL 106, cette responsabilité peut être nationale, territoriale ou locale (William, 2010). Au niveau local ou territorial, la littérature relative aux *Accountable Care Organizations* (ci-après « ACO ») peut, dans une certaine mesure, être pertinente.

La littérature est plutôt concluante quant à l'efficacité des modèles de P4P dans la mesure où la « construction » des facteurs de responsabilité financière collective est bien réalisée, ce qui n'est pas une mince tâche. Plusieurs facteurs doivent être considérés pour assurer cette efficacité. Notamment, dans tous les cas, la force de l'organisation clinique et la transparence des données sont rapportées comme jouant un rôle clé dans la réussite des modèles de P4P (Kondo et al., 2016). D'autres facteurs sont clés, notamment l'identification de la répartition de la responsabilité qui pourra mieux fonctionner si elle découle d'une collaboration et d'une auto-régulation entre pairs.

Il importe de souligner que la responsabilité collective pourra générer des tensions importantes entre pairs lorsqu'aucun levier n'existe pour « agir » auprès des pairs dits « non performants ». Dans une telle situation, nous pouvons envisager une démotivation importante et une charge mentale accrue chez les pairs dits « performants » qui seront

alors pénalisés et sans emprise auprès de leurs pairs « non performants ». (Williams, 2010; Allen, 2000).

À la lecture du PL106, il est particulièrement difficile d'envisager l'opérationnalisation des différents niveaux (national, territorial et local) de responsabilité collective dans l'attribution du 25% de rémunération lié aux cibles de performance. Notre analyse du PL106 ne nous permet pas d'avancer que l'introduction de cette responsabilité collective pourra générer les résultats attendus. Au contraire, l'absence de levier pour intervenir auprès des pairs « non performants » nous apparaît représenter une faille importante du projet de loi qui, suivant sa mise en vigueur, pourra générer des enjeux éthiques importants au sein de la profession médicale déjà sous tension.

Comme nous l'avons souligné dans la première partie de ce mémoire, nécessairement la réussite du concept de responsabilité collective est directement dépendante de la capacité des médecins à atteindre les cibles de performance identifiées. Dans la mesure où cette capacité n'est pas influencée, par exemple par l'accès à des plateaux techniques ou autres facteurs hors de leur contrôle, la réussite du concept de responsabilité collective est envisageable. Or, à l'heure actuelle, nous voyons mal comment cette responsabilité, tout particulièrement celle des médecins spécialistes qui pratiquent essentiellement en établissements, peut s'avérer réalisable sans garanties préalables de la part du gouvernement du Québec et de Santé Québec.

À ce titre, les exemples foisonnent dans les médias quant à l'impossibilité des médecins spécialistes de librement exercer leur pratique en établissements notamment en raison de salles d'opération non disponibles ou de contraintes imposées en raison des conventions collectives des employés de l'établissement, limitant la disponibilité de ceux-ci. Les médias ont par ailleurs récemment rapporté que les *no-shows* représentent un frein réel à l'offre de services, particulièrement de chirurgies.

Enfin, comme l'indiquent Michaud et al. (2025) le nombre de jours travaillés déclarés par les médecins ne correspond pas au nombre de jours de facturation :

En 2021, le nombre de semaines avec au moins une journée dépassant le seuil de facturation minimal était de 37 pour les omnipraticiens, alors qu'il était de 32 pour les spécialistes. Ce résultat contraste avec

le nombre de semaines rapportées comme travaillées au recensement, soit 46 pour les deux types de médecins. Ainsi, plus d'une semaine sur quatre travaillée par un médecin rémunéré à l'acte ne serait pas dédiée aux services médicaux.

Cette situation est liée à différents facteurs : implication en enseignement, tâches administratives, consultations, services d'expertise, etc.

Il serait hasardeux que la responsabilité collective imposée nuise à l'implication nécessaire de médecins, notamment en recherche et en enseignement. Il sera ainsi nécessaire d'identifier des moyens d'assurer la reconnaissance de ces autres fonctions. Par ailleurs, il pourrait être périlleux de pénaliser un groupe ou un médecin qui ne peut, pour diverse raisons, assurer une offre de services à temps plein dans la mesure où sa rémunération correspond, par exemple, à une tâche à temps partiel.

Cela dit, comme dans tout autre milieu, il pourrait être envisageable de s'attendre au dévouement prioritaire du médecin participant à l'offre de services cliniques et aux tâches administratives associées, à la recherche et à l'enseignement. La consultation pourrait alors représenter un choix personnel d'ajouter à une tâche définie comme à temps plein où la disponibilité est attendue en ce sens (comme c'est le cas, par exemple, dans le milieu de l'enseignement supérieur).

Enfin, en bout de ligne, comme le soulèvent Contandriopoulos et al. (2018) :

L'incitation financière devrait être utilisée surtout comme levier pour pousser les médecins à s'auto-organiser en groupes/départements. L'imputabilité quant à l'atteinte d'objectifs d'accessibilité/qualité/efficience devrait être collective et des objectifs clairs en termes d'attente pour la pratique clinique devraient être établis et monitorés afin de s'assurer de la couverture des besoins de la population.

Recommandation #14 : Favoriser l'auto-organisation et l'auto-régulation relativement à la responsabilité collective qui permet notamment (i) d'assurer la reconnaissance des activités essentielles des médecins autres que l'activité clinique comme la recherche et l'enseignement et (ii) la performance dans un contexte d'offre de services à demi-temps.

Recommandation #15 : Suivre la recommandation #1 de ce mémoire et intégrer la notion de responsabilité collective qui implique le gouvernement.

Conclusion

Le PL 106 comporte des objectifs louables et est nécessaire dans une visée de respect de l'intérêt collectif. Malheureusement, ses modalités actuelles et sa complexité mettent en péril sa réussite.

Néanmoins, contrairement au message véhiculé dans la sphère publique, ce projet de loi ne lance pas une pierre aux médecins, mais représente, selon nous, la dernière pierre à poser dans le contexte de la construction d'un système de santé plus efficace.

Les médecins omnipraticiens, essentiellement touchés par ce projet de loi, représentent à notre connaissance le seul groupe qui ne soit toujours pas soumis à aucune obligation réelle de suivi quant à la prise en charge et aux actes réalisés. Les médecins qui pratiquent en établissement, particulièrement les médecins spécialistes, se voient imposer depuis longtemps certaines contraintes, à tout le moins au niveau de l'utilisation judicieuse de leurs privilèges de pratique octroyés.

Bibliographie

Jurisprudence

Association des chirurgiens dentistes du Québec c. Ministre de la Santé et des Services sociaux, 2024 QCCS 241.

Authorson c. Canada ([2003] 2 RCS 40.

Chaoulli c. Québec (Procureur général), [2005] 1 R.C.S. 791.

Health Services and Support - Facilities Subsector Bargaining Assn. c. Colombie-Britannique, [2007] 2 RCS 391.

Roper c. Procureur général du Québec, 2022 QCCS 3335

Saskatchewan Federation of Labour c. Saskatchewan [2015] 1 RCS 245.

Doctrine

Akman et al. (2022). Organization of primary care. *Prim Health Care Res Dev*. 2022 Sep 1;23.

Allen (2000). Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *BMJ* 2000;321:608–11.

Baker, R., Bankart, M. J., & Murtagh, G. M. (2008). *Do the Quality and Outcomes Framework patient experience indicators reward practices that offer improved access?* *British Journal of General Practice*, 58(556), e185–e190. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645205/>

BC Family Doctors. (mars 2025). *LFP Two-Year Anniversary Report*. En ligne : <https://bcfamilydocs.ca/wp-content/uploads/2025/03/LFP-Two-Year-Anniversary-Report-March-2025.pdf>

Bourassa Forcier (2010) *La rationalité organisationnelle : Une explication possible de l'état de la politique canadienne en matière de brevets pharmaceutiques?*, thèse de doctorat, université McGill, Montréal, 2010.

Bourassa Forcier et al. (2014) Les politiques canadiennes en matière d'étiquetage alimentaire : reflet d'une hégémonie technoscientifique au service d'un calcul utilitaire ? 55-2 Les Cahiers de droit 443.

Bourassa Forcier et Talbot (2025). Les limites de la gouvernance de proximité : l'exemple de la régulation prix des médicaments au Canada. Sera sous peu publié par les Éditions Yvon Blais dans un collectif avec l'équipe du CRrDG de l'Université de Sherbrooke.

Bourassa Forcier, M. (2024). *Quelle place du privé dans la nouvelle Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ?* En ligne : https://www.cubiq.ribg.gouv.qc.ca/notice?id=p%3A%3Ausmarcdef_0001327681&locale=fr

Cazal (2011) RSE et théorie des parties prenantes : les impasses du contrat », (2011) 9 Revue de la régulation 1.

Centers for Medicare & Medicaid Services. (s.d.). *HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey*. En ligne : <https://www.cms.gov/medicare/quality/initiatives/hospital-quality-initiative/hcahps-patients-perspectives-care-survey>

Conseil du Trésor (2025). Propositions du Gouvernement du Québec. 19 mars 2025. En ligne : https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/negos/FMOQ_20250319.pdf

Contandriopoulos et al. (2018). Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec. Rapport de recherche produit dans le cadre de l'action concertée intitulée Regards sur les modes de rémunération des médecins financée par le Commissaire à la santé et au bien-être.

Daniels, N. (2007). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. In B. Steinbock (Ed.), *The Oxford Handbook of Bioethics* (pp. 683–705). Oxford University Press. En ligne : <https://academic.oup.com/book/10237/chapter-abstract/157923994>

Doran, T., Fullwood, C., Kontopantelis, E., & Reeves, D. (30 août 2008). *Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework*. *The Lancet*, 372(9640), 728–736. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18701159/>

Echevin et al.(2025). Healthcare Quality by Specialists Under a Mixed Compensation System: An Empirical Analysis, *Health Economics*, 24: 972-991

Eijkenaar, F. (1er septembre 2011). *Key issues in the design of pay for performance programs*. *The European Journal of Health Economics*, 14(1), 117–131. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-011-0347-6>

Eijkenaar, F. (2013). *Key issues in the design of pay for performance programs*. The European Journal of Health Economics, 14(1), 117–131. En ligne : <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-011-0347-6>

Facal (2006). Joseph FACAL, Volonté politique et pouvoir médical. La naissance de l'assurance maladie au Québec et aux États- Unis, Mont réal, Boréal, 2006, p. 40.

Family Practice Services Committee. (19 décembre 2023). *Community Longitudinal Family Physician (CLFP) Payment – Frequently Asked Questions*. En ligne : https://fpscbc.ca/sites/default/files/uploads/2023_community_longitudinal_family_physician_payment_clfp_payment_faq.pdf

Ferguyson et Lim (2001). Incentives and clinical governance : Money following quality? Journal of Management in Medecine 15(6):463-87

Flint (2024). The seven pillars of clinical governance. University of Salford. En ligne: <https://www.salford.ac.uk/spd/seven-pillars-clinical-governance#...ing%20on%20patient%2Dcentred,%2C%20and%20high%2Dquality%20care>

Galy et al. (2023). Constats et recommandations des suites des États Généreux. Pôle Santé HEC.

Gouvernement de la Colombie-Britannique. (9 février 2024). *New compensation model connects more people to primary care*. En ligne : <https://news.gov.bc.ca/releases/2024HLTH0018-000175>

Gouvernement du Québec. (8 mai 2025). *Fiche synthèse – Projet de loi 106*. En ligne : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08_fichier-synthese-projet-loi-106.pdf

Jamili, S., Yousefi, M., Ebrahimi pour, H., Houshmand, E., Taghipour, A., Tabatabaee, S. S., & Adel, A. (2023). *Comparison of pay-for-performance (P4P) programs in primary care of selected countries: a comparative study*. BMC Health Services Research, 23, Article 865. En ligne : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09841-6>

Jamili, S., Yousefi, M., Ebrahimi pour, H., Houshmand, E., Taghipour, A., Tabatabaee, S. S., & Adel, A. (14 août 2023). *Comparison of pay-for-performance (P4P) programs in primary care of selected countries: a comparative study*. BMC Health Services Research, 23,

Article 865. En ligne : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09841-6>

Khullar, D. (2023) Burnout, Professionalism, and the Quality of US Health Care, JAMA health Forum; 4(3):e230014.

Kiran, T., Wilton, A. S., Moineddin, R., Paszat, L., & Glazier, R. H. (juillet 2014). *Effect of Payment Incentives on Cancer Screening in Ontario Primary Care. Annals of Family Medicine*, 12(4), 317–323. En ligne : <https://www.sciencedaily.com/releases/2014/07/140714213636.htm>

Kondo et al. (2016). Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. J Gen Intern Med 31(Suppl 1):S61–9.

Kringos et al, (2019). Re-thinking performance assessment for primary care: Opinion of the expert panel on effective ways of investing in health. EUROPEAN JOURNAL OF GENERAL PRACTICE 2019, VOL. 25, NO. 1, 55–61 à

Laberge et Tonde (2025i) Les effets pervers de la rémunération des médecins de famille au Québec. Dans : Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux. (2025). Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf

Laberge et Tonde (2025ii) Le modèle de financement de la première ligne au Québec : frein ou levier pour l'accessibilité et la qualité des soins? Dans : Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux. (2025). Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts. https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf

Laporte, A. (2018). *Physician Service Costs: Is There Blame to Share Around?* Healthcare Papers, 17(4), 28–31. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291707/>

Marchildon, G. P., & Sherar, M. (avril 2018). *Doctors and Canadian Medicare: Improving Accountability and Performance. Healthcare Papers*, 17(4), 14–26. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291706/>, p. 14

Mathews et al (2024), System-Based Interventions to Address Physician Burnout: A Qualitative Study of Canadian Family Physicians' Experiences During the COVID-19 Pandemic, Int J Health Policy Manag, 13:8166.

Michaud et al., (2025), Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec. Rapport commandé par le ministère de la Santé et

des Services Sociaux, Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques, HEC Montréal.

Ministry of Health, Medical Services Commission. (1er mai 2025). *Longitudinal Family Physician Payment Schedule*. En ligne : <https://www.doctorsofbc.ca/sites/default/files/documents/lfp-payment-schedule.pdf>

Mitra et al. (2021), Modes de rémunération alternatifs, Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien, Vol 67.

NHS England. (2018). *Report of the Review of the Quality and Outcomes Framework in England*. En ligne : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/07/05-a-i-pb-04-07-2018-qof-report.pdf>

Plourde (2022i), Les coûts élevés de la « médecine inc. ». IRIS. 26 mai 2022. En ligne : <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/les-couts-eleves-de-la-medecine-inc/>

Plourde (2022ii), Bilan des groupes de médecine (GMF) de famille après 20 ans d'existence – Un modèle à revoir en profondeur. IRIS. 26 mai 2022. En ligne : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/>

Riegler, J. (2023). *Comparative Ethics of Modern Payment Models: Does the Way We Pay for Care Align with Patient Care Ethics?* *Voices in Bioethics*, 9. En ligne : <https://journals.library.columbia.edu/index.php/bioethics/article/view/10310/5252>

Routhier et al. (2020). « Analyse des effets des ententes médicales ». **Revue Santé Publique**.

Saint-Lary et al. (2015) Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ?, *La Revue francophone de médecine générale*, Vol. 26, no. 119, 52-61.

Senn et al. (2021) Assessing primary care organization and performance: Literature synthesis and proposition of a consolidated framework, *Health Policy* 125, 160–167

Strumpf (2025) Accès aux soins de première ligne : un défi pérenne. Dans : *Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux*. (2025). *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts*. https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf

Sullivan, T. (2018). *Physician Compensation, Accountability and Performance in Canada: Changing the Pas de Deux*. *Healthcare Papers*, 17(4), 4–12. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291705/>

Tevaarwerk, G. J. M. (2023). *Does the Longitudinal Family Physician Payment Model improve health care, including sustainability?* *BC Medical Journal*, 65(7), 242–247. En ligne : <https://bcmj.org/articles/does-longitudinal-family-physician-payment-model-improve-health-care-including>

Tracy B. (5 mai 2025). *May 2025 Update: More than 4,300 Family Physicians Enroll in BC's LFP Payment Model*. En ligne : <https://www.dr-bill.ca/blog/msp/is-bcs-new-lfp-payment-model-right-for-your-family-practice>

Vérificateur général du Québec (2021). *Rémunération des médecins : conception et gestion des nouvelles ententes*, Rapport du VG du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022. Juin 2021.

Vu T. et al. (2021). Physician remuneration schemes, psychiatric hospitalizations and follow-up care: Evidence from blended fee-for-service and capitation models. *Soc Sci Med*. 2021 Jan;268

William (2010). The “Shared Accountability Approach to Physician Payment: Four Option for Developing Accountable Care Organizations”, *Indiana Health Law Review*, Vol.7:18

Annexes

Les annexes ont été rédigées par Simon Lapierre (M. sc.), étudiant au baccalauréat en droit à l'Université de Sherbrooke, dans le cadre de ses travaux de recherche à titre d'auxiliaire et qui portent sur les réformes en matière de rémunération des médecins. Cette section a été intégrée au présent mémoire avec l'accord de la professeure Mélanie Bourassa Forcier, qui en assure la direction scientifique.

Annexe I – Modèle de rémunération de la Colombie-Britannique

I. Contexte historique avant la réforme

En Colombie-Britannique, jusqu'en 2022, la plupart des médecins de famille étaient rémunérés à l'acte selon le barème du *Medical Services Plan* (ci-après « MSP »), soit le régime public d'assurance-maladie de la province. Selon les médecins omnipraticiens, ce mode traditionnel à l'acte subventionnait mal les consultations longues ou complexes et ne tenait pas compte du travail effectué hors des visites (ex : suivi des résultats, coordination des soins, etc.), ce qui décourageait de nombreux médecins de famille de prendre en charge des patients aux besoins complexes ou d'accepter un grand nombre de patients. À l'aube de la réforme, en 2022, on estimait qu'environ un million de Britanno-Colombiens n'avaient pas de médecin de famille attiré, sur une population de cinq millions d'habitants (BC College of family Physicians, 2022). Les difficultés financières liées à la pratique, ainsi que les difficultés organisationnelles lors de pandémie de COVID-19 ont conduit à une baisse progressive des médecins en pratique dite « longitudinale ». En ce sens, beaucoup de nouveaux médecins privilégiaient le travail en établissements (urgence, médecine hospitalière) ou quittaient la province, en raison notamment d'une rémunération nette jugée insuffisante en médecine de famille traditionnelle. Malgré une hausse des tarifs à l'acte sur 40 ans, l'augmentation des coûts d'exploitation (loyers, personnel, technologies) a érodé le revenu horaire des omnipraticiens, tombant à l'équivalent de 16\$/h en dollars de 2022, selon un calcul dans le *BC Medical Journal* (Tevaarwerk, 2023). Ce contexte a donc poussé de plus en plus de médecins à voir davantage de patients par jour pour compenser, aux dépens du temps consacré à chaque patient ; un cercle vicieux menant à l'épuisement professionnel et à la réduction du nombre de patients suivis par chaque médecin (Tevaarwerk, 2023).

Face à cette urgence, en octobre 2022, le ministère de la Santé de la C.-B. a annoncé, en concertation avec l'Association des médecins de la C.-B. (*Doctors of BC*) et l'Association des médecins de famille de la C.-B. (*Family Doctors of BC*), la création d'un nouveau modèle de rémunération longitudinal pour les médecins de famille (ci-après « régime LFP »). Cette annonce visait explicitement à retenir et attirer des médecins de famille dans la province en rendant la pratique en cabinet plus viable et attrayante. Le modèle, opérationnel dès le 1^{er} février 2023, était offert aux omnipraticiens sur une base volontaire (BC Family Doctors, 2024). En moins d'un an, l'adoption a été massive : plus de 4300 médecins de famille (sur environ 6000) se sont inscrits au nouveau régime LFP, ce qui a permis de connecter près de 250 000 patients supplémentaires à un médecin de famille et d'augmenter le nombre de médecins pratiquant en soins primaires longitudinaux de plus de 1000 (en comptant les nouveaux inscrits et les retours en pratique) (Tracy B., 2025). Ces chiffres traduisent un succès initial de la réforme en C.-B., obtenu dans un climat de collaboration avec les professionnels.

II. CARACTÉRISTIQUES ET MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE LFP EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

La Colombie-Britannique a opté pour une mise en œuvre graduelle et volontaire de son modèle de rémunération à partir du 1^{er} février 2023. Voici comment s'articule le déploiement de ce modèle ainsi que les modalités d'adhésion et de fonctionnement :

1. Adhésion volontaire et critères d'entrée

À la différence du Québec, la C.-B. n'a pas rendu obligatoire le nouveau modèle pour tous les médecins de famille. Chaque omnipraticien a le choix entre rester en mode 100% paiement à l'acte, ou s'inscrire au modèle de rémunération LFP (mixte). Pour adhérer, le médecin doit remplir un formulaire d'inscription auprès du MSP et attester qu'il respectera les conditions d'éligibilité. Parmi ces conditions, les plus notables sont : avoir ou former un panel d'au moins 250 patients suivis en continu (ce qui garantit que le médecin pratique véritablement les soins primaires longitudinaux) ; s'engager à fournir les services essentiels listés dans le barème de rémunération (par exemple, assurer le suivi en cabinet, les soins en établissement de longue durée pour ses patients, la prise en charge des urgences mineures de sa clientèle, etc.) ; consacrer au moins un jour par semaine à la clinique (réparti sur l'année) aux soins cliniques auprès de sa clientèle ; et limiter ses consultations de patients non-inscrits

à moins de 30% de son volume total de consultations (Ministry of Health, 2025). Ces exigences, dit-on, ont pour but de concentrer les médecins dans le modèle de rémunération LFP sur le suivi régulier de leurs patients inscrits, et d'éviter que des médecins n'entrent dans le modèle sans réellement offrir de disponibilités adéquates à une clientèle. En pratique, ces critères ont été bien accueillis, car la plupart des médecins intéressés par le modèle atteignent déjà ces seuils ou peuvent le faire rapidement.

2. Composante du modèle de rémunération LFP

Ce modèle est qualifié de modèle « *blended* » (mixte), combinant trois sources de rémunérations principales (Ministry of Health, 2025) :

- **La rémunération pour le temps de travail** : les médecins inscrits facturent des codes horaires pour le temps passé à prodiguer des soins (que ça soit en consultation ou en activités cliniques externes) ;
- **La rémunération par interaction avec le patient** : À chaque visite ou interaction avec le patient (en personne, virtuelle ou par téléphone), un code d'interaction peut être facturé, qui représente un montant fixe par visite en plus du temps, afin de reconnaître la spécificité de chaque interaction ;
- **Le paiement de panels** : C'est un paiement forfaitaire périodique calculé en fonction du nombre de patients inscrits auprès du médecin et de la complexité de leur profil. Ce moyen de rémunération utilise un système de pondération par complexité, fondé sur l'outil *Adjusted Clinical Groupe* (ACG) (ou autre), qui attribue à chaque patient un indice de complexité à partir de ses diagnostics et consultations antérieures. Ainsi, la somme versée annuellement par patient varie. (C'est essentiellement la composante de capitation).

Selon une étude, ce nouveau modèle de rémunération mixte offrirait un salaire brut de 385 000\$ pour 45 semaines travaillées et de 445 000\$ pour une année complète. Bien entendu, cette modification du mode de rémunération des médecins engrangerait des coûts importants pour le gouvernement. À cause de la composante de capitation, on estime des coûts supplémentaires d'environ 200\$ par année par patient pour chacun des 4.5 millions d'habitants ayant déjà un médecin et 320\$ (200\$ + l'équivalent FFS de 120\$) pour chaque nouvel inscrit parmi le million de citoyens sans médecin (Tevaarwerk, 2023). Le coût

théorique pourrait atteindre 1,54 milliards de plus par an en régime plein. Bien entendu, ces projections sont maximales et ne tiennent pas compte du fait que tous les patients n'utilisent pas les services chaque année. Elles illustrent néanmoins que la C-B. a décidé d'investir massivement dans la première ligne via le modèle de rémunération LFP afin de combler l'écart de rémunération et rendre la pratique plus attractive.

3. Modalités et facturation simplifiées

Sous le modèle de rémunération LFP, la facturation au MSP est allégée par rapport au paiement à l'acte classique. Seulement quelques codes de facturation sont dorénavant utilisés de manière répétitive (codes de temps par tranche horaire, codes d'interaction par visite, codes d'inscription de panel, etc.) (Ministry of Health, 2025). Cela évite au médecin de devoir coder chaque acte en détail comme auparavant, car ces actes sont maintenant considérés inclus dans le temps passé avec le patient. La simplification administrative est considérée comme étant un élément attractif du modèle, car elle permet au médecin de consacrer moins de temps à la facturation et plus aux soins. Techniquement, les médecins envoient leurs factures via le portail de la MSP en utilisant les nouveaux codes LFP. La MSC assure ensuite le calcul des montants dus selon la formule convenue.

4. Suivi et adaptation du modèle

La C.-B. a prévu des mécanismes de suivi de performance et de satisfaction de type incitatifs plutôt que punitifs. Par exemple, il n'y a pas de pénalité financière si un médecin sur la rémunération LFP n'atteint pas un certain nombre de patients ou d'heures. En fait, le modèle prévoit surtout que si un médecin ne respecte pas les critères (ex : moins de 250 patients), il peut être exclu du modèle LFP et retourner au modèle de paiement à l'acte (Ministry of Health, 2025). Il n'y a donc pas de retenue d'une partie du salaire en fonction d'indicateurs de performance. Cependant, il y a un « *monitoring* » des métriques plus globales effectué par le gouvernement, telles que : nombre de nouveaux patients attachés, temps moyen par consultation, évolution du nombre de médecins de famille en pratique, etc. En ce sens, le modèle LFP est certainement amené à évoluer. Par exemple, on note déjà des ajustements apportés au barème de rémunération (prolongation d'un code transitoire jusqu'en septembre 2025 pour permettre de pallier temporairement le dépassement du ratio de 30% de patients hors panel, le temps et réajuster sa pratique et la révision de la définition de « *host physician* »

» pour intégrer certaines exceptions) (Ministry of Health, 2025). Ces modifications, à l'instar du Québec, sont discutées avec les différentes associations médicales.

5. Équipes interdisciplinaires

On observe que la mise en œuvre du LFP s'est accompagnée d'efforts pour renforcer les équipes cliniques. Bien que rien n'impose aux médecins de travailler en interdisciplinarité, le modèle encourage le *team-based care*. En effet, il est notamment mentionné que le LFP « *enable team-based care delivery for clinics who choose* » (Tracy B., 2025). En pratique, on rapporte que des cabinets ont pu embaucher plus de personnel infirmier ou administratif grâce aux revenus accrus et à la stabilité financière apportée par le LFP (BC Family Doctors, 2025). Le gouvernement provincial a aussi investi dans les Primary Care Networks (PCN) pour déployer davantage de soutien dans les cliniques familiales (Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2024). Ainsi, on dénote que le LFP s'insère dans une stratégie globale de renforcement de la première ligne, mais il n'oblige pas formellement les médecins à déléguer à d'autres professionnels ; il les incite en reconnaissant la valeur du travail d'équipe et des services indirects dans la formule de rémunération.) (Ministry of Health, 2025)

II. *Comparaison des deux modèles et influences*

1. Similarités entre le PL106 et le modèle LFP

Malgré des contextes et des méthodes de mise en œuvre différentes, le PL 106 et le modèle LFP présentent toutefois des similarités notables. La similitude la plus évidente est l'adoption d'une rémunération mixte comprenant un élément de capitation. La C-B. a innové son système de rémunération lors de l'intégration du *panel payment*, versé pour chaque patient attaché et ajusté selon la complexité du patient (voir section ci-haut). Le Québec reprend clairement ce principe dans le PL 106 : la création d'un paiement par capitation modulé en fonction du profil est au cœur du nouveau mode de rémunération (Gouvernement du Québec, 2025). Dans les deux cas, l'objectif est de rémunérer la disponibilité et la responsabilité de prise en charge populationnelle du médecin plutôt que seulement les services rendus. À la lumière des informations disponibles sur la composante de capitation du modèle québécois, il est très probable que les concepteurs se soient inspirés du succès initial du LFP en C.-B. De plus, le fait que le Québec prévoit un ajustement par critères de vulnérabilité via une analyse de l'INESSS (Gouvernement du Québec, 2025) laisse entrevoir une influence

technique directe : la C.-B. utilise l’outil ACG pour classer les patients en catégories de complexité dans le calcul du *panel payment* (Family Practice Services Comittee, 2023). Québec semble suivre la même voie de l’ajustement selon la morbidité, ce qui n’était pas nécessairement présent dans les anciens forfaits.

Une autre similitude est l’introduction d’une composante horaire/salariale dans la rémunération. Le modèle LFP consacre entre 70 à 75% de la rémunération des médecins via des codes de temps (heures travaillées) (Tevaarwerk, 2023), afin de valoriser l’effort consenti indépendamment du nombre de cas. Le PL 106 prévoit également un tarif horaire pour certaines tâches (Gouvernement du Québec, 2025), reconnaissant que tout le travail ne se mesure pas en actes cliniques. Ainsi, les deux modèles cherchent à rétribuer les activités non cliniques et la coordination. Ils tendent vers un équilibre entre paiement *per capita*, *per service* et *per hour*.

Une troisième similitude réside dans l’accent mis sur l’importance de la prise en charge longitudinale et l’accès. Même si les stratégies diffèrent (volontaire VS obligatoire), les deux réformes visent à ce qu’un maximum de citoyens ait un fournisseur de soins primaires attribué. Le terme du « *patient empanelled* » (patient inscrit sur une liste d’un médecin ou d’une clinique) est central en C.-B., de même que celui de la « prise en charge » l’est au Québec (Gouvernement du Québec, 2025). En outre, les deux modèles misent sur une orientation appropriée des patients : en C.-B., cela passe par le support aux cliniques pour intégrer d’autres professionnels (sans rendez-vous en PNC, etc.) au Québec par le filtre de la pertinence et l’affiliation collective.

Sur la question de la performance et de la reddition de compte, on note aussi une certaine parenté. Certes, le Québec pousse plus loin le mécanisme de la performance (avec le mécanisme de retenue). Cependant, la C.-B. n’est pas totalement dépourvue d’exigences de performance : le LFP impose que le médecin fournisse un éventail de services (des visites en établissements de soins de longue durée, suivi de grossesse, etc.) et qu’il respecte le ratio de 70% de soins à ses patients inscrits (Ministry of Health, 2025). Ne pas remplir ces obligations peut entraîner une exclusion du modèle. On pourrait donc affirmer qu’il s’agit d’une condition de performance plus implicite. Sous un autre angle, on pourrait dire que le Québec, quant à lui, formalise la performance vis-à-vis des besoins populationnels, là où la C.-B. a

formalisé la performance vis-à-vis de l'engagement du médecin individuel dans le modèle. Dans les deux cas, il y a l'idée de garantir que le médecin, en quelque sorte, joue le jeu : en C.-B., s'il n'inscrit pas assez de patients ou continue de ne faire que des petites consultations épisodiques, il sort du LFP ; au Québec, si le groupe de médecins ne contribue pas à atteindre les cibles établies par le gouvernement, il perd un revenu potentiel.

Enfin, mentionnons que les deux approches mettent de l'avant le renforcement du rôle du médecin de famille comme acteur important dans le système. Le discours en C.-B. était de considérer les cliniques de médecine familiale comme des « infrastructures critiques » (Ministry of Health, 2025) du système de santé et de reconnaître la valeur du médecin de famille dans la continuité des soins. Au Québec, le discours du ministre Christian Dubé autour du PL 106 est de redonner aux médecins de famille un rôle central dans la gestion de la santé de la population, une « responsabilité populationnelle » valorisante (Gouvernement du Québec, 2025). Il y a donc une similarité quant à la revalorisation symbolique de la médecine de famille.

Annexe II – Type d’indicateurs utilisés dans les modèles de paiement à la performance

I. Les indicateurs de processus

De manière générale, les indicateurs de processus sont présentés comme mesurant la réalisation d’actes ou de procédures conformes aux normes de bonnes pratiques cliniques. Ils évaluent si le soignant a accompli les interventions recommandées dans le processus de prise en charge (par exemple la réalisation d’un dépistage, d’une vaccination, ou le suivi régulier d’un patient atteint d’une maladie chronique). Ces indicateurs-là sont très courants dans les programmes de paiement à la performance (ci-après « P4P ») en soins primaires (Einjikenaar, 2011). Par exemple, le programme anglais *Quality and Outcomes Framework* (voir ci-bas) a instauré des indicateurs de processus pour le suivi de maladies chroniques, tels que la proportion des patients souffrant d’hypertension bénéficiant d’un examen de contrôle régulier (Jamili et al., 2023).

Ces indicateurs de processus donnent souvent naissance à des mesures de processus, qui visent à répondre à ces indicateurs. Par exemple, en Ontario, des incitatifs financiers ont été introduits pour augmenter le taux de dépistage (taux de mammographie, tests de sang occulte, etc.) (Kiran et al., 2014). Dans la littérature scientifique, on semble affirmer que ces mesures de processus ont l’avantage d’être généralement sous le contrôle direct des prestataires et faciles à documenter dans les dossiers médicaux, ce qui explique qu’elles soient plus souvent utilisées (et les indicateurs subséquents aussi) que les mesures de résultats finaux (Einjikenaar, 2011).

Limites

Toutefois, bien qu’utiles, les indicateurs de processus présentent des limites. Il en ressort de la littérature qu’ils ne garantissent pas en soi une amélioration des résultats de santé pour les patients. Un praticien pourrait accomplir toutes les actions requises sans pour autant obtenir de meilleurs résultats cliniques. On note également des effets pervers tels que la « boîte à cocher » qui relate une situation où les soignants risquent de concentrer leurs efforts sur ce qui est mesuré et rémunéré, au détriment de la qualité des soins (Einjikenaar, 2011).

Exemples concrets

- Proportion des patientes de 50 à 59 ans ayant reçu une mammographie dans les deux dernières années ;
- Taux de vaccination antigrippale chez les patients de 65 ans et plus ;
- Taux de dépistage du cancer colorectal chez les patients de 50 à 74 ans ;
- Nombre de patients asthmatiques ayant reçu un plan d'action écrit.

II. Les indicateurs de résultats cliniques (intermédiaires et finaux)

Les indicateurs de résultats cliniques mesurent l'état de santé obtenu chez les patients. Dans la littérature scientifique, on procède généralement à une distinction entre les résultats intermédiaires (pression artérielle, taux de cholestérol, etc.) et les résultats finaux (apparence de complications, hospitalisations évitables ou la mortalité). Dans les modèles de P4P, les indicateurs de résultats cliniques sont fréquemment utilisés aux côtés des indicateurs de processus. Par exemple, le QOF britannique récompensait non seulement les mesures de processus (examens de suivi), mais aussi l'atteinte de cibles intermédiaires, comme une proportion donnée de patients diabétiques avec une glycémie contrôlée (Jamili et al., 2023). Bien entendu, ces indicateurs visent à obtenir un réel impact clinique, pas seulement à effectuer des actes.

Cela étant dit, on remarque que les indicateurs de résultats cliniques finaux sont plus rares dans les modèles de P4P de première ligne, car ils sont difficiles à attribuer spécifiquement à l'action d'un médecin de famille (Einjikenaar, 2011). De plus, ces indicateurs exigent généralement des méthodes de rajustement des risques complexes pour tenir réellement compte des caractéristiques des patients (âge, comorbidité, statut économique) et ainsi éviter de pénaliser injustement les médecins ayant une clientèle plus lourde (Einjikenaar, 2011). Par exemple, sans les ajustements nécessaires, un médecin traitant des patients plus vulnérables pourrait apparaître, à tort, moins performant qu'un confrère avec une clientèle plus en santé. C'est pour cette raison que les programmes de P4P s'appuient généralement moins sur les indicateurs de résultats cliniques finaux (Einjikenaar, 2011).

Limites

Les indicateurs de résultats cliniques viennent également avec des défis méthodologiques. L'un des principaux risques est l'effet sur l'équité. Par exemple, si l'on rémunère les médecins sur des taux de patients dits « guéris » (finaux) ou bien contrôlés (intermédiaires), on peut involontairement les inciter à sélectionner leurs patients. À cet effet, les médecins éviteraient les patients les plus malades pour améliorer leur score (Einjikenaar, 2011). Afin de contrer ce phénomène, le Royaume-Uni a, par exemple, implanté dans le QOF, un système de reportage d'exception permettant aux médecins de ne pas être pénalisés pour certains patients exclus pour raisons justifiées (refus de traitement, non-observance malgré suivi, etc.) (Einjikenaar, 2011). Enfin, on dénote également un enjeu de fiabilité statistique des indicateurs de résultats : dans un cabinet avec un nombre relativement bas de patients, des indicateurs peuvent fluctuer aléatoirement d'une année à l'autre. Ça peut rendre la mesure peu fiable et décourager les médecins si, au bout du compte, la variabilité aléatoire finit par plus compter que la performance réelle (Einjikenaar, 2011).

Exemples concrets

- Taux de patients hypertendus ayant une pression artérielle de < 140/90 mmHg ;
- Diminution du taux d'hospitalisation pour décompensation cardiaque chez les patients suivis en GMF ;
- Taux de complication du diabète (amputations, néphropathies) par 1000 patients ;
- Réduction du taux de réadmissions dans les 30 jours suivant une hospitalisation.

III. Les indicateurs de satisfaction et d'expérience patient

Les indicateurs de satisfaction et d'expérience patient reflètent le point de vue des patients sur les soins reçus. Ils peuvent inclure, soit la satisfaction globale vis-à-vis le médecin ou la clinique, ou les éléments plus spécifiques de l'expérience de soins (facilité à prendre un rendez-vous, qualité de communication avec le médecin, participation aux décisions, etc.) Ces indicateurs sont principalement mesurés via des questionnaires distribués aux patients, ou des enquêtes nationales de satisfaction (Centers for Medicare & Medicaid Services, s.d.).

Plusieurs modèles de P4P en soins primaires ont intégré des indicateurs de satisfaction et d'expérience patient. Au Royaume-Uni, le QOF avait initialement un pan destiné à l'expérience patient, évalué à l'aide d'un questionnaire auprès des patients (NHS, England, 2018). Aux États-Unis, le modèle de P4P de l'Integrated Healthcare Association (IHA) en Californie a explicitement inclus l'expérience patient comme l'un des quatre axes de performance évalués, aux côtés de la qualité clinique, de l'adoption des dossiers électroniques et de l'utilisation efficiente des ressources (Jamili et al., 2023).

Limites

Les indicateurs de satisfaction et d'expérience patient présentent des défis particuliers. D'une part, la mesure de satisfaction peut être subjective et influencée par des facteurs externes. D'autre part, un risque pervers est que pour maximiser la satisfaction, certains praticiens pourraient être tentés de céder à des demandes de patients même lorsqu'elles ne sont pas médicalement justifiées (par exemple, prescription d'un psychostimulant pour satisfaire un étudiant pressant). Malgré tout, des études suggèrent qu'à court terme, les programmes de P4P n'ont pas dégradé la satisfaction et peuvent même l'améliorer lorsque les médecins s'engagent dans des efforts de communication (Baker et al., 2008).

Exemples concrets

- Pourcentage de patients déclarant avoir obtenu un rendez-vous dans les 48h ;
- Niveau de satisfaction quant à la communication médecin-patient ;
- Taux de patients disant que leur médecin les implique dans les décisions ;
- Pourcentage de patients satisfaits du temps accordé en consultation.

IV. Les indicateurs d'efficience

Les indicateurs d'efficience visent à mesurer la performance sous l'angle de l'optimisation des ressources utilisées par rapport aux résultats obtenus. Plus simplement, ils évaluent si les soins sont prodigués de manière coût-efficace et sans gaspillage. Dans les soins primaires, ça peut couvrir plusieurs dimensions (la prescription efficiente de médicaments, l'usage approprié des examens, etc.) Plusieurs modèles P4P intègrent des indicateurs liés aux coûts ou à l'utilisation des services. Par exemple, le NHS dans le QOF a introduit des indicateurs

liés à la prescription, comme le suivi de la dépendance aux benzodiazépines ou l'atteinte d'un pourcentage de prescriptions génériques (indicateurs d'efficacité économique) (Jamili et al., 2023). En France, la RSOP comprend des indicateurs de « prescription médicamenteuse efficiente », par exemple, le respect de certains référentiels de prescription coût-efficacité. En Australie, le *Practice Incentives Program* a également un volet de qualité de prescription visant à encourager l'usage de médicaments coût-efficaces. Aux États-Unis, le modèle P4P de la Californie, le IHA, inclut un pan visant l'utilisation appropriée des ressources mesurant par exemple le taux d'hospitalisations potentiellement évitables ou l'utilisation appropriée d'examens d'imagerie (Jamili et al., 2023). L'objectif de ces indicateurs est de stimuler les médecins et autres praticiens à fournir les meilleurs soins, au meilleur coût. Cela répond généralement aux préoccupations des gouvernements d'améliorer non seulement la qualité, mais aussi la viabilité financière du système de santé.

Limites

L'un des risques apparents est d'inciter involontairement les professionnels de la santé à sous-utiliser les soins nécessaires, afin d'économiser des coûts, si les indicateurs sont initialement mal calibrés. De même, à l'image des indicateurs de résultats cliniques, un indicateur de coût moyen par patient pourrait pénaliser les professionnels de la santé qui prennent en charge une clientèle affectée par plusieurs pathologies. À cet effet, la littérature souligne qu'il est indispensable d'ajuster les indicateurs d'efficacité en fonction du profil des patients (Einjikenaar, 2011). En effet, les mesures d'utilisation des ressources demandent un ajustement du risque tout aussi pointu que pour les résultats de santé, afin de garantir une comparaison équitable entre les médecins (Jamili et al., 2023).

Exemples concrets

- Taux de prescription de médicaments génériques ;
- Nombre moyen de tests de laboratoire prescrits par patient diabétique ;
- Pourcentage d'IRM prescrites pour lombalgie, sans « red flag » ;

- Taux d'utilisation de l'imagerie abdominale chez les patients sans critères cliniques de gravité.

V. Les indicateurs d'accès et d'équité

Les indicateurs d'accès et d'équité mesurent la capacité du praticien à offrir des soins en temps opportun et à l'ensemble de la population cible. Cela peut inclure des mesures telles que : le taux de patients sans rendez-vous suivis le jour même, l'existence de consultations en dehors des heures ouvrables (soirs et fins de semaines), la couverture géographique de l'offre de soins, etc. Les indicateurs d'équité, quant à eux, cherchent à évaluer dans quelle mesure la qualité et l'accessibilité des soins sont réparties équitablement entre les groupes de population plus vulnérables.

Des exemples internationaux peuvent bien illustrer l'intégration de ces indicateurs dans le modèle P4P. En Nouvelle-Zélande, par exemple, on dédie une partie des indicateurs à l'amélioration de la santé des populations défavorisées, incluant souvent les minorités ethniques ou les zones défavorisées. Les médecins sont donc récompensés pour avoir atteint des cibles au sein de ces groupes spécifiques (Jamili et al., 2023). L'Australie a également mis en place des incitations financières pour encourager la prestation de services dans les zones rurales ou mal desservies, via des bonus pour les cabinets situés en milieu éloigné (Jamili et al., 2023).

Limites

Bien entendu, l'accès est une notion multidimensionnelle et la minimiser à quelques indicateurs peut être réducteur. Par exemple, garantir un rendez-vous en 48h est en soi positif, mais cela n'en dit rien sur la qualité et la durée de la consultation obtenue. Quant à l'équité, le principal enjeu d'un modèle P4P mal calibré peut aggraver les inégalités au lieu de les réduire. Ce risque avait été souligné lors de la mise en place du QOF au Royaume-Uni : on craignait que les cabinets aisés profitent davantage des incitations que les cabinets des quartiers pauvres (Doran et al., 2008). Heureusement, les études ont démontré que le QOF n'a pas creusé les inégalités de qualité, mais a au contraire contribué à les réduire pour certains indicateurs cliniques (Doran et al., 2008). À cet effet, on remarque que les indicateurs

d'accès et d'équité demandent une conception fine pour éviter des pénalités indues à ceux qui soignent les patients les plus complexes.

Exemples concrets

- Proportion des plages horaires offertes le soir ou la fin de semaine ;
- Taux de vaccination chez les enfants autochtones comparé à la population générale ;
- Pourcentage de patients vus dans les 7 jours suivant une demande non urgente ;
- Nombre de patients orphelins nouvellement affiliés à une pratique.