

**Département de gestion, d'évaluation
et de politique de santé
École de santé publique**



Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux à propos du projet de loi 106 - Loi visant à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux

Présenté par Roxane Borgès Da Silva et Francesco Montani

Mai 2025

Liste des auteurs en ordre alphabétique :

Emmanuelle Arpin^{1,3,4}, Lisa Bellemare², Régis Blais¹, Roxane Borgès Da Silva^{1,4,5}, François M. Castonguay^{1,4,5}, André-Pierre Contandriopoulos¹, Pamela Fernainy², Morgane Gabet^{1,6}, Anne Lemay¹, Francesco Montani^{1,5}, Aude Motulsky^{1,7}, Nadia Sourial^{1,4,7}, Carole Vincent^{1,4}

¹ : Professeur.e DGEPS

² : Étudiante DGEPS

³ : Centre de recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

⁴ : Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO)

⁵ : Centre de recherche en santé publique

⁶ : Centre de recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

⁷ : Centre de recherche du CHUM

Table des matières

Le Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé (DGEPS) de l'École de santé publique de l'Université de Montréal	4
Sommaire des recommandations	5
1 Introduction	7
1.1 Historique sur les médecins au Québec	7
1.2 Quelques données contextuelles issues du baromètre CIRANO	8
1.3 Présentation du mémoire.....	10
2 Les aspects économiques	10
2.1 Modélisation économique du comportement du médecin	10
2.2 Écrémage et dumping	11
2.3 Les réponses des médecins aux mécanismes de paiement.....	11
2.4 Conditions de succès : choix de modes de rémunération des médecins adéquats en fonction du contexte et des objectifs poursuivis.....	12
3 Les aspects de la performance et les mécanismes de paiement associés	13
3.1 La performance - définition	13
3.2 La rémunération des médecins à la performance.....	13
3.2.1 Les expériences internationales	13
3.2.2 La littérature scientifique sur le paiement a la performance.....	14
3.3 Mesure de la performance au niveau organisationnel.....	15
4 Les aspects ressources humaines.....	18
4.1 Les activités des médecins	18
4.2 Substitution et complémentarité des professionnels de santé	19
4.2.1 Au niveau des professionnels.....	19
4.2.2 Au niveau des équipes de soins	21
5 À propos de l'accessibilité	22
5.1 Solutions pour améliorer l'accessibilité.....	22
5.1.1 Définition de l'accessibilité	22
5.1.2 Inscription et accessibilité.....	22
5.1.3 Comment augmenter l'accessibilité aux soins et services ?.....	23

5.2	Territorialité de l'affiliation	25
6	Les aspects de gouvernance	26
7	Les aspects de santé publique.....	28
8	Conclusion.....	29
9	Références	30

LE DÉPARTEMENT DE GESTION, D'ÉVALUATION ET DE POLITIQUE DE SANTÉ (DGEPS) DE L'ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Créé il y a plus de 60 ans, le [Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé](#) (DGEPS) (anciennement le Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal – DASUM) forme des gestionnaires, des chercheurs et des analystes des services, des organisations et des systèmes de santé à l'échelle nationale et internationale. Le département mène également une large gamme d'activités de recherche afin de produire des données probantes en matière de management pour le domaine de la santé. Il offre des programmes de formation de 2e et 3e cycles uniques dans la francophonie qui se démarquent par leur perspective interdisciplinaire faisant appel aux sciences humaines, sociales et de la gestion dans les organisations en général ainsi que dans les organisations de santé en particulier.

Le DGEPS a été le premier département parmi les institutions universitaires francophones à s'intéresser à la formation en gestion des organisations de santé. Depuis 1967, le DGEPS bénéficie d'un agrément de la CAHME ([Commission on Accreditation of Healthcare Management Education](#)) qui reconnaît son excellence dans la réalisation de sa mission d'enseignement en gestion.

Regroupant aujourd'hui plus de 40 professeurs réguliers, professeurs associés et professeurs de clinique, le DGEPS est un centre interdisciplinaire d'excellence qui assure l'intégration des compétences en gestion, évaluation et politique de santé. Les professeurs du département sont affiliés à différents centres de recherches : Centre de recherche en santé publique (CReSP), Centre de recherche du CHUM, Centre de recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Centre de recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO). La programmation de recherche des membres du DGEPS vise à améliorer la performance et l'efficacité des services et des systèmes de santé.

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

Mode de rémunération

Réaliser des simulations de combinaisons de mode de rémunération qui permettraient de maximiser l'accès et la qualité des soins avec des experts et en collaboration avec les médecins. Ces simulations devront tenir compte des différents contextes de pratique (première ligne vs hôpital) et des spécificités régionales (rural vs urbain).

Performance organisationnelle

Coconstruire et mettre en place des indicateurs de performance qui mesurent les résultats de l'ensemble d'une organisation de première ligne (par ex. GMF) plutôt que les résultats de chacun des médecins participants. Les cibles de ces indicateurs et la rémunération associée devraient être choisies afin de contrer les effets négatifs des paiements prospectifs (capitation) et d'encourager le travail en équipe et la collaboration interprofessionnelle.

Indicateurs de performance

Les indicateurs de performance organisationnelle devraient être multidimensionnels (accès, qualité, processus, résultats, etc.) et prendre en compte l'expérience rapportée par les patients (PROM et PREM). Il est également recommandé de les élaborer en partenariat avec les cliniciens, gestionnaires, patients et citoyens.

Tâches administratives des médecins

Documenter précisément les différentes tâches administratives réalisées par les médecins ainsi que le temps passé à réaliser ces tâches et proposer des solutions plus efficaces pour décharger les médecins de ces tâches.

Substitution et complémentarité des professionnels de santé

Poursuivre et intensifier les travaux afin de renforcer les rôles et responsabilités des professionnels de santé non-médecin (actes réservés) et faciliter la collaboration interprofessionnelle dans le but d'utiliser tous les professionnels de santé à la hauteur de leur compétence et faire ainsi des gains d'efficacité dans l'utilisation des ressources humaines.

Pertinence des soins

Assurer que les modes de financement et d'organisation des services favorisent la diminution des actes non pertinents, qui peuvent atteindre jusqu'à 30 % des actes. Aider les patients et les professionnels de la santé à donner et obtenir les bons soins au bon

moment par la bonne personne en simplifiant les nombreuses portes d'entrée dans le système de soins santé (811, RSVQ, clic-santé, appel au GAP, clinique sans rendez-vous, CLSC, GMF, urgence, etc.).

Affiliation à un milieu de soins de proximité

À défaut de pouvoir inscrire toutes les personnes auprès d'un médecin de famille, l'affiliation des citoyennes et citoyens à un milieu de soins de proximité lié à sa communauté est la voie à privilégier. Cette solution doit toutefois s'accompagner de mesures pour assurer aux patients une continuité relationnelle avec un soignant.

Gouvernance

Assurer, pour les structures de première ligne, une gouvernance territoriale locale (ex. au niveau des RLS ou des CLSC), participative et transparente pour soutenir la santé populationnelle, l'engagement et la cohésion organisationnelle.

Santé publique

Augmenter les efforts de promotion de la santé et prévention afin d'améliorer, à long terme, la santé de la population et ainsi libérer des ressources importantes qui pourraient être consacrées aux soins de première ligne.

1 INTRODUCTION

1.1 HISTORIQUE SUR LES MÉDECINS AU QUÉBEC

Depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, l'accès universel à des soins de qualité a été au cœur des préoccupations de tous les pays développés. C'est en 1957 au Canada que le gouvernement fédéral propose aux provinces de partager les coûts des régimes provinciaux d'assurance universelle pour tous les services hospitaliers. Au Québec, le gouvernement de Jean Lesage adhère au programme fédéral en 1961 et met en place l'assurance hospitalisation. Le même scénario se reproduit pour les services médicaux. Après la loi fédérale de 1966 sur le partage des coûts d'un programme d'accès universel aux services médicaux, le gouvernement du Québec met sur pied la Commission Castonguay-Nepveu pour préparer l'introduction d'un régime public et universel d'assurance maladie. On demande aux Commissaires d'étudier en priorité « les questions relatives à l'assurance maladie et à la formation, aux relations professionnelles, aux conditions de travail et au mode de rémunération et d'allocation des médecins internes et résidents ».

La Commission propose la création de Centres locaux de santé où des médecins payés à salaire travailleraient en collaboration étroite avec d'autres professionnels pour assurer un accès équitable de la population de leur territoire aux soins de première ligne. Or, lors de l'instauration des Centres locaux de santé et de services sociaux (CLSC) en 1971, l'intégration des médecins dans les nouvelles structures proposées ne s'est malheureusement pas concrétisée. Encore aujourd'hui, l'accessibilité de toutes et tous à des soins de proximité de qualité est un enjeu de taille et de plus en plus inquiétant.

À chaque élection, la question de l'accès aux soins a dominé dans les débats. Malgré les recommandations de toutes les commissions d'enquête et des livres blancs et malgré toutes les réformes qui ont été faites, l'intégration véritable des médecins (payés essentiellement à l'acte) dans le système de soins québécois n'a pas été réglée. Depuis plus de 50 ans, le manque d'intégration des médecins dans les structures du système de soins est, en grande partie, à la source de l'échec des réformes entreprises.

Le projet de loi 106 reprend l'idée de base de la Commission Castonguay-Nepveu qui consiste à intégrer les médecins aux structures nécessaires pour améliorer l'accessibilité aux soins, en proposant un changement radical du mode de rémunération et des responsabilités collectives des médecins.

Le projet de loi le permettra-t-il ?

Dans les pays où l'attachement à un médecin de première ligne ou à une organisation de première ligne approche les 100 %, le nombre de médecins de famille par habitant est supérieur à celui du Canada et une proportion moindre exerce en cliniques sans rendez-

vous ou en milieux spécialisés. Ces médecins sont généralement rémunérés à la capitation ou à salaire, travaillent au sein d'équipes interprofessionnelles et bénéficient d'infrastructures et de systèmes d'information efficaces dont le but est de soutenir leur travail et l'amélioration continue des pratiques, mais qui omettent la reddition de compte et l'évaluation de la performance individuelle.

1.2 QUELQUES DONNÉES CONTEXTUELLES ISSUES DU BAROMÈTRE CIRANO

Le CIRANO a réalisé du 12 au 19 mars 2025 une enquête auprès de la population québécoise afin d'approfondir nos connaissances quant à l'affiliation à une source habituelle de soins de première ligne, l'accessibilité des services et les besoins non comblés des Québécois (Borgès Da Silva et al., 2025). Dans un rapport à paraître en juin, certains constats permettront de nourrir la réflexion et alimenter les débats. En voici quelques exemples.

- Affiliation à une source habituelle de soins de première ligne pour obtenir des services de santé généraux

La majorité des répondants déclare avoir une source habituelle de soins de première ligne (82 %). Les cliniques médicales (couvertes par la RAMQ) et les GMF/GMF-CR sont les organisations les plus souvent identifiées à titre de source habituelle de soins de première ligne. Près de 6 % des répondants ont identifié une clinique médicale privée comme source habituelle de soins.

- Caractéristiques individuelles associées au fait d'être affilié ou non à une source habituelle de soins de première ligne

La probabilité d'avoir une source habituelle de soins de première ligne est plus élevée pour les femmes, les individus âgés de 65-74 ans, les individus plus scolarisés, les individus ayant un revenu annuel plus élevé, les francophones et les individus ayant des problèmes de santé mentale.

- Différences dans le niveau d'affiliation à une organisation selon le prestataire de soins habituel

Le médecin de famille est le prestataire habituel de soins le plus souvent mentionné, soit pour 81 % des utilisateurs de services de première ligne (7,7 % pour les infirmières praticiennes spécialisées).

- Possibilité de consulter un autre professionnel de la santé à la source habituelle de soins

Trois utilisateurs sur quatre (73,8 %) déclarent être en mesure de consulter un autre professionnel de la santé que le prestataire habituel à sa source habituelle de soins de première ligne. La probabilité de pouvoir consulter un autre professionnel de la santé à sa source habituelle de soins de première ligne ne diffère pas selon le type de prestataire de soins. Cette probabilité est plus élevée, notamment, pour les individus résidant dans une banlieue urbaine de 2e couronne ou un centre de population éloigné d'un grand centre urbain.

- Dernière consultation à la source habituelle de soins de première ligne

Plus de 80 % (82,9 %) des utilisateurs de services de 1re ligne déclarent être allé à sa source habituelle de soins lors de sa plus récente consultation médicale. La probabilité d'utiliser sa source habituelle de soins est supérieure lorsque le médecin de famille est le prestataire habituel de soins.

- Facteurs associés à une meilleure accessibilité des services de première ligne

Seulement 15 % des utilisateurs sont en mesure de consulter un professionnel de la santé à sa source habituelle de soins en moins de deux jours. La probabilité de pouvoir consulter en moins de deux jours n'est pas différente entre les individus ayant désigné une infirmière praticienne spécialisée et ceux ayant identifié un médecin de famille à titre de prestataires habituels. Les utilisateurs de cliniques privées sont ceux qui ont le plus de chance de pouvoir consulter un professionnel de la santé en moins de deux jours.

- Proportion de la population déclarant avoir ressenti des besoins non comblés en termes de soins de santé

Plus d'un répondant sur trois (38,6 %) déclare avoir ressenti des besoins non comblés en termes de santé au cours de l'année 2024. La raison principale de ces besoins non comblés est liée au trop long délai avant de pouvoir consulter un professionnel de la santé.

- Caractéristiques individuelles et organisationnelles associées au fait d'avoir ressenti des besoins non comblés au cours de l'année 2024

La probabilité d'avoir des besoins non comblés n'est pas différente entre les individus ayant désigné une infirmière praticienne spécialisée et ceux ayant identifié un médecin de famille à titre de prestataires habituels. Les femmes, les personnes vivant dans un ménage de 4 personnes ou plus, vivant dans un grand centre urbain, et les personnes atteintes de troubles musculosquelettiques ou de problèmes de santé mentale sont plus susceptibles de ressentir des besoins non comblés.

1.3 PRÉSENTATION DU MÉMOIRE

Ce mémoire est le résultat d'un collectif de rédaction. Des professeurs et des étudiantes du DGEPS se sont mobilisés rapidement pour partager leur expertise, les expériences internationales et les enseignements tirés de la littérature scientifique sur le sujet. Ce mémoire aborde les enjeux sous plusieurs angles : les aspects économiques, les aspects de performance et mécanismes de paiement associés, les aspects de ressources humaines, les aspects de l'accessibilité, les aspects de la gouvernance et les aspects santé publique.

2 LES ASPECTS ÉCONOMIQUES

2.1 MODÉLISATION ÉCONOMIQUE DU COMPORTEMENT DU MÉDECIN

La littérature économique nous enseigne que le médecin, comme tout être humain, tend à maximiser son bien-être. Le bien-être d'un médecin est positivement corrélé au revenu qu'il tire de sa pratique, à son temps de loisirs (le temps passé à ne pas travailler) et au bénéfice de sa pratique pour ses patients (Hurley, 2010; McGuire & Pauly, 1991). Cette dernière idée, connue sous le terme d'altruisme, signifie que le médecin souhaite que ses patients soient en bonne santé. Autrement dit, le bien-être du médecin augmenterait quand le bien-être de ses patients augmente à la suite des soins reçus. Le médecin serait donc enclin à donner des services de meilleure qualité à ses patients à condition que les modes de rémunération ne soient pas contradictoires avec cet objectif. En somme, le médecin prendrait les décisions qui lui permettraient de maximiser son bien-être, en tenant compte de son revenu, de son temps de loisirs et des besoins de ses patients et de leur bien-être (Borgès Da Silva R., 2015).

Les médecins doivent donc faire des arbitrages entre réduire leur temps de loisirs, déjà minimal pour plusieurs d'entre eux selon leur surcharge rapportée (AMC, 2022, 2024), améliorer le bien-être de leurs patients et augmenter leur revenu (Borgès Da Silva R., 2015).

La conception de politiques qui agissent sur ces trois facteurs simultanément constitue un véritable défi pour les décideurs. En effet, seuls certains facteurs liés à la quantité sont facilement observables par les décideurs : les heures travaillées ou encore les services fournis. Au contraire, l'altruisme d'un médecin et la valeur qu'un médecin accorde à son temps de loisirs sont des facteurs plus difficilement observables. Les décideurs peuvent difficilement observer les autres intrants issus du médecin qui affectent l'efficacité du système de santé, notamment la quantité d'efforts fournis par les médecins ou la qualité des soins qu'ils offrent (Borgès Da Silva R., 2015; Demange & Geoffard, 2006).

2.2 ÉCRÉMAGE ET DUMPING

Les modèles économiques montrent que les modifications des mécanismes de paiement, des incitatifs financiers associés aux différents types de patients, ou encore l'imposition d'un nombre fixe de patients peuvent encourager la sélection des patients. Ce phénomène est appelé *écrémage* et fait référence au fait que les médecins peuvent choisir de prendre en charge des patients pour lesquels ils retirent plus de bénéfices, en termes de revenu et/ou de temps.

Un médecin qui rapporte être surchargé et qui est payé à l'acte pourrait préférer des patients non vulnérables étant donné le plus faible engagement que ceux-ci requièrent en temps de travail. On parle alors de *dumping* en référence au fait que les médecins pourraient vouloir éviter de traiter les patients plus malades (vulnérables ou malades chroniques) qui leur coûtent plus cher en termes de revenu et/ou de temps de travail (Borgès Da Silva R., 2015).

2.3 LES RÉPONSES DES MÉDECINS AUX MÉCANISMES DE PAIEMENT

La plupart des médecins qui travaillent en soins de santé primaires au Québec sont rémunérés à l'acte et bénéficient de forfaits à l'inscription de patients et à la prise en charge de malades chroniques. La rémunération à l'acte est connue pour être corrélée positivement à la production de services de santé des patients, puisque les médecins sont payés pour le volume de services (Léger, 2011). La rémunération à l'acte crée des incitatifs financiers qui encouragent la surproduction de services de santé au détriment de la réduction des dépenses de santé (Léger, 2011; Sharma, 1998). Ce mode de rémunération n'est pas adapté à la prévention, au travail en équipe multidisciplinaire et au suivi des malades atteints de maladies chroniques qui nécessitent souvent des consultations plus longues (Léger, 2011).

Dans le cas de la rémunération à la capitation, les médecins reçoivent un montant forfaitaire annuel par patient indépendamment du volume de soins fournis. Dans ce mode de rémunération, le médecin assume entièrement le risque financier du traitement, ce qui l'encourage à faire plus de prévention pour réduire le nombre de fois où il devra revoir le patient et aussi à travailler en collaboration interprofessionnelle en déléguant une partie des actes aux autres professionnels de santé. Ce mécanisme de rémunération prospectif comporte cependant un risque connu d'effet désincitatif à la production de services, notamment dans les activités cliniques ponctuelles (Conrad & Perry, 2009; Eijkenaar et al., 2013; Gosden et al., 2001).

Le fait de combiner un paiement rétrospectif (rémunération à l'acte) et un paiement prospectif (forfait annuel ou capitation) est souvent vu comme une meilleure solution comparativement aux autres systèmes de paiement (Léger, 2010). En ajustant les paiements

prospectifs selon le risque (le niveau de maladie), il est possible de réduire les incitations à l'*écrémage* et au *dumping* des patients (Ma, 1994). La composante de rémunération à l'acte peut également réduire les effets indésirables des paiements prospectifs, mais est beaucoup moins efficace dans un contexte où les médecins valorisent davantage le temps de loisirs comparativement à une augmentation de revenu, un phénomène documenté au Québec dans une récente étude (Michaud, 2025). Dans ce contexte, des paiements prospectifs spécifiques pour les patients les plus lourds sont des mécanismes qui méritent d'être considérés (Borgès Da Silva R., 2015).

Les augmentations de revenu récentes accordées aux médecins leur permettent d'atteindre leur revenu cible plus rapidement qu'auparavant. Au-delà de ce revenu cible, la valeur d'une heure travaillée est inférieure à la valeur d'une heure de loisir en termes de bien-être. Quand la valeur d'une heure de loisir dépasse la valeur d'une heure de travail, le médecin préfère renoncer à travailler davantage pour gagner plus, et choisira plutôt de s'accorder plus de temps de loisir. La baisse en bien-être qui découle de la renonciation de revenu associé à une unité supplémentaire travaillée est donc plus faible que le gain en bien-être associé à l'unité supplémentaire de loisirs qu'il obtiendra en renonçant à travailler davantage (Borgès Da Silva R., 2015).

2.4 CONDITIONS DE SUCCÈS : CHOIX DE MODES DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS ADÉQUATS EN FONCTION DU CONTEXTE ET DES OBJECTIFS POURSUIVIS

Comme l'indique la théorie économique, aucun mode de rémunération des médecins n'est parfait. Chacun d'eux comporte des avantages et des inconvénients. Le choix judicieux d'un mode de rémunération dépend du contexte, du modèle d'organisation des soins et surtout des objectifs. La littérature suggère que l'application d'une rémunération mixte serait le modèle idéal (Brosig-Koch et al., 2017; Brosig-Koch et al., 2013). Les désavantages du mode de rémunération dominant sont ainsi contrebalancés par le recours à des modes de rémunération complémentaires.

Des modes de rémunération différents peuvent et même *doivent* s'appliquer à des pratiques différentes et à des spécialités différentes : par exemple, la capitation pour la prise en charge de groupes de patients pour une période donnée, le paiement à l'acte pour la prestation de services précis, le salariat pour des activités académiques, etc. La combinaison idéale est souvent difficile à trouver. Pour ce faire, il est important de se référer à la littérature sur les modes de paiement ou de rémunération des médecins et d'effectuer des simulations préalables à l'application de nouveaux modes de rémunération. Plusieurs recherches ont démontré que le mode de rémunération est une incitation

financière puissante pour moduler le comportement et la pratique des médecins (Nassiri & Rochaix, 2006; Rochaix, 1993). Un rapport CIRANO sur l'impact des incitatifs financiers associés à la prise en charge des patients orphelins a démontré très clairement que le gouvernement a raté son objectif avec les mécanismes de paiement mis en place à l'époque (Borgès Da Silva R., 2015).

Recommandation : Réaliser des simulations de combinaisons de mode de rémunération qui permettraient de maximiser l'accès et la qualité des soins avec des experts et en collaboration avec les médecins. Ces simulations devront tenir compte des différents contextes de pratique (première ligne vs hôpital) et des spécificités régionales (rural vs urbain).

3 LES ASPECTS DE LA PERFORMANCE ET LES MÉCANISMES DE PAIEMENT ASSOCIÉS

3.1 LA PERFORMANCE - DÉFINITION

La performance constitue un concept polysémique et multidimensionnel dont la définition varie d'une discipline à une autre. Les économistes définissent la performance à l'aide des concepts d'efficacité et d'équité. Selon Champagne (Champagne et al., 2005), « La performance d'un système ou d'une organisation se manifeste par sa capacité à réaliser sa mission (*goal achievement*); à s'adapter à son environnement (acquérir et contrôler des ressources, répondre aux attentes de la population); à produire des services de qualité avec productivité; et à maintenir ou développer des valeurs communes (culture organisationnelle). » Comme le résume Champagne, la performance est un « concept générique qui inclut différentes notions : efficacité, efficacité, rendement, productivité, qualité, accès, équité, etc., des systèmes de services de santé. » La performance, dans sa définition et dans ses mesures, doit donc combiner à la fois la qualité, l'efficacité, l'équité et l'efficacité (Champagne et al., 2005).

3.2 LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS À LA PERFORMANCE

3.2.1 LES EXPERIENCES INTERNATIONALES

Pour éviter les dérives associées aux paiements prospectifs ou rétrospectifs, certains pays ont ajouté des mécanismes de rémunération à la performance comme levier complémentaire. Cette approche lie une portion de la rémunération à l'atteinte de résultats cliniques ou organisationnels, mesurés par des indicateurs préétablis. Ces indicateurs

peuvent porter sur l'efficacité clinique, mais également sur l'accès, l'équité, la coordination, la continuité, la centration sur le patient ou l'efficience.

Certaines rares expériences ont montré un effet net positif et modeste, mais, dans la plupart des cas, les avantages se sont révélés plus faibles que les bénéfices. C'est le cas de la France qui a mis en place un programme volontaire de rémunération sur objectifs de santé publique en 2009. Les évaluations montrent un effet positif modeste sur certains indicateurs de prévention clinique (ex : la détection précoce des cancers (Constantinou, Sicsic, & Franc, 2016; Sicsic & Franc, 2017). Mais dans la plupart des pays, la rémunération à la performance des médecins n'a pas apporté les effets escomptés. Les systèmes de rémunération de type *pay-for-performance* (P4P), implantés par exemple au Royaume-Uni (QOF), en Suède ou en Nouvelle-Zélande, ont produit des effets ambivalents : une amélioration de certains indicateurs mesurés, mais aussi un effet non attendu de désengagements des médecins sur les activités non mesurées, et des effets d'instrumentalisation (Bevan & Hood, 2006; Doran et al., 2011). Un rapport de l'OCDE paru en 2019 en a fait la synthèse : « Bien que les données fiables sur l'efficacité des programmes P4P soient rares, il existe un large consensus sur le fait que ces programmes sont difficiles à mettre en œuvre sur le plan technique et politique. » (Traduction libre) (Eckhardt, Smith, & Quentin, 2019)

3.2.2 LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE SUR LE PAIEMENT A LA PERFORMANCE

Une synthèse de différentes revues systématiques (Bevan & Hood, 2006; Conrad & Perry, 2009; Eijkenaar et al., 2013; Van Herck et al., 2010) permet de dégager certains bénéfices potentiels du paiement à la performance, parmi lesquels :

- Le recentrage de la pratique sur la qualité plutôt que sur la quantité, en contraste avec la logique du paiement à l'acte.
- La possibilité, pour les décideurs, d'orienter les ressources vers les pratiques cliniques les plus efficaces.
- Une plus grande transparence, lorsque les résultats sont rendus publics, ce qui peut renforcer l'alignement réputationnel des organisations.

La littérature identifie aussi plusieurs limites au système de paiement à la performance, incluant :

- Une diminution de l'accès aux soins pour les populations vulnérables. Les indicateurs, même ajustés selon le risque (Sciences et al., 2016), n'intègrent pas toujours les barrières structurelles et les complexités cliniques associées à ces groupes ce qui crée un désincitatif à les desservir et peut pénaliser les prestataires

- qui accueillent un grand nombre de patients à faibles revenus (Chien et al., 2012; Doran et al., 2011).
- Une réduction de la motivation et la satisfaction professionnelle des cliniciens, en déséquilibrant la relation au travail et en introduisant une logique de contrôle externe (Campbell et al., 2009)
 - La nécessité de mettre en place des systèmes d'information et administratifs complexes, parfois coûteux, pour la mesure, la vérification et la comparaison des performances.
 - Un biais en faveur des soins curatifs et hospitaliers — mieux mesurables — au détriment des interventions de prévention, de soutien psychosocial ou d'éducation thérapeutique, essentielles, mais difficilement quantifiables.

Recommandation : Coconstruire et mettre en place des indicateurs de performance organisationnelle (plutôt qu'individuel) dans les organisations de première ligne (ex : GMF) où toute l'équipe de soins est imputable. Les cibles de ces indicateurs et la rémunération associée devraient être choisies afin de contrer les effets négatifs des paiements prospectifs (capitation) et d'encourager le travail en équipe et la collaboration interprofessionnelle. L'atteinte des cibles pourrait ainsi avoir un impact positif sur les ressources humaines (ex : infirmières) ou les ressources financières que Santé Québec offre à l'organisation de première ligne.

3.3 MESURE DE LA PERFORMANCE AU NIVEAU ORGANISATIONNEL

- **Considérations sur les indicateurs de performance au niveau organisationnel**

Les indicateurs de performance organisationnelle devraient être multidimensionnels, souples et contextualisés. Les indicateurs de performance au niveau de l'organisation devraient être basés sur des « ensembles d'indicateurs » équilibrés, combinant structure, processus et résultats (volume, accessibilité, qualité perçue, et coordination), et basés sur la valeur (Cattel & Eijkenaar, 2020). Ils devraient être coconstruits avec les milieux de pratique pour assurer une appropriation réelle et éviter les comportements opportunistes.

Les indicateurs devraient être accompagnés d'un retour d'information structurée qui permet aux équipes de suivre leur progression plutôt que de subir des évaluations descendantes. Le [Projet collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services \(COMPAS\)](#) développé en Montérégie entre 2008 et 2013, et actuellement

hébergé par l'INESSS est un modèle qui pourrait servir de base ou de points de départ pour mettre en œuvre ce type d'indicateurs (INESSS, 2025).

Il est important d'associer la performance à un retour de valeur et pas seulement à une récompense financière (Leao et al., 2025). L'enjeu est de réintégrer la performance dans le sens du travail (Weick, 2000). Ceci pourrait se faire par exemple en liant certains indicateurs à la dotation en ressources, à des possibilités de soutien organisationnel, ou à une reconnaissance institutionnelle visible. Cela favorise l'engagement professionnel sans basculer dans une logique de marchandisation des actes.

Les expériences internationales nous renseignent aussi sur les échecs de réformes et il est important d'en tenir compte pour ne pas tomber dans les mêmes pièges. Le *Quality and Outcomes Framework* (QOF) britannique a montré que la performance basée uniquement sur des indicateurs cliniques ciblés peut entraîner une baisse d'investissement dans les dimensions relationnelles ou complexes des soins (Campbell et al., 2009). La Nouvelle-Zélande a adopté une approche plus souple : les indicateurs guident les équipes, mais les résultats sont intégrés à une discussion collective et à des ajustements structurels (Cumming & Mays, 2011).

La logique de performance devra être alignée sur les capacités locales. Les indicateurs ne doivent pas pénaliser les milieux en contexte défavorisé ou à ressources limitées. Des accompagnements différenciés devraient être prévus pour soutenir l'atteinte des cibles dans ces milieux. Toutes ces étapes seront possibles à condition de disposer d'un système d'information robuste et pertinent, qui fasse consensus entre les cliniques, et qui comprenne des données sur l'expérience des patients et des indicateurs de qualité des soins.

- **Implication des patients**

Bien que les indicateurs de performance aient le potentiel d'améliorer l'accès aux soins de santé, leur conception et leur mise en œuvre doivent être soigneusement gérées afin d'éviter des conséquences négatives imprévues (Powell et al., 2012). Il est essentiel de trouver un équilibre entre les résultats mesurables et le point de vue du patient pour obtenir une vision holistique de ses soins et éviter de compromettre la qualité des soins qu'il reçoit (AHRQ, 2016). La prise en compte des résultats rapportés par les patients (PROM) et les mesures de l'expérience rapportée par les patients (PREM) est nécessaire pour fournir un retour d'information aux prestataires de soins de santé. Ces deux types de mesures sont souvent utilisés en parallèle pour présenter les perceptions des patients concernant à la fois le processus et le résultat de leurs soins, tout en maintenant la qualité des services (Kingsley & Patel, 2017).

- **Approche participative et dialogue délibératif**

Au-delà des types d'indicateurs à considérer, la sélection des indicateurs à retenir dans un contexte d'évaluation de la performance est cruciale. Ce choix doit reposer sur une approche participative, incluant cliniciens, gestionnaires, patients et citoyens, qui coconstruisent les indicateurs à privilégier afin de répondre de manière adéquate aux priorités de la population desservie (Baum, MacDougall, & Smith, 2006). Dans ce sens, cette sélection doit se faire à une échelle locale par les milieux de soins qui sont les mieux placés pour identifier les indicateurs pertinents et réalisables selon leurs besoins et réalités spécifiques. La méthode de dialogues délibératifs est bien adaptée à cet objectif, car elle soutient les utilisateurs de connaissances dans l'élaboration de décisions collectives favorisant l'appropriation et facilitant le changement (Degeling, Carter, & Rychetnik, 2015). De plus, le choix d'un « bon » indicateur devrait être basé sur plusieurs propriétés, telles que la validité, la faisabilité, la fiabilité, la sensibilité au changement et la capacité d'action (Boulkedid et al., 2011).

- **L'importance des systèmes d'information**

Les systèmes d'information qui soutiennent l'organisation et la prestation des services cliniques doivent d'abord servir les utilisateurs, soit les employés et cliniciens des organisations de première ligne, ainsi que leur patientèle. L'usage secondaire des données issues de ces différents systèmes doit être fait avec parcimonie, en tenant compte de la qualité des données dans leur contexte local de production. Les systèmes administratifs pour la prise de rendez-vous ou la gestion des horaires peuvent être utiles à la planification et la gestion, mais ils sont rarement efficaces pour relier la volumétrie des cliniciens à leur rémunération. Les systèmes cliniques, comme le dossier patient électronique/numérique, peuvent aussi être utiles pour élaborer des indicateurs sur la patientèle et la qualité des soins. Toutefois, un cadre clair de gouvernance de l'information doit établir les paramètres de la conception et l'usage des systèmes d'information qui vont permettre de faire une extraction et un usage secondaire cohérent des données qui s'y trouvent (Kohane et al., 2021).

Au cœur des défis se trouve l'interprétation des données, lesquelles sont incomplètes, imparfaites et organisées différemment selon les systèmes (Sandhu et al., 2012). Par ailleurs, il est important de noter que l'usage secondaire des données cliniques à des fins de rémunération peut entraîner des changements dans les pratiques de documentation par les cliniciens qui ne sont pas nécessairement alignées vers une augmentation de la qualité des pratiques.

Les méthodes de mesure doivent donc être bien alignées avec les systèmes d'information disponibles, ainsi que leur usage principal, au risque de générer des pratiques de documentation ou des contournements non souhaitables lorsque la rémunération y est directement liée. Par exemple, les énergies des cliniciens peuvent s'orienter vers les pratiques de documentation au lieu des pratiques cliniques (Landon & Mechanic, 2017).

Recommandation : Les indicateurs de performance organisationnelle devraient être multidimensionnels (accès, qualité, processus, résultats, etc.) et prendre en compte l'expérience rapportée par les patients (PROM et PREM). Il est également recommandé de les élaborer en partenariat avec les cliniciens, gestionnaires, patients et citoyens.

4 LES ASPECTS RESSOURCES HUMAINES

4.1 LES ACTIVITÉS DES MÉDECINS

Le projet de loi 106 se concentre sur les activités cliniques. Or la littérature scientifique internationale indique que les médecins partagent leur temps entre les activités cliniques et non cliniques (Borgès Da Silva R., 2017). Les activités cliniques font référence aux activités liées aux soins des patients et se décomposent en activités de soins directs et indirects (Morris et al., 2007).

Selon la littérature, les activités de soins directs regroupent toutes les interventions que les professionnels de la santé réalisent auprès du patient et de sa famille dans la prestation des soins : les soins, les conseils, l'éducation et les actions sociales directes (Burke et al., 2000; Kakushi & Evora, 2014; Morris et al., 2007).

Les activités de soins indirects regroupent toutes les activités en lien avec la prestation de soins, mais réalisées sans le patient : documentation du dossier médical, notes journalières, discussions de cas entre professionnels de santé, activités administratives, interprétations de tests diagnostiques, interactions avec les autres professionnels de la santé, etc. (Burke et al., 2000; Chisholm et al., 2011; Kakushi & Evora, 2014; Kim et al., 2010).

Parmi les autres activités effectuées par les professionnels de la santé, on retrouve des activités qui ne sont pas directement liées aux soins des patients que nous appellerons activités non cliniques. On y retrouve la gestion de l'unité de soins, la formation des étudiants, les rencontres d'équipe ou encore les activités liées à l'entretien de l'unité de soins ou à son bon fonctionnement et qui ne sont pas spécifiques à un patient en particulier (Chisholm et al., 2011; Morris et al., 2007).

Une recension de la littérature internationale publiée en 2017 dans un rapport CIRANO montre que les soins indirects occupent la plus grande part des activités professionnelles au détriment des soins directs. Les activités liées aux soins directs occupent entre 25 % et 41 % du temps de travail des infirmières et entre 15 % et 34 % du temps de travail des médecins (valeurs médianes de 32 % et 21 %). En contrepartie, les soins indirects occupent

entre 22 % et 59 % du temps de travail pour les infirmières et entre 57 % et 69 % pour les médecins (valeurs médianes de 47 % et 63 %). Les activités non cliniques comptent pour 4 % à 38 % du temps de travail des infirmières et pour 0,3 % à 15 % pour les médecins (valeurs médianes de 17 % et de 9 %). Le temps consacré aux activités personnelles varie de 3 % à 22 % pour les infirmières et de 4 % à 17 % pour les médecins (valeurs médianes de 10 % et 7 %) (Borgès Da Silva R., 2017).

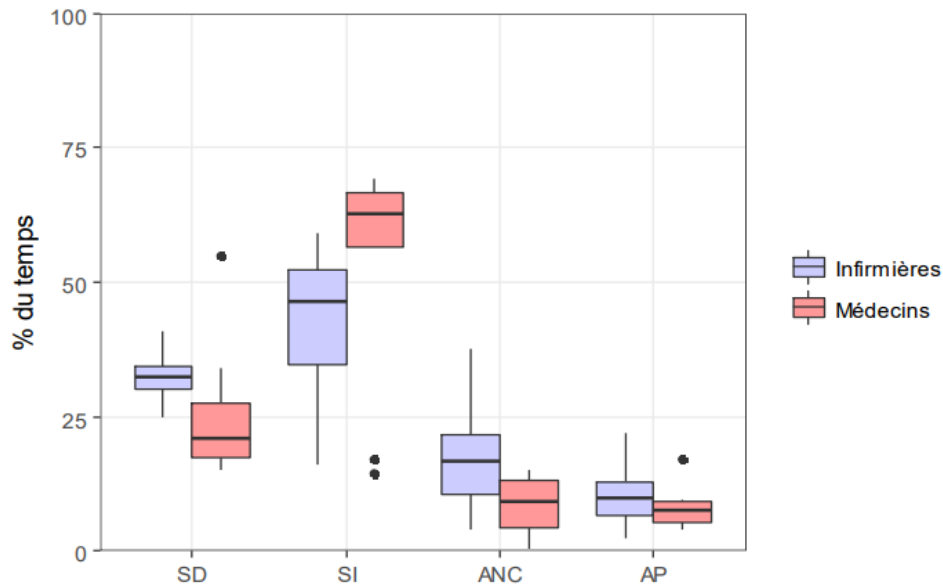


Figure 1 : Temps alloué aux catégories d'activités cliniques liées aux soins directs (SD), aux soins indirects (SI), aux activités non cliniques (ANC) et aux activités personnelles (AP) par les infirmières et les médecins. Figure extraite du rapport CIRANO Borgès Da Silva et al. 2017

Il n'existe malheureusement pas de données au Québec pour documenter précisément la part des activités de soins indirects et la part des activités non cliniques réalisées par les médecins. Actuellement la rémunération à l'acte n'intègre que les activités cliniques.

Recommandation : Documenter précisément les différentes tâches administratives réalisées par les médecins ainsi que le temps passé à réaliser ces tâches et proposer des solutions plus efficaces pour décharger les médecins de ces tâches.

4.2 SUBSTITUTION ET COMPLÉMENTARITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

4.2.1 AU NIVEAU DES PROFESSIONNELS

Le projet de loi 106 se concentre sur la pratique des médecins. Or, ce n'est pas le seul levier d'action pour améliorer l'accès au système de soins de santé. La prestation des services de santé repose sur un ensemble de travailleurs de la santé appelés à collaborer pour répondre aux besoins de santé de la population. Le partage d'activités relatives aux soins et une meilleure utilisation des ressources sont vus par plusieurs comme faisant partie de la solution pour remédier aux problèmes d'efficacité des systèmes de soins. S'appuyant sur un devis qualitatif, une étude réalisée au Québec juste avant la pandémie a fait le point sur le partage des activités relatives aux soins entre les médecins, les infirmières et les préposés aux bénéficiaires (Borgès Da Silva, Ishimo, et al., 2021).

Le partage correspond à la répartition des activités dans le domaine de la santé entre les travailleurs de la santé selon les besoins spécifiques des milieux de soins et les compétences associées à chaque profession. Cette notion implique que certaines activités peuvent être réalisées par plus d'une catégorie de travailleurs. En partageant des activités, on cherche à substituer un type de ressources à un autre plus approprié dans son contexte de soins et relativement moins coûteux. Les activités à partager peuvent être transférées (avec la responsabilité associée) ou déléguées vers d'autres catégories de travailleurs de la santé.

Les résultats de cette étude démontrent que, malgré des avancées majeures ces dernières années, le partage d'activités entre les travailleurs de la santé présente des lacunes et que le déploiement des pratiques infirmières n'est pas optimal. Les principales contraintes organisationnelles se situent au niveau des rôles, des structures et de la nomenclature complexe pour la profession infirmière, de la méconnaissance des compétences associées aux différents types de travailleurs, des difficultés d'intégration de certaines ressources et d'un manque d'encadrement et de soutien à réaliser les activités à partager. La revue systématique réalisée par Laurant (Laurant et al., 2018) a identifié 18 essais randomisés évaluant l'impact des infirmières travaillant comme substituts aux médecins. Selon Laurant, « les soins primaires conduits par une infirmière peuvent entraîner un peu moins de décès chez certains groupes de patients que les soins dirigés par un médecin. Les résultats de la tension artérielle sont probablement légèrement améliorés dans les soins primaires réalisés par une infirmière. La satisfaction des patients est probablement un peu plus élevée dans les soins primaires réalisés par une infirmière (preuve modérée et certaine) ». La substitution d'une infirmière à un médecin correspond à l'utilisation d'une méthode de production moins coûteuse et représente une situation d'efficacité économique pour les cas moins complexes.

Finalement, une barrière à considérer à la substitution des activités est la disponibilité des autres professionnels, qui est limitée dans les milieux de soins publics comparativement au système privé (ex. : physiothérapeutes, nutritionnistes, psychologues). De ce fait, les médecins peuvent se retrouver à pallier ce manque d'accès à d'autres professionnels et à prendre en charge des activités qui auraient pu être déléguées ou transférées. Cette barrière

sera donc à prendre en compte dans la mise en œuvre de processus visant à promouvoir la pertinence et la substitution des activités pour utiliser tous les professionnels de santé à leur plein potentiel.

Recommandation : Poursuivre et intensifier les travaux afin de renforcer les rôles et responsabilités des professionnels de santé non-médecin (actes réservés) et faciliter la collaboration interprofessionnelle dans le but d'utiliser tous les professionnels de santé à la hauteur de leur compétence et faire ainsi des gains d'efficience dans l'utilisation des ressources humaines.

4.2.2 AU NIVEAU DES ÉQUIPES DE SOINS

Le projet de loi 106 se concentre sur la pratique des médecins, mais il est important de tenir compte des équipes de soins incluant les médecins. Les GMF, largement implantés au Québec, représentent un modèle de soins basé sur le travail en équipe qui favorise la substitution et la complémentarité des rôles entre les professionnels de la santé ainsi qu'un éloignement du modèle de soins centré uniquement sur le médecin avec comme objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé. Les GMF offrent des soins de première ligne mettant l'accent sur la collaboration dans le but d'améliorer les soins aux patients en tirant parti de l'expertise de divers professionnels de la santé (Strumpf et al., 2017).

Cependant, les données probantes indiquent que la simple mise en place d'équipes interprofessionnelles ne garantit pas en soi une collaboration efficace ni l'atteinte des résultats souhaités (Grant et al., 2024). En réalité, plusieurs défis peuvent entraver le succès des soins en équipe, comme en témoigne la littérature. Par exemple, au sein des équipes, il peut exister des préoccupations ou une territorialité quant à son rôle, une ambiguïté dans la définition des rôles, une réticence de certains médecins à collaborer avec d'autres professionnels de la santé, ainsi que des barrières de communication (telles que les différences de styles de communication, de terminologie ou d'attentes), sans oublier les contraintes organisationnelles et systémiques (Reeves et al., 2017).

Pour soutenir le fonctionnement optimal des équipes, des facteurs facilitants incluent le leadership à l'échelle de l'équipe, une communication efficace entre les médecins et autres professionnels et l'accès à un espace commun. Du côté du gouvernement et des autorités de santé, des facilitateurs incluent la mise en place de structures de rémunération professionnelle et de politiques incitatives en faveur des soins en équipe collaborative.

5 À PROPOS DE L'ACCESSIBILITÉ

5.1 SOLUTIONS POUR AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ

5.1.1 DÉFINITION DE L'ACCESSIBILITÉ

L'accessibilité aux soins de santé réfère à la facilité — ou la difficulté — d'entrer en contact avec les services offerts par une institution. L'accessibilité englobe l'ensemble des facteurs qui interviennent entre la capacité de produire des services et la production réelle, puis ultimement, la consommation de services. L'accessibilité est une caractéristique des ressources elles-mêmes qui fait qu'elles sont plus ou moins facilement utilisables (Donabedian, 1973; Frenk, 1992; Pineault & Daveluy, 1995).

L'accessibilité se décline en quatre principales dimensions (Levesque et al., 2003). L'accessibilité *géographique* est fonction de la distance physique et temporelle entre un lieu (habitation, travail ou autre) et les services. L'accessibilité *sociale* est fonction de la compatibilité entre les services offerts et les caractéristiques sociales et culturelles des personnes. L'accessibilité *économique* est reliée au coût des services, en relation avec le niveau socio-économique des personnes. L'accessibilité *organisationnelle* est fonction des horaires, des procédures à suivre en relation avec les contraintes des personnes. Elle se définit comme la disponibilité des professionnels de santé à répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins exprimées par un patient. C'est principalement en matière d'accessibilité *organisationnelle* que le Québec fait face à un problème aigu autant au niveau de l'accessibilité à un médecin de famille *pendant* les heures de bureau qu'*en dehors* des heures de bureau.

5.1.2 INSCRIPTION ET ACCESSIBILITÉ

L'inscription à un médecin selon l'aire géographique de tous les Québécois, comme le propose le PL106 pourrait possiblement augmenter l'accessibilité à des soins primaires. Cependant, il est important de reconnaître que l'inscription, l'affiliation et l'accessibilité sont des concepts interreliés, mais distincts.

L'inscription est un lien administratif formel entre un patient et un médecin de famille en vertu duquel un médecin ou une équipe de soins de première ligne reconnaît la responsabilité continue des soins du patient. L'affiliation est le fait d'avoir une source habituelle de soins et est révélée par des interactions répétées entre le patient et un médecin au fil du temps (Strumpf et al., 2022).

L'inscription est souvent perçue comme un moyen d'améliorer l'accès à des soins de première ligne de qualité et fournis dans les meilleurs délais. Or, l'inscription ne garantit pas la disponibilité d'un rendez-vous, ni dans les meilleurs délais ni dans un endroit pratique pour le patient. Autrement dit, le fait d'être inscrit par un médecin de famille n'est pas suffisant pour assurer l'accessibilité.

Selon les travaux de l'INESSS (2024), environ 50 % des visites non urgentes dans les urgences du Québec sont faites par des patients déjà inscrits auprès d'un médecin de famille. En Ontario, des patients inscrits à des médecins de famille consultent tout de même des cliniques sans rendez-vous (*walk-in clinics*) parce que leurs cliniques d'inscription étaient difficiles d'accès, non accommodantes pour leurs besoins ou ils ne voyaient aucun avantage à toujours aller à la même clinique difficile d'accès.

L'accessibilité aux soins et la qualité des soins sont également des notions distinctes. L'amélioration de l'accessibilité aux soins ne se traduit pas nécessairement par une amélioration de la qualité des soins ni une amélioration de la santé individuelle ou de la santé de la population. Qui plus est, l'accessibilité aux soins ne doit pas se faire *au détriment* de leur qualité, de leur sécurité ni de leur continuité. Ces dimensions sont particulièrement importantes pour le bien-être des personnes atteintes de maladies chroniques ou qui ont des problèmes de santé mentale (Strumpf et al., 2022).

5.1.3 COMMENT AUGMENTER L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES ?

- **Du côté de l'offre : informer les professionnels de la santé sur leur pratique grâce à de l'évaluation fréquente**

Dans plusieurs études, on montre que l'évaluation de la pratique médicale, à l'aide d'indicateurs qui proviennent de différentes sources, en alignement avec les systèmes d'information utilisés et la validité des données y étant liée, conduite avec les professionnels de santé mène à une amélioration de l'accès aux soins primaires (Hanson et al., 2022). Cette amélioration a lieu sans aucun paiement lié à la performance des professionnels de la santé (Manuel et al., 2023). Ces données doivent être présentées aux professionnels de soins localement.

- **Augmenter la pertinence des soins**

Au Canada, on estime qu'environ 30 % des soins donnés dans le système de la santé sont non-pertinents, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas appropriés pour le patient (CIHI, 2017; Squires et al., 2022). Les ressources étant limitées, une augmentation de la pertinence des soins permettra d'améliorer la quantité et la qualité des soins et ainsi la disponibilité des soins et services.

On distingue deux types de pertinence : celle de l'intervention elle-même (consultation médicale, procédure médicale ou chirurgicale, ordonnance de médicaments et de tests diagnostiques, hospitalisation, etc.) et celle de la modalité d'intervention (lieu de l'intervention, professionnel qui dispense le soin ou le service, technique de soin, etc.). Une intervention pertinente est celle dont les bénéfices attendus pour la santé du patient sont plus grands que les conséquences négatives attendues par une marge suffisante pour que l'intervention en vaille la peine (Lavis & Anderson, 1996). Une modalité d'intervention est pertinente lorsqu'elle donne des résultats semblables pour le patient, mais à un moindre coût qu'une autre modalité. En réduisant les interventions non pertinentes (p. ex. offrir une consultation médicale de suivi ou remplir un formulaire qui n'apporte rien au patient) ou en confiant davantage d'interventions nécessaires (p. ex. suivi d'un malade chronique dont le diagnostic et le plan de traitement ont été établis par un médecin) à un autre professionnel, comme une infirmière, on libère du temps d'un médecin qu'on devrait alors encourager à prendre de nouveaux patients et ainsi augmenter l'accessibilité à ses services.

Plusieurs stratégies efficaces peuvent être utilisées pour réduire les interventions moins pertinentes, dont la rétroaction, la formation continue, les guides de pratique, etc. (Ingvarsson et al., 2022). Pour ce qui est de déléguer des activités à d'autres professionnels, le paiement des médecins à capitation peut être efficace pour les encourager à le faire. La loi 67, adoptée au Québec à l'automne 2024, permet à différents professionnels d'assumer certaines responsabilités qui étaient jusque-là réservées aux médecins. Ce type de nouveau partage des responsabilités augmente l'accès aux soins pour les patients et dégage du temps des médecins. En ce sens, ce genre de politique devrait être renforcée à l'avenir.

Il faut donc mettre en place des « filtres de pertinence », c'est-à-dire aider les patients et les professionnels de la santé à donner et obtenir les bons soins au bon moment par la bonne personne. Le 811, le GAP et l'accès adapté aux GMF sont des bons outils pour soutenir la pertinence des soins, mais sont encore limités par leur portée. Ce sont des services fragmentés et qui ne mènent pas au développement de relations positives ou à la satisfaction des patients.

Afin d'augmenter la pertinence et l'intégration des services offerts à la population, certaines interventions peuvent être mises en place. Aux Pays-Bas, un professionnel de la santé occupe un poste à la fois administratif et médical : l'assistant clinique (*practice assistant*) (Kiran, 2025). Ces professionnels répondent au téléphone, aident les patients, les écoutent, et font même des actes médicaux de base, comme changer des pansements. Les patients des cliniques développent donc une relation avec la personne qui répond au téléphone et qui les aide dans leur quête de soins. Les assistants cliniques augmentent la pertinence des soins en guidant le patient au téléphone, en clinique, et en travaillant en équipe avec le médecin.

- **Toujours garder en tête la qualité et la continuité des soins**

La continuité des soins a un impact sur la santé des populations. Construire une relation avec ses professionnels de soins, médecins et autres, mène à plus de satisfaction, mais aussi à de meilleurs résultats de santé pour les patients. Augmenter la qualité des visites en s'assurant de la présence du professionnel au bon moment avec un transfert des informations sur le patient est aussi important que d'amener le patient à la clinique.

- **Du côté de la demande : améliorer la littératie organisationnelle en santé**

Il existe de très nombreuses portes d'entrée dans le système de soins santé (811, RSVQ, clic-santé, appel au GAP, clinique sans rendez-vous, CLSC, GMF, urgence, etc.). Afin d'améliorer l'accès et pour s'assurer que les patients se présentent au bon endroit — et surtout d'éviter une visite à l'urgence — il devient primordial de mettre en place des mécanismes pour faciliter la compréhension des Québécois.

Recommandation : Assurer que les modes de financement et d'organisation des services favorisent la diminution des actes non pertinents, qui peuvent atteindre jusqu'à 30 % des actes. Aider les patients et les professionnels de la santé à donner et obtenir les bons soins au bon moment par la bonne personne en simplifiant les nombreuses portes d'entrée dans le système de soins santé (811, RSVQ, clic-santé, appel au GAP, clinique sans rendez-vous, CLSC, GMF, urgence, etc.).

5.2 TERRITORIALITÉ DE L’AFFILIATION

La proposition d'affilier les citoyennes et citoyens à un milieu de soins de proximité lié à sa communauté est reçue positivement vu le grand nombre d'avantages de cette approche. En effet, cette approche a été utilisée avec succès ailleurs comme en Norvège, où elle est implantée depuis 2001 le « *Regular General Practitioner Scheme*, » où tous les résidents sont automatiquement affectés à un médecin généraliste dans leur municipalité (Shahaed et al., 2023). La proximité géographique entre les patients et leurs prestataires de soins primaires agit comme un levier critique pour favoriser les services de soins de santé et sociaux à proximité du domicile du résident et favoriserait la collaboration intersectorielle entre le milieu de soins et le secteur communautaire ((Eika & Hvalvik, 2022). L'affiliation par territoire jouerait également un rôle dans la réduction de l'utilisation de certains services de santé, telles les visites à l'urgence (Bell et al., 2022).

L'approche territoriale pour l'affiliation à un médecin est utilisée dans plusieurs pays pour promouvoir les soins primaires. C'est une approche qui fonctionne bien aux Pays-Bas et en Belgique, par exemple (Marchildon et al., 2021). Il y a par contre plusieurs

caractéristiques importantes à prendre en compte. Il faut considérer la communauté qui aura accès à ses soins. La clinique de soins doit offrir des soins culturellement appropriés. Les études montrent que seulement mettre des services près des populations vulnérables ou marginalisées n'est pas suffisant pour mener à l'utilisation de ces soins. Il devient important d'adapter la pratique selon les communautés rurales ou urbaines et offrir des soins adaptés à chaque communauté, mais aussi d'offrir des services équitables, même en région éloignée (Crooks & Andrews, 2009).

L'affiliation à une équipe de soins plutôt qu'à un prestataire unique comporte certains risques pour la continuité des soins et les bénéfices qui y sont associés. De nombreuses études soulignent l'importance de la continuité relationnelle en soins primaires, montrant que l'absence d'un professionnel désigné peut réduire cette continuité et mener à une fragmentation des soins (Burch et al., 2024; Dyer et al., 2022). La continuité relationnelle est largement reconnue dans la littérature pour améliorer les résultats de santé, réduire la charge de travail des médecins, espacer les visites et diminuer le recours aux services (Kajaria-Montag, Freeman, & Scholtes, 2024). Les modèles de soins en équipe qui ne protègent pas cette continuité peuvent involontairement la compromettre. En Ontario, par exemple, l'introduction de cliniques spécialisées par maladie au sein d'équipes de santé familiale a mené à une fragmentation des soins, réduisant les bénéfices attendus de l'approche intégrée (Brooks et al., 2023).

Recommandation : À défaut de pouvoir inscrire toutes les personnes auprès d'un médecin de famille, l'affiliation des citoyennes et citoyens à un milieu de soins de proximité lié à sa communauté est la voie à privilégier. Cette solution doit toutefois s'accompagner de mesures pour assurer aux patients une continuité relationnelle avec un soignant.

6 LES ASPECTS DE GOUVERNANCE

- **Gouvernance et territorialité**

La gouvernance des soins primaires joue un rôle central dans l'efficacité de l'affiliation des usagers et dans l'organisation des soins. D'après le récent rapport de Boulanger et al. (2025), un large consensus se dégage sur la nécessité d'une gouvernance de proximité, décentralisée, comprenant tous les professionnels de la santé pertinents (au-delà des médecins), tout en étant intégrée aux orientations provinciales (Boulanger et al., 2025). Cette approche permettrait une meilleure adaptation aux besoins locaux, une gestion plus efficiente des ressources et une coordination accrue entre les acteurs du territoire. Il est

ainsi recommandé d’ancrer la gouvernance au niveau des RLS ou des CLSC, avec des autorités locales clairement désignées, et de mettre en place des modèles organisationnels flexibles, adaptés aux réalités de chaque communauté. Une structure provinciale cohérente devrait toutefois encadrer ces initiatives, en clarifiant les rôles et les responsabilités des différents paliers. Toujours dans le rapport de Boulanger et al. (2025), l’exemple de l’Angleterre et des pays scandinaves montre l’importance de contrats clairs définissant des réseaux locaux coordonnés portés par un financement structurant pour soutenir une gouvernance efficace.

- **Gouvernance et reddition de comptes**

Une des conditions majeures de succès d’une refonte de la rémunération des médecins serait dès lors une reddition de comptes collective et non pas, là encore, reposant uniquement sur la performance des médecins. La mise en place de tables intersectorielles locales, réunissant acteurs du réseau, organismes communautaires et population, est proposée pour renforcer l’intégration de cette reddition de comptes au niveau local. Par ailleurs, une cogestion clinico-administrative efficace dans les milieux cliniques repose sur des rôles bien définis, une formation en leadership partagé, et une implication réelle des professionnel(le)s, notamment les médecins, qui manquent souvent de formation en gouvernance. Un exemple probant de ce mode de fonctionnement, avec une reddition de compte collective, territorialisée et orientée vers les principes de santé populationnelle, est visible à travers le cas des *Ontario Health Teams (OHTs)* qui visent à intégrer les soins autour des besoins des patients, en réunissant divers partenaires (hôpitaux, soins primaires, services communautaires, patients, etc.). D’après de récents travaux, l’approche adoptée pour ce faire, soit l’approche « *low rules* » du gouvernement, laisse aux OHTs une grande autonomie pour bâtir leurs propres structures de gouvernance (Baker, Nelson, & Blackstien-Hirsch, 2022; Dong, Sahu, & Black, 2024; Mondal et al., 2022). Pour assurer le déploiement de ce mode de gouvernance, plusieurs facteurs facilitants ont joué un rôle clé. En particulier le programme ADVANCE (ateliers, coaching, élaboration de *roadmaps*) qui s’inspire des bonnes pratiques d’amélioration continue de la qualité et des principes de système de santé apprenant, a permis le développement de pratiques de gouvernance collaborative. Il a pu aider les leaders du réseau à renforcer leur capacité à partager le leadership, à prendre des décisions concertées et à établir des mécanismes clairs de reddition de comptes. L’implication de coach(e)s internes, sur le mode système de santé apprenant, a également favorisé un apprentissage en réseau et un accompagnement ciblé. Par ailleurs, l’engagement explicite envers une vision partagée, et l’usage de cadres théoriques comme le modèle du *Collective Impact* ont contribué à structurer les démarches et ont été salués comme des leviers efficaces pour faire évoluer la gouvernance des soins primaires vers des modèles réellement intégrés et intersectoriels.

- **Gouvernance et rémunération**

Le PL106 prévoit que les groupes de médecins puissent définir eux-mêmes les règles de ventilation interne du supplément collectif. Il s'agit d'un levier potentiellement puissant d'appropriation locale, à condition que ces règles soient élaborées selon des principes de gouvernance participative, territoriale et transparente tels que précisés précédemment. La création d'une instance neutre de médiation au niveau régional ou national pourrait aussi être envisagée, afin de résoudre les désaccords persistants de manière impartiale et constructive. La logique collaborative promue par le projet de loi gagnerait à inclure une participation structurée des autres professionnels des soins primaires (infirmières, intervenants sociaux, personnel administratif), afin de refléter la nature réellement interdisciplinaire de la pratique en première ligne. Cette ouverture favoriserait une culture de gestion plus inclusive et plus alignée avec les réalités actuelles des équipes cliniques.

Recommandation : Assurer une gouvernance territoriale locale, participative et transparente pour soutenir la santé populationnelle, l'engagement et la cohésion organisationnelle.

7 LES ASPECTS DE SANTÉ PUBLIQUE

La difficulté d'accès aux soins de première ligne se produit lorsque la demande de soins par la population excède l'offre de soins du système de santé. On pourrait augmenter l'offre en changeant la rémunération des médecins et en réorganisant le travail ceux-ci et celui des autres professionnels de la santé. Cependant, il y aurait aussi lieu de tenter de mieux contrôler la demande de soins. Ceci est d'autant plus important que la population vieillit et que les maladies chroniques à traiter seront en croissance au cours des prochaines décennies.

Plusieurs études et rapports d'experts (McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002; Remington, Catlin, & Gennuso, 2015) ont montré que les habitudes de vie compteraient pour 30 à 40 % dans la santé et la mortalité d'une population alors que les soins médicaux ne compteraient que pour 10 à 20 %. Ceci signifie qu'en mettant davantage l'accent sur la promotion de saines habitudes de vie et sur la prévention, la demande de soins pourrait diminuer. Par exemple, les efforts gouvernementaux des dernières décennies ont permis de réduire considérablement le taux de tabagisme au Québec. Ceci devrait se traduire, à terme, par une réduction des maladies associées au tabagisme et de la demande de soins qui en découle.

Le Québec s'est doté en 2016 d'une Politique de prévention en santé (MSSS, 2016). Parmi les programmes services, la santé publique est le programme qui a vu la plus faible augmentation de ses dépenses en dollars constants entre 2004 et 2019 avec une croissance de 32,2 %. À l'opposé les programmes des services généraux et de santé physique ont connu une augmentation de leurs dépenses de 78,1 % et 66,8 %, respectivement. Le taux de croissance des dépenses de l'ensemble des programmes services (excluant la santé publique) a été de 62 % (Borgès Da Silva, Prud'homme, et al., 2021). Les montants alloués à la prévention sont estimés à moins de 0,5 % du budget de la santé au Québec (MSSS, 2022), soit bien en deçà de l'impact que pourraient avoir les changements des habitudes de vie sur la santé de la population et sur la demande de soins. En augmentant les efforts de prévention, on pourrait, à long terme, libérer des ressources importantes qui pourraient être consacrées aux besoins en soins de première ligne qui ne sont pas comblés. Ainsi, pour résoudre les problèmes d'accès à la première ligne, il y a lieu de travailler autant sur l'offre de soins que sur la demande de soins.

Recommandation : Augmenter les efforts de promotion de la santé et prévention afin d'améliorer, à long terme, la santé de la population et ainsi libérer des ressources importantes qui pourraient être consacrées aux soins de première ligne.

8 CONCLUSION

Le collectif de rédaction du DGEPS salue la volonté du gouvernement de vouloir impliquer davantage les médecins dans l'accès aux soins et rendre plus efficaces les activités des médecins. Le passage d'un mode de rémunération majoritairement rétrospectif (acte) à prospectif (capitation) ne doit pas se faire sans être accompagné d'autres modes de rémunération. Des études et des simulations sont nécessaires pour s'assurer de trouver la bonne combinaison de modes de rémunération pour chacun des contextes de pratiques et géographiques et éviter les écueils des expériences internationales.

Par ailleurs, la rémunération des médecins ne devrait pas représenter le seul levier d'action pour améliorer l'accès aux soins et services. Mettre en place des indicateurs de performance organisationnelle en première ligne pour améliorer le partage des activités et la collaboration interprofessionnelle, améliorer la pertinence des soins et investir en santé publique font partie des leviers incontournables pour améliorer l'accès aux soins et services. Ces leviers d'actions ne sont réalisables qu'à condition d'investir les ressources humaines, matérielles, organisationnelles, informationnelles et financières nécessaires pour les mettre en œuvre.

9 RÉFÉRENCES

- AHRQ. (2016). *What is patient experience?* Department of Health and Human Services. Retrieved 26 mai from
- AMC. (2022). *Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2021*. https://digitallibrary.cma.ca/viewer?file=%2Fmedia%2FDigital_Library_PDF%2F2021%2520NPHS%2520report%2520FR.pdf#page=1
- AMC. (2024). *Épuisement professionnel et fardeau administratif des médecins*. <https://regards.infoway-inforoute.ca/2024-amc-taches-administratives/>
- Baker, R., Nelson, M., & Blackstien-Hirsch, P. (2022). Governance evolution in new integrated care models: Ontario Health Teams. *International Journal of Integrated Care*, 22(S3).
- Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(10), 854-857. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.028662>
- Bell, N., Lòpez-De Fede, A., Cai, B., & Brooks, J. (2022). Geographic proximity to primary care providers as a risk-assessment criterion for quality performance measures. *PLoS One*, 17(9), e0273805. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273805>
- Bevan, G., & Hood, C. (2006). What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system *Public Administration*, 84(3), 517-538. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2006.00600.x>
- Borgès Da Silva, R., Ishimo, M.-C., Blais, R., Hamel, M., & Dubois, C.-A. (2021). *Une meilleure répartition des activités entre les travailleurs de la santé : État de la situation, contraintes et facilitateurs*.
- Borgès Da Silva, R., Jacques, O., Laberge, M., Castonguay, F., Vincent, C., & Prud'Homme, A. (2025). *Affiliation à une source habituelle de soins de première ligne, accessibilités des services et besoins non comblés*.
- Borgès Da Silva, R., Prud'homme, A., Deblois, P.-J., Labadie, J.-F., & Strumpf, E. C. (2021). *Évolution de la part des dépenses en santé publique dans le budget du ministère de la Santé et des Services Sociaux entre 2004 et 2019*.
- Borgès Da Silva R., F.-L., J., Hazra A., Strumpf E. C. (2015). *Analyse d'une politique de santé visant l'amélioration de l'accès à un médecin de famille - Les guichets d'accès pour la clientèle orpheline du Québec* (Cirano Projet Reports, Issue. Cirano.
- Borgès Da Silva R., H., M. (2017). *Part des activités cliniques et non cliniques réalisées par les médecins et infirmières*. <https://cirano.qc.ca/fr/sommaires/2017RP-07>
- Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A., Beaulieu, M.-D. B. D., C., Boies, S., Lamoureux Lamarche, C., Prévost, K., Del Grande, C., & Deslauriers, V. (2025). *Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale au Québec*. <https://cdn->

contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf

- Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Alberti, C. (2011). Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One*, 6(6), e20476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>
- Brooks, L., Elliott, J., Stolee, P., Boscart, V. M., Gimbel, S., Holisek, B., Randle, J., & Heckman, G. A. (2023). Development, successes, and potential pitfalls of multidisciplinary chronic disease management clinics in a family health team: a qualitative study. *BMC Primary Care*, 24(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02073-x>
- Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., & Wiesen, D. (2017). The Effects of Introducing Mixed Payment Systems for Physicians: Experimental Evidence. *Health Econ*, 26(2), 243-262. <https://doi.org/10.1002/hec.3292>
- Brosig-Koch, J., Hennig - Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., & Wiesen, D. (2013). How to improve patient care?-An analysis of capitation, fee-for-service, and mixed payment schemes for physicians. *An Analysis of Capitation, Fee-for-Service, and Mixed Payment Schemes for Physicians (April 2, 2013)*.
- Burch, P., Walter, A., Stewart, S., & Bower, P. (2024). Patient reported measures of continuity of care and health outcomes: a systematic review. *BMC Primary Care*, 25(1), 309. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02545-8>
- Burke, T. A., McKee, J. R., Wilson, H. C., Donahue, R. M., Batenhorst, A. S., & Pathak, D. S. (2000). A comparison of time-and-motion and self-reporting methods of work measurement. *J Nurs Adm*, 30(3), 118-125. <https://doi.org/10.1097/00005110-200003000-00003>
- Campbell, S. M., Reeves, D., Kontopantelis, E., Sibbald, B., & Roland, M. (2009). Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *New England Journal of Medicine*, 361(4), 368-378. <https://doi.org/doi:10.1056/NEJMSa0807651>
- Cattel, D., & Eijkenaar, F. (2020). Value-Based Provider Payment Initiatives Combining Global Payments With Explicit Quality Incentives: A Systematic Review. *Med Care Res Rev*, 77(6), 511-537. <https://doi.org/10.1177/1077558719856775>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS. *Rapport de recherche, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé Université de Montréal*.
- Chien, A. T., Wroblewski, K., Damberg, C., Williams, T. R., Yanagihara, D., Yakunina, Y., & Casalino, L. P. (2012). Do physician organizations located in lower socioeconomic status areas score lower on pay-for-performance measures? *Journal of general internal medicine*, 27, 548-554.
- Chisholm, C. D., Weaver, C. S., Whenmouth, L., & Giles, B. (2011). A Task Analysis of Emergency Physician Activities in Academic and Community Settings. *Annals of*

- Emergency Medicine*, 58(2), 117-122.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.11.026>
- CIHI. (2017). *Unnecessary Care In Canada: CIHI and CWC Joint report released*.
<https://choosingwiselycanada.org/unnecessary-care-canada-cihi-cwc-joint-report-released/>
- Conrad, D. A., & Perry, L. (2009). Quality-based financial incentives in health care: can we improve quality by paying for it? *Annu Rev Public Health*, 30, 357-371.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100243>
- Constantinou, P., Sicsic, J., & Franc, C. (2016). Effect of pay-for-performance on cervical cancer screening participation in France. *Int J Health Econ Manag*.
<https://doi.org/10.1007/s10754-016-9207-3>
- Crooks, V. A., & Andrews, G. J. (2009). Community, equity, access: core geographic concepts in primary health care. *Primary Health Care Research & Development*, 10(3), 270-273.
- Cumming, J., & Mays, N. (2011). New Zealand's Primary Health Care Strategy: early effects of the new financing and payment system for general practice and future challenges. *Health Economics, Policy and Law*, 6(1), 1-21.
<https://doi.org/10.1017/S1744133109990260>
- Degeling, C., Carter, S. M., & Rychetnik, L. (2015). Which public and why deliberate?-- A scoping review of public deliberation in public health and health policy research. *Soc Sci Med*, 131, 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.009>
- Demange, G., & Geoffard, P. Y. (2006). Reforming Incentive Schemes under Political Constraints: The Physician Agency. *Annales d'Économie et de Statistique*(83/84), 221-250. <https://doi.org/10.2307/20079169>
- Donabedian, A. (1973). Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. (*No Title*).
- Dong, L., Sahu, R., & Black, R. (2024). Governance in the transformational journey toward integrated healthcare: The case of Ontario. *Journal of Information Technology Teaching Cases*, 14(1), 24-36. <https://doi.org/10.1177/20438869221147313>
- Doran, T., Kontopantelis, E., Valderas, J. M., Campbell, S., Roland, M., Salisbury, C., & Reeves, D. (2011). Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ*, 342, d3590. <https://doi.org/10.1136/bmj.d3590>
- Dyer, S. M., Suen, J., Williams, H., Inacio, M. C., Harvey, G., Roder, D., Wesselingh, S., Kellie, A., Crotty, M., & Caughey, G. E. (2022). Impact of relational continuity of primary care in aged care: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 22(1), 579. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03131-2>
- Eckhardt, H., Smith, P., & Quentin, W. (2019). Chapter 14: Pay for Quality: using financial incentives to improve quality of care. In (pp. 357-397).
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, 110(2-3), 115-130. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>

- Eika, M., & Hvalvik, S. (2022). Municipal healthcare professionals' interprofessional collaboration during older patients' transitions in the municipal health and care services: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 22(1), 918. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08226-5>
- Frenk, J. (1992). Concept and measurement of accessibility. *Salud pública de México*, 27, 438-453.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., Sergison, M., & Pedersen, L. (2001). Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 6(1), 44-55. <http://www.jstor.org/stable/26749749>
- Grant, A., Kontak, J., Jeffers, E., Lawson, B., MacKenzie, A., Burge, F., Boulos, L., Lackie, K., Marshall, E. G., Mireault, A., Philpott, S., Sampalli, T., Sheppard-LeMoine, D., & Martin-Misener, R. (2024). Barriers and enablers to implementing interprofessional primary care teams: a narrative review of the literature using the consolidated framework for implementation research. *BMC Prim Care*, 25(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02240-0>
- Hanson, K., Brikci, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., Blecher, M., Cashin, C., Esperato, A., Hipgrave, D., Kalisa, I., Kurowski, C., Meng, Q., Morgan, D., Mtei, G., Nolte, E., Onoka, C., Powell-Jackson, T., Roland, M., . . . Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *The Lancet Global Health*, 10(5), e715-e772. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)
- Hurley, J. E. (2010). *Health Economics* (1st edition ed.). McGraw-Hill Education. <https://books.google.ca/books?id=ZZjsQwAACAAJ>
- INESSS. (2025). *COMPAS+*. <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/sante/amelioration-continue-en-premiere-ligne/compas.html>
- Ingvarsson, S., Hasson, H., von Thiele Schwarz, U., Nilsen, P., Powell, B. J., Lindberg, C., & Augustsson, H. (2022). Strategies for de-implementation of low-value care—a scoping review. *Implementation Science*, 17(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01247-y>
- Kajaria-Montag, H., Freeman, M., & Scholtes, S. (2024). Continuity of Care Increases Physician Productivity in Primary Care. *Management Science*, 70(11), 7943-7960. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2021.02015>
- Kakushi, L. E., & Evora, Y. D. (2014). Direct and indirect nursing care time in an intensive care unit. *Rev Lat Am Enfermagem*, 22(1), 150-157. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3032.2381>
- Kim, C. S., Lovejoy, W., Paulsen, M., Chang, R., & Flanders, S. A. (2010). Hospitalist time usage and cyclicalty: opportunities to improve efficiency. *J Hosp Med*, 5(6), 329-334. <https://doi.org/10.1002/jhm.613>
- Kingsley, C., & Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Education*, 17(4), 137-144. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>

- Kiran, T. (2025). *Patients in the Netherlands can't go to the ER without a GP referral*. Canadian Healthcare Network. <https://canadianhealthcarenetwork.ca/patients-netherlands-cant-go-er-without-gp-referral>
- Kohane, I. S., Aronow, B. J., Avillach, P., Beaulieu-Jones, B. K., Bellazzi, R., Bradford, R. L., Brat, G. A., Cannataro, M., Cimino, J. J., García-Barrio, N., Gehlenborg, N., Ghassemi, M., Gutiérrez-Sacristán, A., Hanauer, D. A., Holmes, J. H., Hong, C., Klann, J. G., Loh, N. H. W., Luo, Y., . . . Cai, T. (2021). What Every Reader Should Know About Studies Using Electronic Health Record Data but May Be Afraid to Ask. *J Med Internet Res*, *23*(3), e22219. <https://doi.org/10.2196/22219>
- Landon, B. E., & Mechanic, R. E. (2017). The Paradox of Coding - Policy Concerns Raised by Risk-Based Provider Contracts. *N Engl J Med*, *377*(13), 1211-1213. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1708084>
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, *7*(7), Cd001271. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
- Lavis, J. N., & Anderson, G. M. (1996). Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications. *Cmaj*, *154*(3), 321-328.
- Leao, D. L. L., Moers, L. A. M., Cremers, H. P., van Veghel, D., Groot, W., & Pavlova, M. (2025). Design, implementation and evaluation of value-based payment models: a Delphi study. *BMC Health Serv Res*, *25*(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12281-z>
- Léger, P.-T., & Strumpf, E. C. (2010). *Système de paiements des médecins : bref de politique*. Cirano.
- Léger, P. T. (2011). *Physician payment mechanisms, Modes de rémunération des médecins : un aperçu des possibilités d'action au Canada*. Canadian Electronic Library.
- Levesque, J., Beaulne, G., Feldman, D., Hamel, M., Jalhay, J., Ouellet, D., Pineault, R., Thivierge, C., & Tousignant, P. (2003). L'organisation des services de première ligne, l'accès aux services, les attributs de l'expérience de soins et la santé : concepts, mesure et effets. *Montréal (Qc) : Direction de santé publique de Montréal*.
- Manuel, V., Bien-Aimé, I., Boutot, É., Dupuis, J. B., & Johnson, C. (2023). Timely access to primary care in New Brunswick. *Variability across health regions*, *69*(3), e61-e65. <https://doi.org/10.46747/cfp.6903e61>
- Marchildon, G. P., Brammli-Greenberg, S., Dayan, M., De Belvis, A. G., Gandré, C., Isaksson, D., Kroneman, M., Neuner-Jehle, S., Saunes, I. S., Thomas, S., Vrangbæk, K., & Quentin, W. (2021). Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. *Health Policy*, *125*(12), 1507-1516. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.09.001>

- McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. R. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood)*, 21(2), 78-93. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.78>
- McGuire, T. G., & Pauly, M. V. (1991). Physician response to fee changes with multiple payers. *J Health Econ*, 10(4), 385-410. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(91\)90022-f](https://doi.org/10.1016/0167-6296(91)90022-f)
- Michaud, P.-C., Benatia, D., Clavet, N.-J., Fortin, B., Gbeto, J. R. A. (2025). *Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec*. <https://cjp.hec.ca/wp-content/uploads/2025/05/rapport-complet-medecins-2025.pdf>
- Mondal, S., Côté-Boileau, É., Tessier, L., & Baker, R. (2022). Evolving governance structures and partner engagement strategies: a crosscase analysis from three Ontario Health Teams (OHTs). *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 22.
- Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., & Hyde, A. (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *J Adv Nurs*, 57(5), 463-471. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x>
- MSSS. (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé : Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. Gouvernement du Québec Retrieved from https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/16-297-10_Fiche_PGPS.pdf
- MSSS. (2022). Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé. In.
- Nassiri, A., & Rochaix, L. (2006). Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach. *Health Economics*, 15(1), 49-64. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hec.1012>
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Editions nouvelles Montréal.
- Powell, A. A., White, K. M., Partin, M. R., Halek, K., Christianson, J. B., Neil, B., Hysong, S. J., Zarling, E. J., & Bloomfield, H. E. (2012). Unintended consequences of implementing a national performance measurement system into local practice. *J Gen Intern Med*, 27(4), 405-412. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1906-3>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(6), Cd000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Remington, P. L., Catlin, B. B., & Gennuso, K. P. (2015). The County Health Rankings: rationale and methods. *Popul Health Metr*, 13, 11. <https://doi.org/10.1186/s12963-015-0044-2>
- Rochaix, L. (1993). Financial incentives for physicians: The Quebec experience. *Health Economics*, 2(2), 163-176. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hec.4730020209>

- Sandhu, E., Weinstein, S., McKethan, A., & Jain, S. H. (2012). Secondary Uses of Electronic Health Record Data: Benefits and Barriers. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38(1), 34-40. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(12\)38005-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1553-7250(12)38005-7)
- Sciences, N. A. o., Medicine, Health, B. o. P., Practice, P. H., & Programs, C. o. A. f. S. S. i. M. P. (2016). Accounting for social risk factors in Medicare payment: Identifying social risk factors.
- Shahaed, H., Glazier, R. H., Anderson, M., Barbazza, E., Bos, V. L. L. C., Saunes, I. S., Auvinen, J., Daneshvarfard, M., & Kiran, T. (2023). Primary care for all: lessons for Canada from peer countries with high primary care attachment. *Canadian Medical Association Journal*, 195(47), E1628-E1636. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221824>
- Sharma, R. L. (1998). Health-Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives—Comment. *Journal of Economics & Management Strategy*, 7(1), 127-137. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1430-9134.1998.00127.x>
- Sicsic, J., & Franc, C. (2017). Impact assessment of a pay-for-performance program on breast cancer screening in France using micro data. *Eur J Health Econ*, 18(5), 609-621. <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0813-2>
- Squires, J. E., Cho-Young, D., Aloisio, L. D., Bell, R., Bornstein, S., Brien, S. E., Decary, S., Varin, M. D., Dobrow, M., Estabrooks, C. A., Graham, I. D., Greenough, M., Grinspun, D., Hillmer, M., Horsley, T., Hu, J., Katz, A., Krause, C., Lavis, J., . . . Grimshaw, J. M. (2022). Inappropriate use of clinical practices in Canada: a systematic review. *Cmaj*, 194(8), E279-e296. <https://doi.org/10.1503/cmaj.211416>
- Strumpf, E., Ammi, M., Diop, M., Fiset-Laniel, J., & Tousignant, P. (2017). The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. *J Health Econ*, 55, 76-94. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.009>
- Strumpf, E., Goldsmith, L. J., King, C. E., Lavergne, R., Mccracken, R. K., McGrail, K. M., & Simon, L. (2022). Mesure l'accès et la qualité des soins de première ligne au Québec : Réflexions issues de recherches sur la prise en charge des patients. *CIRANO*.
- Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B., & Sermeus, W. (2010). Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res*, 10, 247. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-247>
- Weick, K. E. (2000). *Making Sense of the Organization*. Wiley. <https://books.google.ca/books?id=agZzW4mqS4wC>