

Mémoire sur le Projet de loi no 106 : Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux

ANALYSE DE LA PLAUSIBILITÉ ET DE LA DÉSIRABILITÉ DES MÉCANISMES D'INTERVENTIONS MIS DE L'AVANT DANS LE PROJET DE LOI 106

Damien Contandriopoulos PhD
Université de Victoria

Mai 2025

Sommaire

Le projet de loi 106 met de l'avant deux objectifs principaux : assurer la prise en charge de l'ensemble des citoyens par un milieu de pratique de première ligne et améliorer l'accès aux services médicaux, tant en médecine spécialisée qu'en soins primaires. Le présent mémoire analyse les dispositions législatives et réglementaires comprises dans le projet de loi en les regroupant en cinq mécanismes d'action principaux.

- 1) La transformation du modèle de rémunération des médecins omnipraticiens vers un modèle mixte comprenant une capitation de groupe, un montant horaire, une rémunération à l'acte et des primes de performance.
- 2) L'attribution, par les départements territoriaux de médecine familiale, d'un milieu de pratique à chaque personne assurée de leur territoire.
- 3) La possibilité, pour un médecin, de sous-traiter certains soins à d'autres professionnels de la santé en utilisant le montant de capitation qui lui est versé.
- 4) La mise en place d'un système incitatif de suppléments collectifs à la performance, applicable à l'ensemble des médecins.
- 5) La création ou le renforcement du rôle de « représentant du milieu de pratique » dans tous les milieux de pratiques, tant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes.

La plausibilité et la pertinence des mécanismes proposés sont évaluées à la lumière des objectifs énoncés dans le projet de loi, ainsi qu'en regard de principes fondamentaux tels que l'équité, la transparence et l'imputabilité. Cette analyse repose, d'une part, sur les données quantitatives disponibles concernant les dépenses médicales et le volume de soins produits au Québec entre 2013 et 2022. D'autre part, l'analyse s'appuie largement sur les connaissances scientifiques dérivées de travaux menés au Québec et à l'international.

Le projet de loi 106 constitue sans conteste l'initiative législative la plus ambitieuse des dernières décennies en matière d'organisation de la production des services médicaux. Toutefois, notre analyse suggère que, malgré son ambition, le projet de loi ne suffira pas, à lui seul, à améliorer l'accès aux soins. Sans l'ajout de mesures concrètes de soutien à la pratique, ses effets risquent de demeurer limités. Le mémoire suggère donc une redéfinition des priorités, en mettant l'accent sur d'autres leviers d'action, notamment le travail interdisciplinaire, le développement d'infrastructures adéquates, et le renforcement de la gouvernance clinique fondée sur une logique de régulation professionnelle à l'échelle locale.

Sur le plan pratique, le mémoire propose 13 recommandations concrètes visant à bonifier le projet de loi :

1. Il apparaît important que le Québec se dote d'une stratégie à long terme visant une plus grande équité entre les revenus des différents groupes de médecins – y compris entre

- omnipraticiens et spécialistes – en fonction de la nature, de l'intensité et de la complexité du travail accompli.
2. Pour qu'un système de capitation produise de bons résultats, il est essentiel de mesurer l'accès réel aux soins et d'ajuster les paramètres ou les paiements lorsque l'accessibilité n'est pas jugée satisfaisante. Il faudrait que le projet de loi précise clairement l'approche qui sera retenue en matière de monitoring de l'accessibilité des soins de première ligne.
 3. Un modèle de rémunération qui comporte une forte composante de capitation peut poser un risque significatif sur le plan de l'équité. Il serait important que la modulation des montants de capitation tienne compte des facteurs socio-économiques. Les travaux de l'équipe de Robert Pampalon [1] à l'INSPQ offrent une base intéressante pour enrichir l'approche proposée dans le projet de loi.
 4. Afin de favoriser l'accessibilité, il pourrait être préférable de permettre la coexistence de modèles de rémunération et de pratiques complémentaires, plutôt que d'imposer un modèle unique. Il serait ainsi pertinent de s'assurer que le modèle de rémunération proposé ne ferme pas la porte à une pratique médicale de type « sans rendez-vous » qui répond à des besoins ponctuels, mais légitimes de la population.
 5. Il est probable qu'une transition rapide vers un modèle de rémunération très différent entraîne des effets imprévus. Il serait judicieux d'envisager une stratégie d'implantation fondée sur une transition progressive et volontaire – même si ce volontarisme peut être encouragé par des incitatifs – des milieux de soins vers le nouveau modèle.
 6. Il est essentiel de distinguer l'inscription auprès d'un milieu de l'accès réel aux soins. Sans un ajout substantiel de ressources, il est peu probable que de confier aux départements territoriaux de médecine familiale la responsabilité d'attribuer un milieu de soins à toute personne assurée se traduise par une amélioration significative de l'accessibilité aux services.
 7. Il est essentiel d'assurer une séparation claire et étanche entre les sommes qui peuvent constituer un revenu pour les médecins et celles allouées à l'embauche et à la rémunération de professionnels non-médecins. Cela implique une révision et une clarification de l'article 13.3.a du projet de loi, afin de garantir que le renforcement d'une véritable interdisciplinarité dans l'offre de soins de première ligne ne soit pas compromis.
 8. Tant l'expérience québécoise que les données probantes sur le sujet suggèrent que le potentiel du système de suppléments collectifs proposé dans le projet de loi est, au mieux, très limité. En fait, il est plausible de croire que ce système puisse s'avérer plus préjudiciable que bénéfique.
 9. Le choix d'allouer les versements de capitation au niveau collectif du milieu de pratique et le renforcement du rôle des « représentants du milieu de pratique » constituent les aspects les plus structurants et innovants du projet de loi. Si, malgré les limites des approches incitatives décrites dans le mémoire, le gouvernement souhaite implanter une

- telle approche pour les soins primaires, c'est probablement par la modulation des paiements de capitation que le potentiel est le plus grand.
10. Bien que le texte ne précise pas que les représentants du milieu de pratique doivent être des médecins, il semble essentiel que ce rôle soit réservé à des médecins actifs dans le milieu concerné, à l'image du rôle assumé par un directeur des services professionnels en établissement hospitalier.
 11. Il serait pertinent que le projet de loi aille plus loin dans la structuration du travail en médecine spécialisée. Si, malgré les limites discutées dans le mémoire, le gouvernement souhaite recourir à une approche incitative pour y parvenir, les dispositions visant la formalisation de milieux locaux de pratique pour les soins spécialisés — notamment les articles 29.26 et 29.27 — devraient être accompagnées de cibles claires, dont l'atteinte relèverait directement des milieux concernés.
 12. Le gouvernement du Québec devrait envisager de développer une plateforme publique de mise à disposition des données agrégées provenant de la RAMQ, selon une approche inspirée du courant des « données ouvertes » (open data).
 13. Améliorer l'accès aux soins tout en maximisant la qualité des services et l'efficacité du modèle de production repose en grande partie sur des investissements réalisés en dehors des enveloppes de rémunération médicale. Il serait donc pertinent d'orienter une part des investissements futurs vers des modalités concrètes de soutien à la pratique, telles que le développement d'infrastructures adaptées, le renforcement du soutien administratif ou encore l'ajout des ressources nécessaires à la consolidation du travail en équipes interdisciplinaires.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	v
Introduction	1
Présentation de l'auteur	1
Analyse quantitative des tendances 2013-2022	2
Principes généraux	6
Mécanisme 1 : Réforme du modèle de rémunération des omnipraticiens	7
Mécanisme 2 : Affiliation à un milieu de pratique	9
Mécanisme 3 : Sous-traitance de services	11
Mécanisme 4 : Suppléments collectifs à la performance	12
Mécanismes 5 : Représentants du milieu de pratique	14
Conclusion	16
Références	18

Introduction

Dans son introduction, le projet de loi 106 met de l'avant deux objectifs principaux : assurer la prise en charge de l'ensemble des citoyens par un milieu de pratique de première ligne et améliorer l'accès aux services médicaux, tant en médecine spécialisée qu'en soins primaires.

Pour atteindre ces objectifs, le projet de loi repose sur cinq mécanismes principaux :

- 1) La transformation du modèle de rémunération des médecins omnipraticiens vers un modèle mixte comprenant une capitation de groupe, un montant horaire, une rémunération à l'acte et des primes de performance.
- 2) L'attribution, par les départements territoriaux de médecine familiale, d'un milieu de pratique à chaque personne assurée de leur territoire.
- 3) La possibilité, pour un médecin, de sous-traiter certains soins à d'autres professionnels de la santé en utilisant le montant de capitation qui lui est versé.
- 4) La mise en place d'un système incitatif de suppléments collectifs à la performance, applicable à l'ensemble des médecins.
- 5) La création ou le renforcement du rôle de « représentant du milieu de pratique » dans tous les milieux de pratiques, tant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes.

En parallèle, le projet de loi accorde davantage de pouvoirs au ministre pour intervenir par voie réglementaire sur les modèles de rémunération. Cependant, faute d'une expertise spécifique sur le sujet, cet aspect ne sera pas abordé ici.

Ce mémoire est structuré principalement autour des cinq mécanismes énumérés ci-dessus. L'analyse se concentre sur les enjeux liés à l'opérationnalisation des structures et des processus proposés dans le projet de loi. Toutefois, avant d'aborder l'analyse des mécanismes, le mémoire débute par une contextualisation de la situation à partir d'une analyse quantitative de l'évolution de l'effectif médical, des dépenses en santé et de l'offre de soins, ainsi que par la présentation de quelques principes généraux pertinents.

Présentation de l'auteur

Damien Contandriopoulos, Ph. D., est professeur titulaire et directeur associé aux cycles supérieurs à l'École des sciences infirmières de l'Université de Victoria. Titulaire d'un doctorat en santé publique (administration de la santé) de l'Université de Montréal, il a également complété un postdoctorat en science politique. Ses travaux portent principalement sur l'analyse des politiques de santé, l'utilisation des données probantes dans les processus décisionnels, les modèles de rémunération des médecins ainsi que sur le développement et l'évaluation de modèles de prestation de soins primaires performants.

Analyse quantitative des tendances 2013-2022

Entre 2013 et 2022, les données de la RAMQ (tableaux SM21) et de l'ICIS (base de données NHEX) montrent une croissance continue du nombre de médecins par habitant au Québec. On observe ainsi une augmentation de 11 % du nombre de médecins omnipraticiens pour 1000 habitants tandis que l'augmentation est de 8 % pour les spécialistes.

En ce qui concerne le volume moyen de soins fournis par médecin (actes, forfaits et unités horaires combinés), il est resté stable chez les omnipraticiens (0 %), tandis qu'il a diminué de 11 % chez les spécialistes.

Malgré cette dernière tendance, le volume moyen de soins par habitant a légèrement augmenté pour la médecine de famille (+11 %), grâce à l'augmentation du nombre d'omnipraticiens, alors qu'il a reculé pour les soins spécialisés (-4 %), en raison de la combinaison d'une hausse plus modeste des effectifs et d'une baisse de la productivité individuelle moyenne. Cette baisse de la productivité peut s'expliquer soit par des choix individuels soit par des contraintes liées à l'organisation des soins qui limitent le volume d'activité.

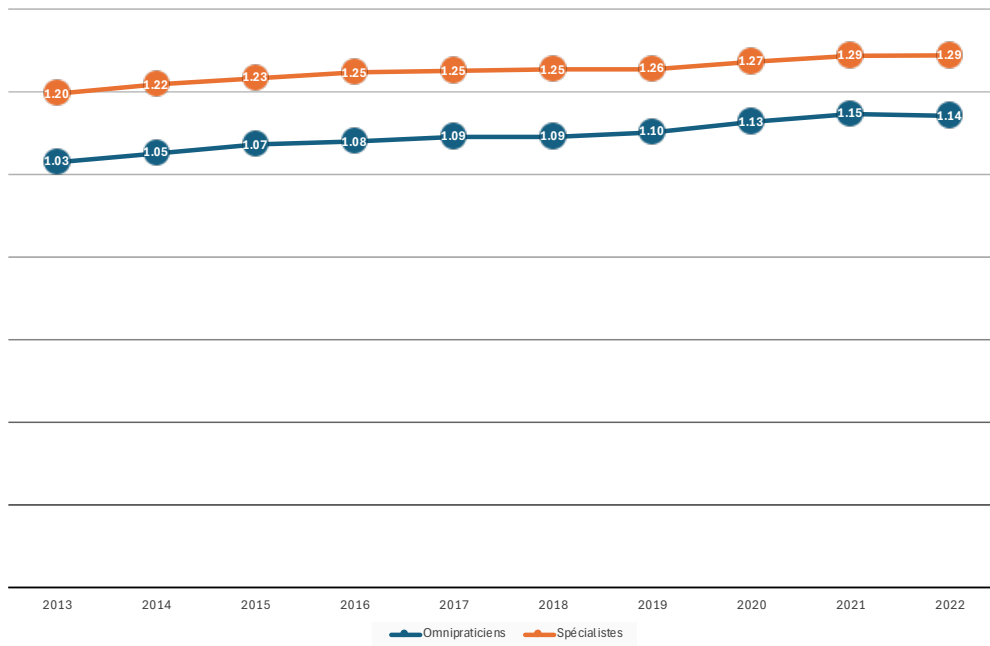
Sur le plan financier, en 2022, la rémunération totale des médecins omnipraticiens s'élevait à environ 2,7 milliards de dollars courants (soit 37 % du total) et à environ 4,7 milliards pour les spécialistes (63 % du total). Ces montants reflètent des augmentations respectives de 29 % et 30 % en dollars courants sur les dix ans analysés ici. Cependant, en tenant compte de l'inflation (+25 % selon l'indice implicite de prix des dépenses gouvernementales courantes de l'ICIS), ces hausses correspondent à des augmentations réelles beaucoup plus modestes, de 3 % pour les omnipraticiens et de 4 % pour les spécialistes sur les 10 ans analysés.

Si on s'intéresse aux prix unitaires, l'indice composite du coût par unité de soins a stagné pour les spécialistes (+2%), tandis qu'il a significativement diminué pour les omnipraticiens (-13%).

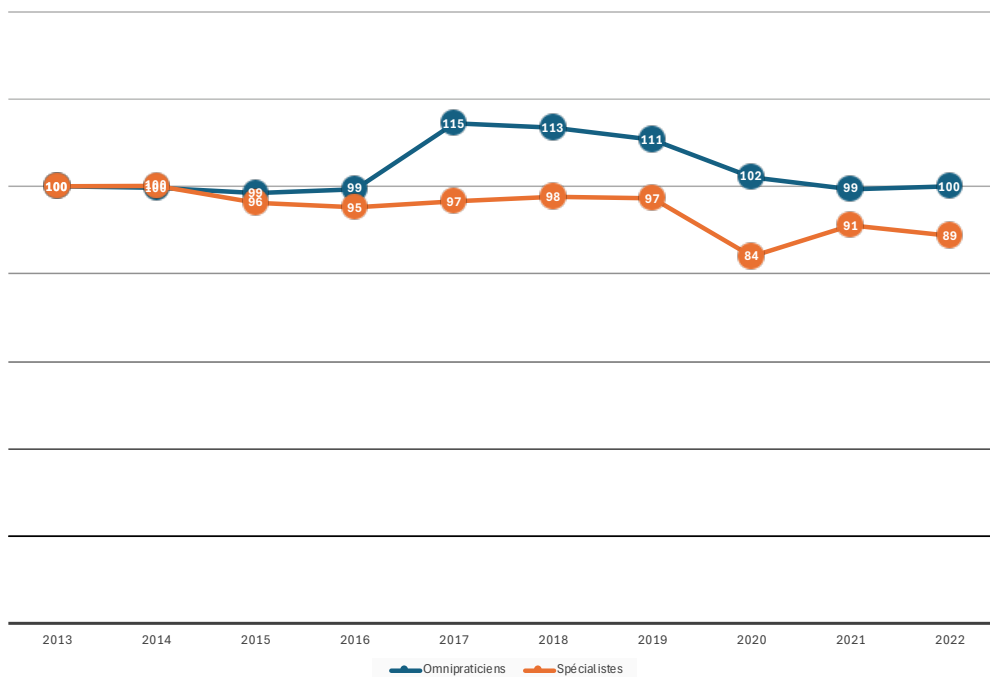
Finalement, la facturation moyenne en 2022 atteignait 273 112 \$ pour un omnipraticien et 420 405 \$ pour un spécialiste. Toutefois, après ajustement pour l'inflation, ces chiffres montrent une légère diminution en dollars constants, traduisant un léger recul des revenus réels moyens par médecin sur cette période.

En conclusion, l'analyse des chiffres de la RAMQ sur les dix dernières années pour lesquelles les données sont disponibles montre des investissements modestes dans le secteur de la rémunération médicale. Les sommes investies ont surtout servi à financer une augmentation de l'effectif (tant en nombre absolu de médecins qu'en nombre de médecins par personne). L'augmentation de l'effectif a permis une augmentation du volume de soins par habitant pour les omnipraticiens (+11%), mais n'a pas eu d'impact positif sur le volume de soins spécialisés qui a diminué (-4%).

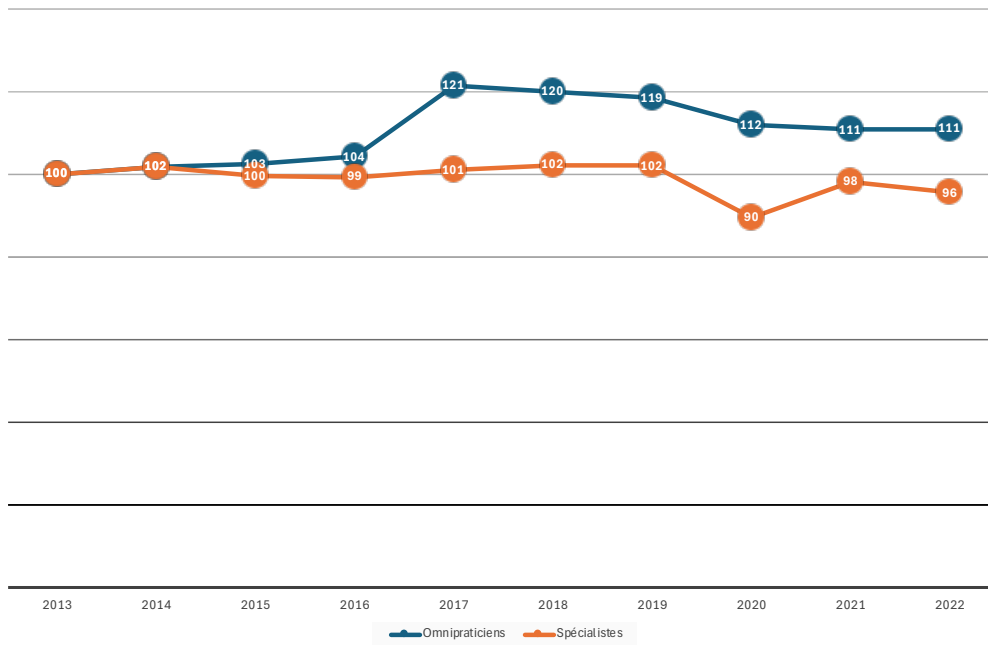
Évolution du nombre de médecins pour 1000 habitants (Source RAMQ SM21 et ICIS NHEX)



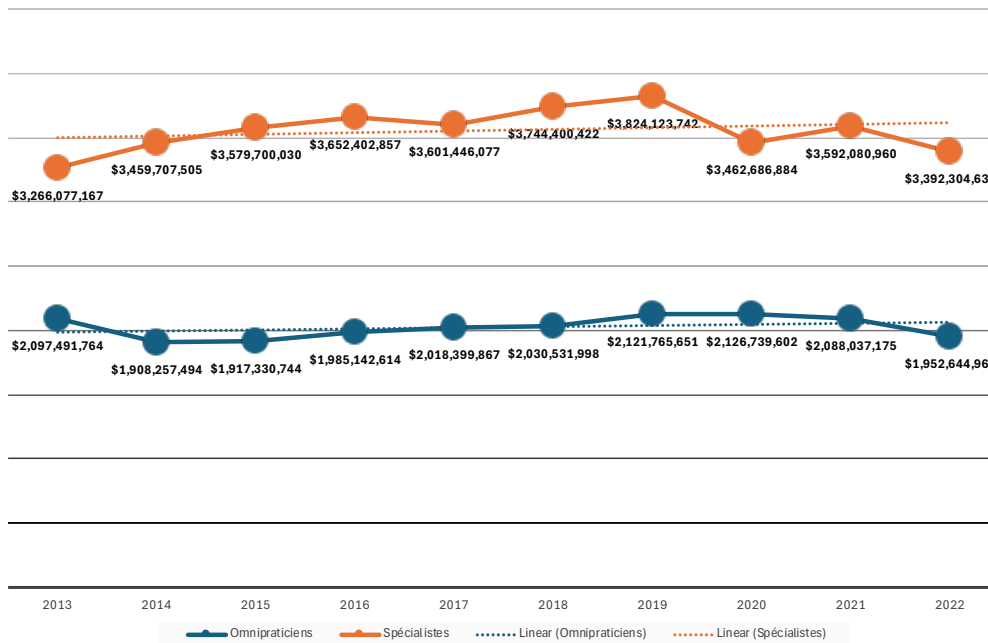
Évolution du volume de soins par médecin (Source RAMQ SM21)



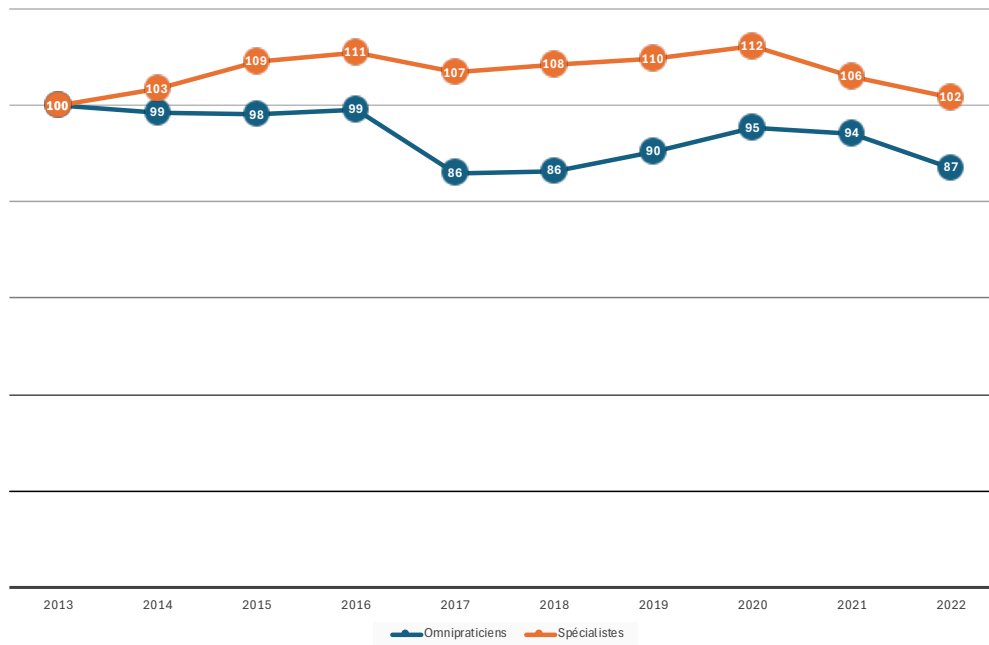
Évolution du volume de soins par habitant (Source RAMQ SM21 et ICIS NHEX)



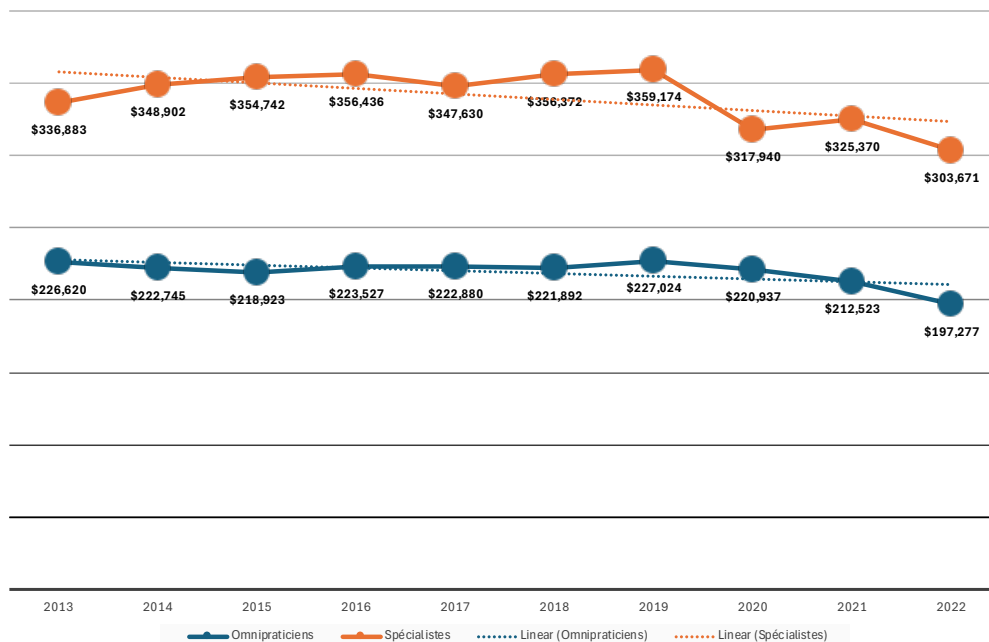
Évolution de la rémunération totale en dollars constants de 2010 (Source RAMQ SM21 et ICIS NHEX)



Évolution du prix par unité de soins en dollars constants ((Source RAMQ SM21 et ICIS NHEX)



Évolution de la facturation moyenne par médecin en dollars constants de 2010 (Source RAMQ SM21 et ICIS NHEX)



Principes généraux

Il convient ici de distinguer les notions de *mode* et de *modèle* de rémunération. Un mode de rémunération désigne un principe général d'allocation de la rémunération. Par exemple :

- Le salariat repose sur le versement d'un montant forfaitaire, défini contractuellement, généralement en lien avec une durée de travail déterminée.
- Le paiement à l'acte implique une rémunération basée sur une facturation unitaire pour chaque service rendu, selon une grille tarifaire prédéfinie.
- La capitation consiste en un montant forfaitaire versé par patient pris en charge pour une période donnée, généralement ajusté selon certaines caractéristiques du patient.

Il est important de souligner que ces modes de rémunération sont toujours des idéaux types qui représentent des principes théoriques.

Un modèle de rémunération, en revanche, correspond à la mise en œuvre concrète, dans un contexte spécifique, d'un ou de plusieurs de ces modes. En pratique, la majorité des modèles de rémunération médicale combinent plusieurs modes. Par exemple, bien que la rémunération des omnipraticiens au Québec repose en ce moment principalement sur le paiement à l'acte, une proportion non négligeable (environ 14 %) provient de mécanismes de capitation. C'est notamment le cas des incitatifs à l'inscription de patients, tels que les forfaits annuels, qui constituent une rémunération forfaitaire par patient inscrit pour une durée déterminée.

La littérature scientifique portant sur les effets des différents modes de rémunération montre qu'aucun mode n'est intrinsèquement supérieur aux autres [2-10]. La pertinence ou la désirabilité d'un mode dépend principalement de sa compatibilité avec les objectifs visés, de la nature de la pratique médicale concernée, ainsi que des modalités concrètes de son opérationnalisation.

Parmi les principes fondamentaux devant orienter l'élaboration d'un modèle de rémunération, celui d'équité doit occuper une place centrale. L'équité implique que chaque individu reçoive une rémunération juste au regard de la nature, de l'intensité et du niveau de complexité du travail accompli. L'équité de la rémunération devrait s'évaluer notamment en fonction des revenus moyens dans la société, mais aussi par rapport à ceux des pairs exerçant dans des contextes similaires. Un modèle de rémunération qui entraînerait des écarts significatifs de revenu entre des médecins œuvrant dans des sous-secteurs ou types de pratiques différents, sans justification fondée sur des différences objectives de charge ou de complexité du travail, constituerait une forme d'iniquité.

À ce sujet il importe de rappeler que l'écart de rémunération entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes au Québec demeure significatif. En 2022, la facturation moyenne — incluant les actes, forfaits, honoraires forfaitaires et salariat — s'élevait à 273 112 \$ pour un omnipraticien, contre 420 405 \$ pour un médecin spécialiste. Ainsi, la facturation moyenne pour un omnipraticien ne représente qu'environ 65 % de celle d'un spécialiste. Cet écart est probablement encore plus grand si

on s'intéresse au revenu plutôt qu'à la facturation, dans la mesure où les frais de pratique sont généralement plus élevés pour les omnipraticiens que pour les spécialistes.

Or, la légitimité d'un modèle de rémunération repose en grande partie sur la perception de justice et de cohérence entre les revenus des différents groupes de professionnels, notamment en fonction de la nature, de l'intensité et de la complexité du travail accompli. **À cet égard, il apparaît essentiel que le Québec se dote d'une stratégie à long terme visant à mieux arrimer la rémunération médicale à ces dimensions, y compris entre omnipraticiens et spécialistes.**

Un second principe fondamental devant orienter l'élaboration d'un modèle de rémunération est son intelligibilité et sa transparence. Un modèle de rémunération ou d'incitation doit être facilement compréhensible, tant pour les travailleurs qui en bénéficient que pour les autres parties prenantes. Ceci est particulièrement vrai dans le cas où des incitatifs financiers sont associés à la rémunération.

La complexité actuelle système de rémunération médicale au Québec est une de ses faiblesses. La négociation des enveloppes de financement, tout comme le fonctionnement des comités paritaires responsables de l'élaboration des règlements d'application et des manuels de facturation, demeure remarquablement opaque. Les règles de facturation et les manuels sont si complexes que de nombreux médecins reconnaissent n'en avoir qu'une compréhension partielle et délèguent la facturation à des firmes spécialisées. Pour les médecins de famille, plusieurs bonifications sont regroupées dans des versements trimestriels ou annuels, ce qui obscurcit le lien entre le travail clinique et les revenus perçus. Les résultats d'un précédent projet [2] avaient déjà montré que de nombreux médecins de famille comprenaient mal la relation entre leurs activités cliniques quotidiennes et les sommes reçues. Or, si les cliniciens ne peuvent pas établir un lien clair entre leurs comportements et leur rémunération, l'effet incitatif s'en trouve largement annulé.

Pour qu'un incitatif fonctionne, deux conditions de base doivent être réunies : d'abord, les règles doivent être claires et transparentes afin que les professionnels puissent facilement faire le lien entre leurs actions et les bénéfices obtenus; ensuite, les médecins doivent avoir un contrôle direct sur les cibles visées.

Mécanisme 1 : Réforme du modèle de rémunération des omnipraticiens

La composante la plus structurante du projet de loi 106 est de mettre de l'avant un recours accru au mode de rémunération par capitation. L'idée de rémunérer les médecins de famille selon un modèle de capitation n'est pas nouvelle. Déjà, dans les années 1990, des travaux menés par Yvon Brunelle au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux [11, 12] avaient permis d'analyser en détail les paramètres nécessaires à la mise en œuvre d'un tel modèle. La capitation est d'ailleurs utilisée ailleurs au Canada, principalement en Ontario [8, 13]. De même, comme mentionné plus tôt, le Québec

alloue actuellement environ 14% de la rémunération des omnipraticiens selon des modalités de capitation.

La capitation est un mode de rémunération principalement utilisé dans le contexte de la médecine de famille et dont les caractéristiques sont bien documentées [14]. Il est toutefois important d'insister sur le fait que la capitation ne constitue pas une solution miracle. Le versement d'un montant forfaitaire – à un médecin ou à une équipe – pour la prise en charge d'un groupe de patients ne garantit pas une amélioration des soins ou de l'accessibilité.

En ce qui a trait à l'amélioration de l'accessibilité, un risque bien documenté de la capitation est que les milieux de soins acceptent d'inscrire des patients, mais restreignent la capacité de ceux-ci à obtenir des soins en temps opportun. Les HMO américains, par exemple, ont souvent été critiqués pour les barrières qu'ils instaurent dans l'accès aux soins [15-17]. De même, le NHS britannique a toujours été confronté à des tensions entre inscription et accès [8]. Cette caractéristique conduit à deux questions fondamentales.

Une première question concerne les paramètres d'imputabilité des milieux qui recevront des versements de capitation. Quelles seront les mesures mises en place pour garantir une accessibilité satisfaisante aux services pour les patients inscrits? Actuellement, le Québec utilise largement l'assiduité comme indicateur d'accès au milieu d'inscription. Or, cet indicateur repose sur le postulat que les patients peuvent consulter ailleurs en cas de besoin. Dans un système de capitation stricte, cette possibilité peut devenir très limitée – comme cela sera discuté plus loin. Par conséquent, dans un tel système même les milieux offrant une accessibilité faible pourraient tout de même afficher de bons résultats en matière d'assiduité si cet indicateur continue d'être utilisé.

Pour qu'un système de capitation produise de bons résultats, il est essentiel de mesurer l'accès réel aux soins et d'ajuster les paramètres ou les paiements lorsque l'accessibilité n'est pas jugée satisfaisante. Bien qu'il représente un défi technique important, ce suivi est fondamental. Il serait donc crucial que le projet de loi précise clairement l'approche qui sera retenue en matière de monitoring de l'accessibilité des soins de première ligne.

Un second risque lié à l'accessibilité est la sélection des patients. Les formules de capitation sont généralement ajustées pour tenir compte de la « lourdeur » ou de la « complexité » des patients (le projet de loi utilise le terme de « vulnérabilité »). Cet ajustement vise à éviter que les milieux de pratique aient un trop grand incitatif à inscrire des patients en santé et à délaisser les patients qui demandent beaucoup de soins ou des soins plus complexes.

Il est important de souligner que les médecins sont de loin les mieux placés pour évaluer avec justesse et finesse la « lourdeur » ou la « complexité » des patients. Leur appréciation de la complexité réelle des cas est largement plus précise que celle pouvant être établie à partir de données administratives. En ce sens, si un médecin souhaitait intentionnellement contourner le système en inscrivant majoritairement des patients moins exigeants que ce qu'ils rapportent, il ne fait aucun

doute qu'il en aurait la capacité. **Comme le souligne à plusieurs reprises le présent mémoire, il n'existe aucun substitut à l'autorégulation professionnelle.**

Par ailleurs, les déterminants sociaux de la santé [18] jouent un rôle central dans la complexité réelle des patients. La pauvreté, l'isolement social, l'immigration récente, la position dans la hiérarchie sociale, le fait d'être racisé, entre autres facteurs, influencent fortement à la fois le niveau des besoins et la complexité des soins requis. Le projet de loi 106 emploie le terme « vulnérabilité » pour désigner la complexité des patients, mais la définition qu'il en donne ne reflète pas adéquatement ce concept. En particulier, les modalités proposées pour établir les « profils de santé » négligent entièrement les déterminants sociaux de la santé. **Un modèle de rémunération qui comporte une forte composante de capitation peut poser un risque significatif sur le plan de l'équité. Il serait donc essentiel que les modalités de modulation des montants de capitation tiennent compte, autant que possible, des facteurs sociaux et économiques. Les travaux de l'équipe de Robert Pampalon [1] à l'INSPQ sont reconnus internationalement et offrent une base intéressante pour enrichir l'approche proposée dans le projet de loi.**

Les paramètres de négociation des tarifs rendus publics par le Secrétariat du Conseil du Trésor et le ministère de la Santé et des Services sociaux le 19 mars 2025 suggèrent que le montant annuel versé pourrait varier dans un rapport de plus de 18 pour 1 entre un patient de code « vert » et un patient de code « rouge ». Un tel écart rend d'autant plus crucial que l'attribution du niveau de complexité reflète fidèlement les besoins réels et la complexité des soins requis.

L'un des principaux défis soulevés par l'analyse du projet de loi 106 réside dans le fait qu'il propose une transformation majeure du modèle de rémunération des médecins omnipraticiens sans en préciser les modalités concrètes d'opérationnalisation, lesquelles seront définies ultérieurement par voie réglementaire. Or, la littérature indique qu'un mode de rémunération, même bien aligné en théorie avec un type de pratique et des objectifs politiques donnés, peut produire des résultats insatisfaisants, voire contre-productifs, s'il est mal conçu dans ses modalités pratiques.

Mécanisme 2 : Affiliation à un milieu de pratique

Un enjeu similaire touche l'accès aux soins pour les personnes non inscrites. Le projet de loi 106 prévoit des dispositions confiant aux départements territoriaux de médecine familiale la responsabilité d'attribuer un milieu de soins à toute personne assurée résidant sur leur territoire. Toutefois, en pratique, il est irréaliste de croire que l'ensemble des résidents du Québec puissent être inscrits auprès d'un milieu de pratique. Certaines personnes seront toujours en situation de transition (par exemple, un déménagement, un changement de territoire ou de milieu de soins ainsi que les personnes en situation d'itinérance). D'autres, bien qu'inscrites, pourraient nécessiter des soins lors d'une absence temporaire de leur territoire habituel. Par ailleurs, certaines personnes, faute d'information ou d'intérêt, ne feront pas valoir leur droit à l'inscription. Il faut également considérer le cas des personnes résidant temporairement au Québec sans être assurées, qui ne sont donc pas admissibles à l'inscription.

Plus fondamentalement, au-delà des pouvoirs confiés aux départements territoriaux de médecine familiale et à Santé Québec, la faisabilité concrète de trouver un milieu de soins pour chaque personne admissible reste à démontrer. Les articles 1.b.iii, 3.1.a et 3.3.a du projet de loi laissent entendre que les médecins conserveront un pouvoir de contrôle sur l'inscription des patients. Bien que ce pouvoir ne soit pas nécessairement problématique en soi, il peut ouvrir la porte à des pratiques opportunistes de sélection des patients et créer des obstacles d'accès pour certains profils.

Le modèle de rémunération actuel incite déjà fortement les médecins à concentrer leur pratique sur leur clientèle inscrite. Toutefois, la rémunération à l'acte permet encore une compensation pour les consultations auprès de patients non inscrits. En l'absence de modalités spécifiques les concernant, le passage à un modèle de pratique uniforme fondé principalement sur la capitation risque de restreindre significativement l'accès aux soins pour les non-inscrits. Cela pourrait avoir des répercussions directes, tant sur les patients que sur la congestion des services d'urgence.

Bien que de nombreuses études aient démontré les avantages d'un lien stable entre un patient et un professionnel ou une équipe de soins – notamment en termes de continuité et de globalité –, il est essentiel de reconnaître que ces gains se traduisent souvent par une réduction de l'accessibilité pour les patients non-inscrits. **Il serait donc pertinent de s'assurer que le modèle de rémunération proposé ne ferme pas la porte à une pratique médicale de type « sans rendez-vous » ou épisodique, qui répond à des besoins ponctuels, mais légitimes de la population.**

Comme mentionné précédemment, la performance d'un modèle de soins primaires dépend en partie de l'alignement entre le modèle de rémunération et le modèle de pratique. Afin de favoriser l'accessibilité, il pourrait être préférable de permettre la coexistence de modèles de rémunération et de pratiques complémentaires, plutôt que d'imposer un modèle unique.

À ce titre, l'expérience ontarienne [13] et britanno-colombienne [19] suggère qu'une transformation du modèle de rémunération médicale en soins primaires peut, du moins en partie, s'appuyer sur la mise en place, en parallèle des modèles existants, de nouvelles options intégrées de pratique et de rémunération qui soient à la fois professionnellement intéressantes et financièrement attractives pour les médecins. Dans un tel scénario, l'attractivité des nouveaux modèles peut être modulée à la fois par la bonification des paramètres de rémunération qui y sont associés, et par un ajustement à la baisse des conditions de rémunération des modèles préexistants. Cette approche permet, d'une part, un déploiement progressif des nouveaux modèles sans perturber excessivement l'accès aux soins ni la pratique des médecins de famille. D'autre part, elle permet un ajustement fin des incitatifs, de manière à orienter les préférences de pratique des médecins vers une offre de soins mieux alignée sur les divers besoins de la population.

L'approche proposée dans le projet de loi 106, qui vise à remplacer le modèle de rémunération actuel par un nouveau modèle s'appliquant à la grande majorité des milieux de soins, comporte un certain niveau de risque. Les systèmes de soins sont des structures complexes, au sein desquelles il est difficile de prévoir avec précision les effets de changements majeurs. Il est donc plausible qu'une

transition vers un modèle de rémunération très différent entraîne des effets imprévus. **Dans ce contexte, il serait judicieux d'envisager une stratégie d'implantation alternative, fondée sur une transition progressive et volontaire (même si ce volontarisme peut être encouragé par des incitatifs) des milieux de soins vers le nouveau modèle.**

Par ailleurs, une conclusion centrale de l'analyse longitudinale sur le lien entre mode de rémunération et production de soins portant sur la période 2006 – 2015 publiée en 2018 [2], était de remettre en question l'hypothèse d'un lien direct entre le modèle de rémunération médicale et la quantité de soins produits. En effet, malgré l'introduction de nombreuses mesures incitatives au cours de cette période, les grandes tendances – notamment en ce qui concerne le temps de travail et la productivité – étaient demeurées remarquablement similaires entre les différents groupes de médecins. Des tendances analogues ont été observées dans d'autres juridictions [20]. Plus récemment, une étude longitudinale couvrant la période de 2010 à 2022, dirigée par Pierre-Carl Michaud pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [21], ne met pas non plus en évidence de lien direct entre les ajustements apportés au modèle de rémunération et la production de soins. Or, si les modalités de rémunération avaient un effet intrinsèque majeur sur la production ou la productivité, on aurait plutôt dû observer des écarts significatifs entre les groupes de médecins ayant été soumis à des changements dans leurs incitatifs financiers et ceux pour lesquels peu ou pas de modifications sont survenues.

Le projet de loi affirme clairement l'objectif de voir chaque citoyen pris en charge par un milieu de pratique de première ligne. **Confier aux départements territoriaux de médecine familiale la responsabilité d'attribuer un milieu de soins à toute personne assurée résidant sur leur territoire pourrait effectivement accroître la proportion de la population officiellement inscrite. Toutefois, il est essentiel de distinguer l'inscription de l'accès réel aux soins. Sans un ajout substantiel de ressources, il est peu probable que cette démarche se traduise par une amélioration significative de l'accessibilité aux services.**

Mécanisme 3 : Sous-traitance de services

Des données probantes solides démontrent que le renforcement des effectifs et l'élargissement du rôle des professionnels non-médecins au sein des équipes de première ligne permettent d'améliorer de façon significative l'accessibilité et la qualité des soins, tout en augmentant l'efficacité du système [22-31]. Si, comme le projet de loi le souligne, l'objectif est d'assurer la prise en charge de l'ensemble des citoyens par un milieu de pratique de première ligne et d'améliorer l'accès aux services, alors **une part importante de la solution repose sur une augmentation substantielle du nombre de professionnels non médecins en première ligne, l'élargissement de leur champ de pratique et de leur autonomie professionnelle, ainsi que sur le soutien à des modèles de pratique qui encouragent un travail interprofessionnel fondé sur la collégialité.**

Dans ce contexte, il est préoccupant de constater que l'article 13.3.a du projet de loi 106 semble permettre aux médecins d'être rémunérés pour des services prodigués par des professionnels « subalternes » à leur emploi. Une telle disposition est susceptible de compromettre les principes d'autonomie professionnelle et de collégialité entre les membres de l'équipe interdisciplinaire.

Par ailleurs, en permettant à un médecin de déléguer la prestation de soins pour laquelle il est rémunéré, on introduit un conflit d'intérêts structurel : le médecin pourrait être incité à embaucher le professionnel le moins coûteux afin de maximiser sa marge bénéficiaire. Un tel mécanisme menace ainsi un principe fondamental de la pratique médicale, selon lequel les décisions cliniques doivent être guidées exclusivement par l'intérêt du patient. C'est pour prévenir ce type de conflit d'intérêts que, par exemple, les médecins ne sont pas autorisés à vendre les médicaments qu'ils prescrivent. Dans cette optique, le modèle proposé ouvre la porte à des dérives, en transformant le rôle du médecin en celui d'un entrepreneur de soins, dont les décisions pourraient être influencées par des considérations économiques plutôt que cliniques.

Ce risque est particulièrement préoccupant dans le contexte des équipes de première ligne où œuvrent des infirmières cliniciennes formées au baccalauréat ainsi que des IPS. Ces professionnelles possèdent une expertise spécifique et importante. Or, le modèle envisagé pourrait encourager l'embauche de personnel moins qualifié et moins coûteux, mais également moins compétent, ce qui aurait pour effet de compromettre la qualité des soins offerts. D'un point de vue systémique, cette orientation représente un recul potentiel préoccupant et soulève des questions quant à la trajectoire envisagée pour la réforme.

Pour les raisons évoquées ci-dessus, il est essentiel d'assurer une séparation claire et étanche entre les sommes qui peuvent constituer un revenu pour les médecins et celles allouées à l'embauche et à la rémunération des professionnels non-médecins. Cela implique une révision et une clarification de l'article 13.3.a du projet de loi, afin de garantir que le renforcement d'une véritable interdisciplinarité dans l'offre de soins de première ligne ne soit pas compromis, que ce soit par l'instauration de désincitatifs à la collaboration interprofessionnelle ou par l'émergence de conflits d'intérêts financiers pour les médecins.

Mécanisme 4 : Suppléments collectifs à la performance

Une composante importante du projet de loi 106 est l'introduction d'un système incitatif fondé sur des suppléments collectifs. Selon ce mécanisme, chaque médecin recevrait un montant — annuel ou trimestriel selon le cas — correspondant à sa contribution individuelle à l'atteinte d'un ensemble d'objectifs déterminés par le gouvernement. Ces objectifs sont définis à différents niveaux (national, territorial ou local), et chaque niveau peut comporter plusieurs cibles. La formule utilisée pour calculer la contribution individuelle de chaque médecin, ainsi que le montant qui lui serait attribué, est précisée à l'article 29.48 du projet de loi.

La complexité et l'opacité de ce mécanisme de distribution des incitatifs financiers vont directement à l'encontre des principes généraux énoncés plus tôt dans ce mémoire. La probabilité que les médecins puissent établir un lien clair entre leurs actions quotidiennes et les montants qu'ils reçoivent en fin de période est extrêmement faible. De plus, la présence d'objectifs s'appliquant à de vastes groupes de médecins ne travaillant pas réellement en collaboration réduit considérablement leur capacité individuelle à influencer les résultats. **Pour ces raisons, le potentiel du système de suppléments collectifs proposé dans le projet de loi pour améliorer l'accès ou la qualité des soins apparaît, au mieux, très limité. Toutefois, comme il sera exposé dans les paragraphes suivants, il est plausible de croire que ce système puisse s'avérer plus préjudiciable que bénéfique.**

L'utilisation d'incitatifs financiers comme outil de régulation du travail professionnel soulève deux problèmes majeurs et structurels. Le premier tient au fait qu'aucun système incitatif n'est à l'abri du phénomène de détournement stratégique, ou « gaming ». La littérature scientifique, issue de divers champs tels que la psychologie, l'analyse des organisations ou encore l'évaluation, converge sur ce constat : les acteurs tenteront inévitablement d'exploiter les failles du système pour en tirer des bénéfices sans réellement répondre aux objectifs des incitatifs. À ce niveau il faut noter que le contexte de la rémunération médicale au Québec possède tous les attributs qui caractérisent un haut risque de détournement stratégique

« in settings where the stakes are high—the political culture is adversarial, the media and other interests are openly critical, and the public reporting of performance results is highly visible (in other words, closer to the "naming and shaming" system that was implemented in England between 2000 and 2005) -it is more likely that unintended effects in the performance management cycle will emerge » [32 p.411]

Il existe d'ailleurs de nombreux exemples récents de détournement stratégique des incitatifs liés à la rémunération médicale au Québec. Un exemple bien documenté est celui des premières implantations des incitatifs liés au Guichet d'accès pour la clientèle orpheline tel que rapporté notamment dans les travaux de Mylaine Breton [33]. Ce modèle prévoyait une rémunération incitative liée à l'inscription de nouveaux patients. Toutefois, en raison d'une faille dans la conception du dispositif, de nombreux médecins ont inscrit rétroactivement des patients déjà suivis, ce qui leur permettait de toucher les incitatifs sans modifier leurs pratiques, contournant ainsi l'objectif initial qui visait à améliorer l'accès aux soins pour de nouveaux patients. Ce type de dérive illustre le problème d'asymétrie d'information entre les décideurs et les professionnels : les médecins disposent d'une connaissance détaillée du terrain qui leur permet d'optimiser leur réponse aux incitatifs de manière beaucoup plus fine et stratégique que ce que les structures administratives de contrôle peuvent monitorer. Cette vulnérabilité des modèles incitatifs est difficile, voire impossible, à éliminer complètement. C'est l'une des raisons qui expliquent les résultats des études s'étant penchées sur la question et qui concluent généralement que, pris isolément, les incitatifs financiers sont peu susceptibles de provoquer une modification significative du travail médical [2-4, 7, 34, 35].

Le second problème, plus fondamental encore, concerne les présupposés implicites que véhiculent les incitatifs financiers sur la nature même du travail médical. En définissant certaines actions comme « désirables » – et donc implicitement d'autres comme « indésirables » ou inutiles – les incitatifs introduisent une hiérarchisation des tâches qui peut s'avérer réductrice dans un contexte de pratique clinique intrinsèquement complexe et multidimensionnelle. De même, lorsqu'un système récompense financièrement les médecins qui ajustent leur pratique en fonction des priorités ministérielles ou institutionnelles, cela contribue à une forme de marchandisation des comportements professionnels, en réduisant la pratique clinique à une série d'actes économiquement valorisés. Ce phénomène soulève des enjeux éthiques importants, notamment en ce qui concerne la finalité du travail médical et l'équilibre entre les intérêts individuels et collectifs dans l'organisation des soins.

À long terme, le recours excessif à des mécanismes incitatifs risque d'induire une transformation de la manière dont les professionnels perçoivent leur propre rôle. Plusieurs études suggèrent en effet que l'exposition prolongée à des systèmes incitatifs conduit les professionnels à adopter une vision plus étroite et instrumentale de leur travail, axée principalement sur la maximisation de leurs propres bénéfices, au détriment de la finalité collective et sociale de leur profession [36, 37].

En somme, l'utilisation à grande échelle d'incitatifs financiers dans la rémunération médicale risque de contribuer à une forme de "déprofessionnalisation", en altérant la signification éthique et sociale du travail médical. Il faut aussi mentionner qu'une fois ce type de phénomène enclenché, un retour en arrière par la suppression des incitatifs n'est souvent pas possible et le comportement des professionnels reste altéré.

Mécanismes 5 : Représentants du milieu de pratique

Comme discuté plus tôt, les incitatifs financiers sont des outils peu adaptés pour encadrer le travail professionnel. La manière la plus cohérente de concilier autonomie professionnelle et imputabilité demeure un contrôle exercé par les pairs, ancré dans une logique de régulation professionnelle. En effet, les principaux déterminants de la pratique médicale — qu'il s'agisse de la productivité, de la qualité ou de l'accessibilité des soins — dépendent plus des structures d'encadrement et de soutien à la pratique que des modalités de rémunération.

À cet égard, l'un des aspects les plus prometteurs du projet de loi 106 est le renforcement du rôle des « représentants du milieu de pratique » (article 38.0.4). Cette approche est d'ailleurs directement alignée avec les conclusions du rapport de recherche soumis au CSBE en 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. » [2 p. v]

En effet, la meilleure garantie de professionnalisme demeure la socialisation professionnelle, c'est-à-dire la manière dont les futurs médecins sont sélectionnés, formés, puis intégrés dans des environnements de travail fonctionnels qui comportent une composante forte de contrôle par les pairs. **En ce sens, le choix d'allouer les versements de capitation au niveau collectif du milieu de pratique constitue l'un des aspects les plus structurants et innovants du projet de loi. Si, malgré les limites des approches incitatives décrites plus tôt, le gouvernement souhaite implanter une telle approche pour les soins primaires, c'est probablement par la modulation des paiements de capitation que le potentiel est le plus grand.**

À ce sujet, bien que le texte ne précise pas que les représentants du milieu de pratique soient des médecins, il semble essentiel que ce rôle soit réservé à des médecins actifs dans le milieu concerné, à l'image du rôle assumé par un directeur des services professionnels (DSP) en établissement hospitalier.

Par ailleurs, comme cela a été discuté au début du mémoire, il est intrigant de constater le désalignement entre l'intensité des efforts législatifs et règlementaires pour structurer la pratique médicale des omnipraticiens, au regard de la proportion des sommes qui leur sont versées (37 % de l'enveloppe totale en 2022). Les données présentées plus tôt ne donnent aucune raison de croire que l'intensité du travail ou la productivité des médecins omnipraticiens soit plus problématique que celle des médecins spécialistes.

Étant donné l'appréciation très négative du potentiel du système de suppléments collectifs à la performance exposée dans la section précédente, mais aussi la désirabilité d'inciter les médecins à s'auto-organiser en milieux de pratique, **il serait pertinent que le projet de loi aille plus loin dans la structuration du travail en médecine spécialisée.** En ce qui concerne le travail des médecins spécialistes, il existe déjà des structures de coordination pour la partie exercée en établissement – même si celles-ci ne sont souvent pas mobilisées à leur plein potentiel. En revanche, pour de nombreuses spécialités, une grande partie de l'activité est réalisée hors établissement, dans des structures privées de petite taille. À l'heure actuelle, il n'existe que très peu de leviers pour structurer l'offre de soins spécialisés ambulatoires hors établissement.

Agir à ce niveau semble être l'un des objectifs visés par le système de suppléments collectifs à la performance mis de l'avant dans le projet de loi. C'est un objectif pertinent et important. Malheureusement, le moyen proposé pour l'atteindre, tel que présenté dans la version actuelle du projet de loi 106, est peu prometteur. **Dans ce contexte, il semble pertinent de maintenir les dispositions visant la formalisation de milieux locaux de pratique pour les soins spécialisés (entre autres les articles 29.26 et 29.27) et, si le gouvernement souhaite implanter une approche incitative malgré les limites discutées plus tôt, d'établir des cibles claires, directement sous le contrôle des milieux locaux de pratique concernés.**

Le message principal à ce niveau est que légiférer sur les modèles de rémunération médicale sans arrimer ceux-ci à une réflexion plus large sur les modalités de dispensation des soins, les modes

d'organisation clinique et les mécanismes de gouvernance constituerait une occasion ratée. Comme mentionné plus tôt, la désirabilité d'un modèle de rémunération dépend de sa compatibilité avec les objectifs visés, la nature de la pratique médicale concernée, ainsi que les modalités concrètes de son opérationnalisation.

Finalement, pour assurer une transparence et une imputabilité adéquates dans le suivi de l'évolution des dépenses, de la production et, le cas échéant, de l'atteinte des cibles, il serait opportun de mettre en place des plateformes beaucoup plus développées que celles qui existent actuellement pour rendre publiques les données. Au moment d'écrire ce rapport, les données agrégées les plus récentes sur la rémunération médicale, disponibles sur le site de la RAMQ, datent d'il y a trois ans (2022). Il n'existe aucune justification technique ou légale pour expliquer un tel délai. Il existe une forte culture du secret pour tout ce qui touche les indicateurs de production et de dépenses médicales et cette culture n'est pas alignée avec les principes de transparence et d'imputabilité du secteur public. **Le gouvernement du Québec devrait envisager de développer une plateforme publique de mise à disposition des données agrégées provenant de la RAMQ, selon une approche inspirée du courant des « données ouvertes » (open data).**

Conclusion

Le projet de loi 106 constitue principalement un outil de réallocation budgétaire; il ne porte pas sur les montants investis dans l'offre de soins ni sur leur répartition entre les différents secteurs. Toutefois, étant donné que l'objectif principal mis de l'avant dans le projet est d'améliorer l'accès aux services médicaux, il semble pertinent d'aborder malgré tout la question de l'allocation des ressources.

Premièrement, pour améliorer l'accès aux services médicaux, il faut probablement augmenter le volume de soins offerts, ce qui requiert une capacité de production accrue. Or, on constate que, malgré un éventail d'interventions mises en place au cours des vingt dernières années (hausse massive des dépenses suivie par un contrôle serré des enveloppes, création de forfaits, incitatifs à la production, création de l'Institut de la pertinence des actes médicaux, etc.), le volume de soins par médecin au Québec a stagné, voire diminué. Ce constat suggère qu'il est très peu probable qu'un incitatif financier, quel qu'il soit, entraîne à lui seul une augmentation substantielle du volume de soins offerts par médecin.

Pour obtenir une hausse significative de l'offre de services médicaux, un investissement important et cohérent avec cet objectif est probablement nécessaire. Or, le coût d'opportunité d'un investissement important dans les enveloppes de rémunération médicale implique de s'interroger sur l'efficacité et la désirabilité d'une telle approche.

Au-delà de la formulation utilisée dans le projet de loi, l'objectif ultime semble être d'améliorer l'accès aux soins tout en maximisant la qualité des services et l'efficacité du modèle de production. Dans ce contexte, il importe de souligner que l'atteinte de cet objectif repose en grande partie sur des investissements situés en dehors des enveloppes de rémunération. Il serait ainsi pertinent d'envisager une utilisation alternative de ces ressources, en les orientant vers des modalités de soutien à la pratique : développement d'infrastructures adaptées, bonification du soutien administratif ou encore investissements pour soutenir le travail en équipes interdisciplinaires.

Ces types d'investissements ne se traduisent pas nécessairement par un gain financier direct pour les médecins, mais ils soutiennent concrètement leur pratique. D'un point de vue organisationnel, ces formes de soutien sont vraisemblablement plus efficaces pour améliorer l'accessibilité, la qualité et le volume des soins offerts à la population qu'un investissement supplémentaire dans la rémunération directe des médecins.

Références

1. Pampalon, R., et al., An Area-based Material and Social Deprivation Index for Public Health in Québec and Canada. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, 2012. 103: p. S17-S22.
2. Contandriopoulos, D., et al., 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 Regards sur les modes de rémunération des médecins financé par le Commissaire à la santé et au bien-être. 2018, Montréal: Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC).
3. Denis, J.-L., et al., Rémunération médicale et gouvernance clinique performante : une analyse comparative. Rapport de recherche produit dans le cadre de l'Action concertée Regards sur les modes de rémunération des médecins financé par le Commissaire à la santé et au bien-être. 2018, Montréal: Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC).
4. Chaix-Couturier, C., et al., Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*, 2000. 12(2): p. 133–142.
5. Contandriopoulos, A.-P., F. Champagne, and E. Baris, Physician compensation and health care system objectives: an appraisal of international experiences. 1990: GRIS, Université de Montréal, Faculté de médecine.
6. Dumont, E.t., et al., Rémunération mixte et comportement professionnel des spécialistes, in *Le Québec économique 2011, un bilan de santé du Québec*, L. Godbout, M. Joannis, and N.d. Marcellis-Warin, Editors. 2012, Cirano: Montréal.
7. Gosde, T., et al., Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. 2011: The Cochrane Collaboration.
8. Kiran, T., et al., Association of physician payment model and team-based care with timely access in primary care: a population-based cross-sectional study. *CMAJ Open*, 2020. 8(2): p. E328-e337.
9. Léger, P.T., Physician Payment Mechanisms: An Overview of Policy Options for Canada. 2011, Canadian Health Services Research Foundation: Ottawa.
10. Robison, J.C., Theory and Practice in the Design of Physician payment. *The Milbank Quarterly*, 2001. 79(2): p. 28.
11. Brunelle, Y., La capitation régionale, une avenue d'intérêt? Collection études et analyses / Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation ; 30. 1996, Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
12. Brunelle, Y. and H. Bergman, Capitation, efficience et rationnement. 1999, Québec: Ministère de la santé et des services, sociaux.
13. Glazier, R.H., et al., Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation. *Canadian Medical Association Journal*, 2009. 180(11): p. E72.
14. Holdroyd, I., et al., The impact of primary care funding on health inequalities: an umbrella review. *Prim Health Care Res Dev*, 2025. 26: p. e24.
15. Garrett, B., A.J. Davidoff, and A. Yemane, Effects of Medicaid managed care programs on health services access and use. *Health Serv Res*, 2003. 38(2): p. 575-94.

16. Luft, H.S., Health Maintenance Organizations and the Rationing of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 1982. 60(2): p. 268-306.
17. Mauldon, J., et al., Rationing or rationalizing children's medical care: comparison of a Medicaid HMO with fee-for-service care. *Am J Public Health*, 1994. 84(6): p. 899-904.
18. Evans, R.G., Barer, M. L., Marmor, T. R., Why are some people healthy and others not? The determinants of health populations. 1994, New York: Aldine de Gruyter.
19. BC Government, Longitudinal Family Physician (LFP) Payment Model. 2025, Victoria.
20. Hedden, L., et al., In British Columbia, The Supply Of Primary Care Physicians Grew, But Their Rate Of Clinical Activity Declined. *Health Affairs*, 2017. 36(11): p. 1904–1911.
21. Benatia, D., et al., Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec. 2025: Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques / HEC Montréal.
22. Contandriopoulos, D., et al., Pre–post analysis of the impact of British Columbia nurse practitioner primary care clinics on patient health and care experience. *BMJ-Open*, 2023. 13(10): p. e072812.
23. Contandriopoulos, D., et al., Evaluating the cost of NP-led vs GP-led primary care in British Columbia. *Healthcare Management Forum*, 2024: p. 08404704241229075.
24. Laurant, M., et al., The Impact of Nonphysician Clinicians Do They Improve the Quality and Cost-Effectiveness of Health Care Services? *Medical care research and review*, 2009. 66(6): p. 36S-89S.
25. Loussouarn, C., et al., Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Revue d'économie politique*, 2019. 129(4): p. 489-524.
26. Martin-Misener, R., et al., Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*, 2015. 5(6): p. e007167.
27. Martínez-González, N.A., et al., Task-Shifting From Physicians to Nurses in Primary Care and its Impact on Resource Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medical Care Research and Review*, 2015. 72(4): p. 395-418.
28. Metzelthin, S.F., et al., Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 2013. 347(7926): p. 12-12.
29. National Academies of Sciences, E., et al., The Role of Nurses in Improving Health Care Access and Quality. 2021, National Academies Press: United States.
30. Strumpf, E., et al., The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. *Journal of health economics*, 2017. 55: p. 76-94.
31. Tsiachristas, A., et al., Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *Health policy (Amsterdam)*, 2015. 119(9): p. 1176-1187.
32. McDavid, J.C., I. Huse, and L.R.L. Hawthorn, Program evaluation and performance measurement : an introduction to practice. Third Edition. ed. 2019, Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
33. Breton, M., et al., Who gets a family physician through centralized waiting lists? *BMC Fam Pract*, 2015. 16: p. 10.
34. Lavergne, M.R., Financial incentives for physicians to improve health care. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, 2017. 189(49): p. E1505-E1506.

35. Lavergne, M.R., et al., A population-based analysis of incentive payments to primary care physicians for the care of patients with complex disease. *Cmaj*, 2016. 188(15): p. E375-e383.
36. Frey, B., Policy consequences of pay-for-performance and crowding-out. *Journal of Behavioral Economics for Policy*, 2017. 1(1): p. 55-59.
37. Frey, B.S., F. Homberg, and M. Osterloh, Organizational Control Systems and Pay-for-Performance in the Public Service. *Organization Studies*, 2013. 34(7): p. 949-972.