



INSTITUT C.D. HOWE INSTITUTE

COMMENTAIRE

NO. 410

Le Mystère des Médecins Québécois « Évanouis »: Comment Améliorer L'accès Aux Soins

*Le Québec compte plus de médecins de famille par habitant que l'Ontario,
mais affiche de moins bons résultats en matière d'accès aux soins.
L'auteur examine la question et comment y répondre.*

Claude E. Forget

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

AU SUJET DES AUTEUR DE CE NUMÉRO

CLAUDE E. FORGET

a occupé, sur une longue période, plusieurs fonctions liées à la décision et à l'analyse des politiques de santé y compris quelques années comme sous ministre et ministre de la santé et des services sociaux au Québec.

Les publications de l'Institut C.D. Howe sont soumises à un examen externe par des universitaires et des experts indépendants issus des secteurs public et privé.

Le processus de révision par les pairs veille à la qualité, l'intégrité et l'objectivité de la recherche de l'Institut sur les politiques publiques. L'Institut s'engage à ne pas publier une étude qui, à son avis, ne satisfait pas les normes du processus d'examen. L'Institut exige de ses auteurs qu'ils divulguent publiquement tous conflits d'intérêts, réels ou potentiels, dont ils ont connaissance.

Dans sa mission d'éduquer et d'encourager le débat sur des questions essentielles de politique publique, l'Institut C.D. Howe fournit des conseils stratégiques non partisans aux intéressés de façon non exclusive. L'Institut ne soutient aucun parti politique, élu, candidat à une élection, ou groupe d'intérêt.

À titre d'organisme de bienfaisance canadien enregistré, l'Institut C.D. Howe accepte naturellement les dons de particuliers, d'organismes privés et publics, de fondations caritatives, et d'autres organisations à l'égard de projets de nature générale ou spécifique. L'Institut n'accepte aucun don qui stipule un résultat prédéterminé ou une orientation politique, ou qui mine son indépendance de toute autre façon, ou celle de son personnel et de ses auteurs, dans la poursuite de ses activités de recherche ou de diffusion des résultats de la recherche.

COMMENTAIRE No. 410
MAI 2014
Politique de santé



A handwritten signature in black ink that reads 'Finn Poschmann'.

Finn Poschmann
Vice-Président de la recherche

\$12.00

ISBN 978-0-88806-932-0

ISSN 0824-8001 (imprimer);

ISSN 1703-0765 (en ligne)

L'ÉTUDE EN BREF

Comparativement à la plupart des provinces canadiennes, le Québec s'est doté d'un nombre important et rapidement croissant de médecins de famille par rapport à sa population. Et pourtant, tant les médecins de famille que la population générale du Québec indiquent que les Québécois ne jouissent pas d'un bon accès aux services de santé. Le présent Commentaire se penche sur ce paradoxe, en examinant ce qui a retardé les anciennes réformes des soins primaires et ce qui peut être fait pour remédier à la situation.

En 2012, le Québec comptait 115 médecins de famille par 100 000 habitants, par rapport à 100 en Ontario et 109 pour l'ensemble du Canada. Toutefois, environ 15 % des patients québécois interrogés n'ont pas de médecin de famille, par rapport à environ 4 % des Ontariens. De plus, selon 68 % des Québécois, il est « plutôt difficile » ou « très difficile » d'accéder aux soins après les heures normales (comparativement à 58 % des Ontariens). Pourquoi?

Au Québec, les médecins ont tendance à passer moins de temps au travail que leurs homologues ontariens. En fait, le Québec représente un cas exceptionnel dans la plupart des pays développés, car il s'agit de l'endroit où la semaine de travail du médecin est la plus courte, à savoir 34,9 heures par rapport à 43 en Ontario. Les médecins plus jeunes (âgés de moins de 45 ans) travaillent encore moins, avec 32,7 heures par semaine. Le Québec compte également moins de patients inscrits par médecin, soit 1 081 en moyenne par rapport à 1 539 en Ontario. Ces chiffres sont encore plus bas pour les médecins plus jeunes.

Au cours de la dernière décennie, le Québec a tenté, avec un succès très mitigé, d'améliorer l'accès aux soins primaires, avec la création d'équipes de médecine familiale. Toutefois, l'expansion des groupes de médecine familiale au Québec a été assortie de nombreux délais, et même lorsque des groupes ont été mis en place, le nombre de patients inscrits est considérablement inférieur aux attentes.

Il faudra un effort renouvelé et déterminé en matière de réforme des soins primaires, associé à des mesures d'incitation financière plus attrayantes et à un engagement plus fort de la part des gouvernements et des fournisseurs de soins. Si l'on finançait ces équipes par un système de capitation mixte qui encourage la mobilité des patients, l'inscription auprès d'un médecin de famille et la responsabilité des médecins d'atteindre les objectifs en matière d'accès, cela faciliterait grandement la recherche d'un meilleur accès pour les patients. Un tel modèle pourrait être étendu à l'avenir pour permettre aux fournisseurs de soins primaires un meilleur contrôle sur les budgets pour leur permettre d'acheter certains services de base au nom de leurs patients. L'adoption de ce modèle par les médecins et leur volonté de fournir davantage de soins primaires en milieu communautaire plutôt qu'en milieu hospitalier représentent des ingrédients clés d'une transition réussie.

Commentaire© de l'Institut C.D. Howe offre une analyse périodique et un commentaire sur des questions de politiques publiques qui font l'actualité. La préparation de la copie aux fins de publication a été faite par Yang Zhao. Comme pour toute publication de l'Institut, les opinions exprimées dans ce texte n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des membres de l'Institut ou de son conseil d'administration. Les citations sont permises à condition d'en mentionner la source.

Les personnes qui souhaitent commander cette publication sont priées de s'adresser à l'Institut C.D. Howe, 67 rue Yonge, bureau 300, Toronto (Ontario) M5E 1J8. Le texte complet se trouve également sur la page web de l'Institut à l'adresse suivante www.cdhowe.org.

Un accès facile et fiable aux soins primaires est important pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les soins primaires agissent comme point d'entrée vers des services de santé plus spécialisés.

Ils procurent une foule de soins pour les problèmes moins complexes. Les soins primaires assurent également la continuité des soins, en raison des liens qu'ils fournissent entre les personnes, les familles et les soignants, y compris le suivi post-hospitalisation. De plus, les soins primaires sont au cœur du traitement des maladies chroniques. Et pour terminer, grâce à des mesures de prévention, ils peuvent réduire la nécessité de recourir à des services de santé plus spécialisés et plus coûteux.

Le présent *Commentaire* soutient que bien que le Québec possède plus de médecins par habitant que la plupart des autres provinces, ses mesures de l'accès aux soins produisent de piètres résultats par rapport à bon nombre d'autres systèmes de santé publics, y compris celui de l'Ontario. À la lumière du plan mis en place par le gouvernement québécois pour encourager un meilleur accès aux soins primaires au cours des 10 dernières années, dont les efforts se sont révélés lents et largement décevants, le présent *Commentaire* cerne des moyens de corriger cette situation. Par exemple, les soins de santé pourraient être prodigués de façon plus efficace en modifiant les modes de pratique et en harmonisant les incitatifs financiers qui encouragent les médecins à accepter un plus grand nombre de patients et à offrir davantage de soins dans la communauté plutôt que dans les hôpitaux, où une trop grande partie des soins est actuellement fournie. Il identifie

enfin un certain nombre d'obstacles qu'il faut surmonter pour assurer la réussite d'une réforme des services de première ligne.

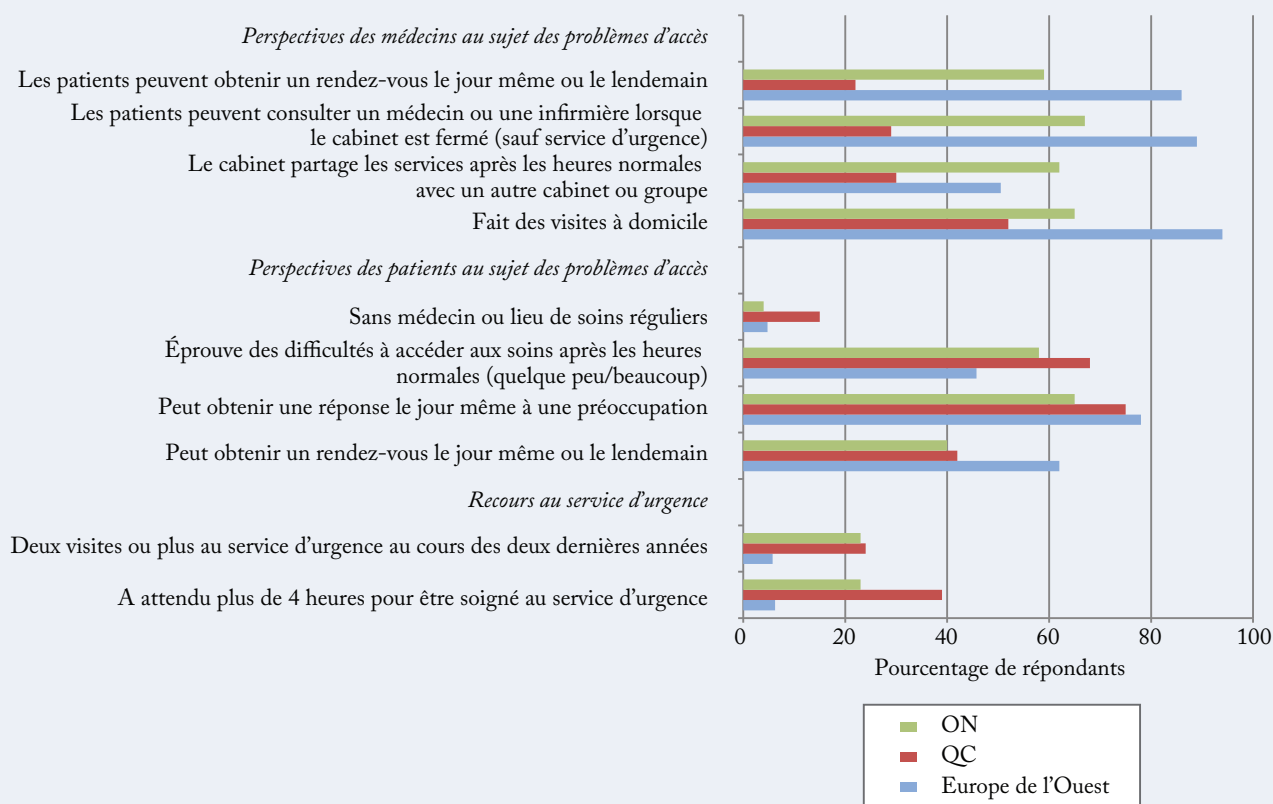
Si le Québec déçoit quant à la première ligne de soins, cela n'est pas attribuable aux principes généraux sur lesquels s'appuie sa politique car la plupart des décisions de principe requises furent prises au cours des années. En fait, le processus de changement n'a pas progressé parce que le gouvernement et les fournisseurs de soins de santé n'accordaient pas à la situation la priorité qu'elle mérite. Des efforts renouvelés devraient intégrer des mesures d'incitation financière plus fortes dans les régimes de rémunération des équipes de soins primaires, en mettant davantage l'accent sur un financement par patient (capitation) qui encourage la mobilité des patients, l'inscription auprès de médecins de famille et la responsabilisation des médecins relativement aux mesures d'accès. Il est également essentiel que les niveaux de rémunération des soins primaires prodigués dans la communauté soient au moins aussi généreux que ceux prodigués dans les hôpitaux.

LA QUESTION DE L'ACCÈS : BON NOMBRE DE QUÉBÉCOIS N'ONT PAS DE MÉDECIN DE FAMILLE

En ce qui concerne l'accès aux soins primaires, la performance relativement médiocre du Québec est

Je remercie tous ceux qui m'ont généreusement accordé de leur temps d'avoir discuté avec moi des questions traitées dans ce *Commentaire*, ou lu et commenté les premières ébauches. Cela s'applique en particulier à Jacques Brunet, Marie Dominique Beaulieu, Richard Cruess, Antoine Groulx, Louis Godin et John Richards. Un remerciement spécial est dû à Colin Busby, sans le soutien duquel ce commentaire n'aurait pas été écrit.

Figure 1: Accès aux soins



Remarque : ces résultats sont basés sur les résultats de l'enquête de la Fondation du Commonwealth, tirés de l'enquête de 2012 auprès des médecins de soins primaires et de l'enquête de 2013 auprès du grand public. Les résultats sont fondés sur des enquêtes menées auprès d'environ 390 médecins et plus de 1 000 patients au Québec; 500 médecins et plus de 1 500 patients en Ontario; et 2 500 médecins et environ 4 500 patients dans les quatre pays européens.

Sources : CCS (2014, 2013) et CSBE (2012[2]).

illustrée par une comparaison de ses résultats en matière de critères d'accès avec ceux de l'Ontario et de l'ensemble de quatre pays d'Europe occidentale (la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni et les Pays-Bas). L'Ontario est choisi comme point de comparaison parce qu'il s'agit de la province qui produit le meilleur rendement à cet égard et qu'il a

subi des réformes récentes visant à améliorer encore plus l'accès aux soins primaires.¹

Les résultats de l'Europe occidentale en matière de mesures d'accès aux soins primaires surpassent ceux de l'Ontario et les pays européens dépassent de beaucoup le Québec (voir la figure 1). Cela vaut, que l'on interroge le grand public ou les médecins

1 Le rendement de l'Alberta et de la Colombie-Britannique est parfois légèrement meilleur que celui de l'Ontario.

de soins primaires au sujet de la disponibilité de rendez-vous le jour même ou le lendemain, de la disponibilité des soins après les heures normales, ou de l'inscription dans la pratique régulière d'un médecin de famille.²

Les constatations relatives au Québec sont particulièrement déprimantes. Environ 15 % des patients québécois interrogés n'ont pas de médecin de famille, par rapport à environ 4 % des Ontariens et 5 % des habitants d'Europe occidentale. De plus, selon 68 % des Québécois, il est « plutôt difficile » ou « très difficile » à accéder aux soins après les heures normales (comparativement à 58 % des Ontariens et 46 % des Européens), et seuls 42 % d'entre eux ont déclaré être en mesure d'obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain (chiffre comparable aux 40 % des Ontariens, mais considérablement inférieur aux 62 % des Européens).

Les médecins de soins primaires au Québec voient la situation d'un œil pessimiste, tout comme les citoyens, en ce qui concerne l'accès aux soins primaires. Moins d'un sur quatre (22 %) a affirmé que ses patients pouvaient obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain, comparativement aux 59 % des médecins de l'Ontario et aux 86 % de ceux de l'Europe de l'Ouest dont les patients pouvaient obtenir un rendez-vous rapidement lorsqu'ils en avaient besoin. De plus, seuls 29 % des médecins du Québec ont indiqué qu'un patient pouvait obtenir un rendez-vous avec un autre médecin ou une infirmière lorsque leur bureau est fermé pour la journée, par rapport à un taux de réponse positif de 67 % en Ontario et 89 % en Europe de l'Ouest.

Un domaine dans lequel des différences considérables sont observées entre le Québec et l'Ontario d'une part, et entre le Québec et l'Europe de l'Ouest d'autre part, est le recours au service d'urgence. L'Europe occidentale compte beaucoup moins sur le service d'urgence pour prodiguer des soins primaires : environ 6 % des patients ont indiqué s'y être rendus deux fois ou plus au cours des deux dernières années. Pendant ce temps, au Québec et en Ontario, le taux d'utilisation était quatre fois plus élevé : un habitant sur quatre (24 %) du Québec et de l'Ontario a indiqué une forte préférence pour les soins au service d'urgence (figure 1).

Toutefois, une fois le seuil du service d'urgence traversé, les expériences des Québécois étaient beaucoup moins satisfaisantes que celles des habitants de l'Ontario ou de l'Europe occidentale. Presque 40 % des Québécois ont indiqué qu'ils avaient attendu plus de 4 heures au service d'urgence avant de recevoir des soins, comparativement à 23 % des Ontariens et 5 % des Européens. Une grande partie de la différence relative à l'accès aux soins primaires au lieu de recourir au service d'urgence semble être expliquée par la disponibilité des soins après les heures normales. À cet égard, les pays d'Europe occidentale offrent beaucoup plus de soins après les heures normales que le Québec ou l'Ontario, quoique l'Ontario soit tout de même considérablement supérieur au Québec dans ce domaine.³

-
- 2 On peut recourir à ce dernier pour mieux planifier et organiser les tests requis ou les soins préventifs, les médicaments et l'examen annuel des traitements médicamenteux, ainsi que la gestion des maladies chroniques.
 - 3 Ces enquêtes ont également révélé d'autres différences intéressantes entre le Québec, l'Ontario et l'Europe de l'Ouest au sujet de la qualité des soins primaires. En l'Europe de l'Ouest, par exemple, il existe une piètre coordination entre les fournisseurs de soins primaires et le système de santé global. En général, peu de fournisseurs de soins primaires sont systématiquement informés de la présence de leurs patients au service d'urgence, seul un petit nombre reçoit les rapports des spécialistes et bon nombre d'entre eux indiquent que leurs patients éprouvent des difficultés à accéder à des services diagnostiques spécialisés. À tous ces égards, les résultats de l'Ontario sont aussi bons que ceux de l'Europe de l'Ouest, ce qui n'est pas une barrière très élevée à franchir; toutefois, le Québec accuse énormément de retard.

TABLEAU 1 : Nombre de médecins par 100 000 habitants (par province, 2012)

	T.-N.-L.	I.P.-E.	N.-É.	N.-B.	QC	ON	MB	SK	AB	C.-B.	YT	T. N.-O.	NU	CAN
Médecine familiale	126	98	127	117	115	100	102	100	110	122	155	60	26	109
Spécialistes médicaux	114	84	123	104	120	102	91	80	107	99	30	23	9	106

Source : CIHI (2013).

LE PARADOXE : LE QUÉBEC COMPTE PLUS DE MÉDECINS PAR TÊTE QUE LA PLUPART DES PROVINCES

Ce qui rend déroutants et même paradoxaux les résultats du Québec relativement à ces mesures superficielles de l'accès aux soins primaires est le fait que la province s'est dotée d'un grand nombre de médecins de famille, dont les effectifs ne cessent d'augmenter. En 2012, le Québec comptait 115 médecins de famille par 100 000 habitants, par rapport à 100 en Ontario et 109 pour l'ensemble du Canada (tableau 1). De 2007 à 2010, la population du Québec a augmenté de 3,8 %, tandis que le nombre de médecins a fait un bond de 10,2 %. La pénurie de médecins n'est donc pas la cause des problèmes d'accès aux soins primaires au Québec – la province compte 15 % de médecins de famille de plus par rapport à l'Ontario.

Donc, pourquoi des médecins de famille en si grand nombre et une disponibilité si réduite par rapport aux autres provinces? On peut citer quelques raisons plausibles.

Depuis la création du régime d'assurance maladie au Québec, en 1970, les politiques provinciales ont encouragé les médecins de famille à travailler dans

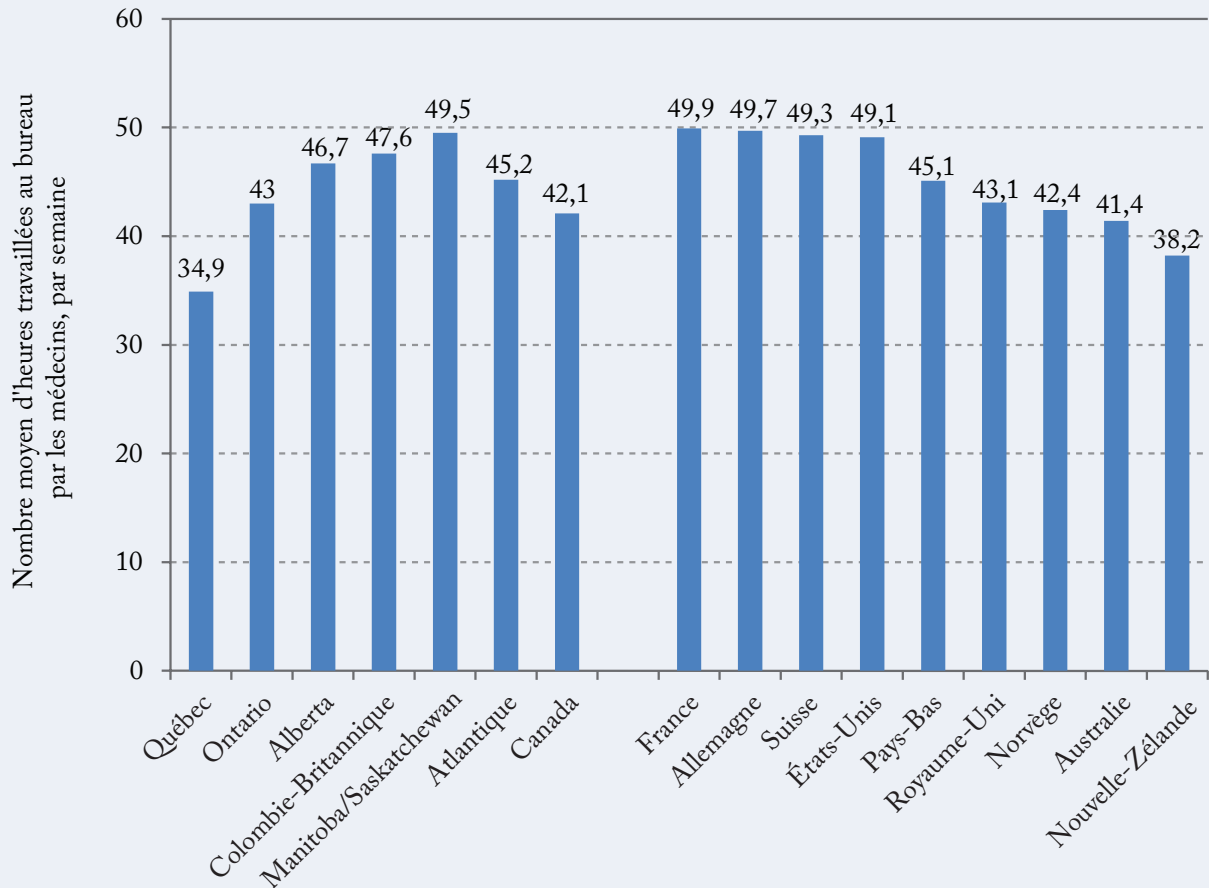
des établissements. Le gouvernement a fortement appuyé l'admission des médecins de famille en tant que membres à part entière des équipes médicales dans les hôpitaux et il leur a consenti l'égalité avec les honoraires des spécialistes pour des procédures médicales communes (principalement fournies en milieu hospitalier). Pour cette raison, les médecins de famille ont bénéficié d'un coup de pouce tant sur le plan professionnel que sur celui de leur revenu.

Ces politiques se sont avérées efficaces dans la mesure où le personnel et l'administration des hôpitaux communautaires sont désormais composés principalement de médecins de famille, et le travail en milieu hospitalier représente un peu moins de la moitié de leurs heures de travail, selon leur association, la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ). Quelque 1 400 d'entre eux travaillent dans les services d'urgence, y compris ceux des hôpitaux d'enseignement.⁴ Cela rend les hôpitaux dépendants des médecins de famille; d'ailleurs, en 2002, le gouvernement provincial a imposé par une loi à certains médecins de famille d'assurer la permanence et la disponibilité réelle pendant certaines périodes dans certains services d'urgence.⁵

4 Voir Godin (2010).

5 En 2013, ces médecins touchaient 5 060 \$ par semaine pour assurer la permanence et 4 365 \$ pour réellement fournir les services, en plus des honoraires gagnés sur les services rendus (LETTRE, 2013). Ces montants sont établis tous les ans par l'entremise d'une *lettre d'entente*. Plus récemment, une rémunération à la vacation (une forme de paiement semblable à un salaire) a été introduite pour les médecins de famille pour le traitement de patients hospitalisés.

Figure 2: Heures consacrées par les médecins de soins primaires (moyenne hebdomadaire, provinciale et nationale, 2012)



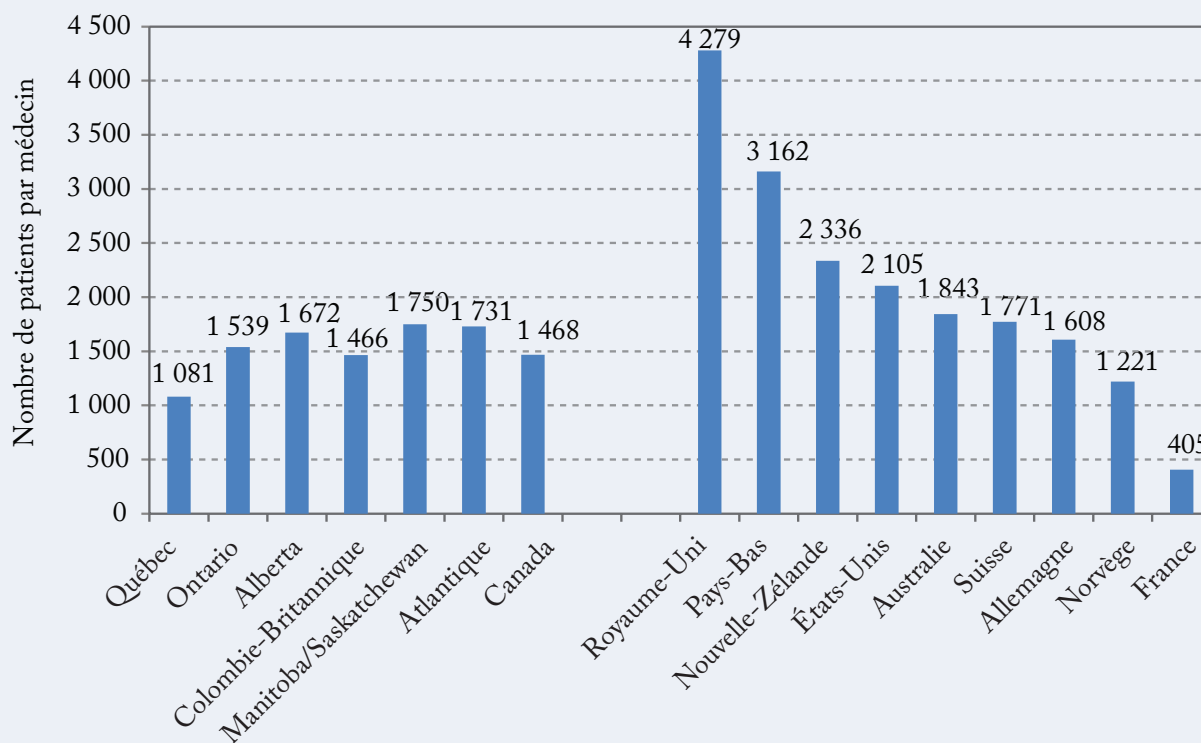
Source : CSBE (2012, 121).

Des cliniques de santé communautaires, appelées Centres locaux des services communautaires (CLSC), ont initialement été mises sur pied avec une rémunération salariale établie à un niveau qui constituait une prime par rapport à la rémunération à l'acte. Au Québec, 15,7 % des médecins de soins primaires travaillent dans des cliniques communautaires, comparativement à 9,2 % dans l'ensemble du Canada (CSBE[1]).

Tant dans les hôpitaux que dans les cliniques communautaires, les médecins de famille du Québec bénéficient d'un soutien inégalé, qu'ils ne

paient pas, de la part de 6,1 autres professionnels de la santé en moyenne comparativement à une moyenne de 4 pour des établissements semblables dans l'ensemble du Canada. Ce soutien peut atteindre jusqu'à 12,1 professionnels dans les CLSC. Toutes choses étant égales par ailleurs, un tel niveau de soutien devrait permettre aux médecins de famille de s'occuper d'un plus grand nombre de patients et de fournir de meilleurs services. En pratique, toutefois, il semble que le mode de rémunération des médecins les incite moins à fournir des soins primaires facilement

Figure 3: Nombre moyen de patients par médecin (par province et par pays)



Source : CSBE (2012, 125).

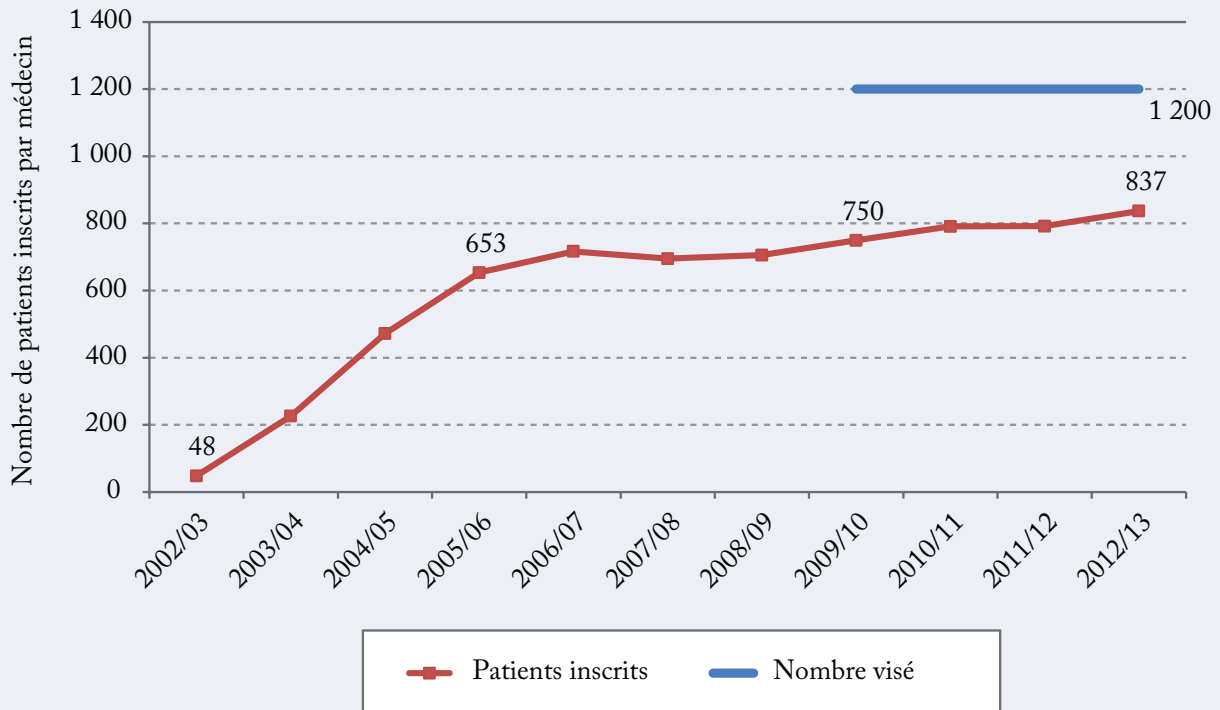
accessibles à de grands nombres de patients dans ces environnements que s'ils étaient dans leurs cabinets où ils sont rémunérés à l'acte.

Aujourd'hui, des médecins plus jeunes, qui sont souvent des femmes, sont particulièrement attirés vers ces milieux institutionnels (CSBE, 2012; Garmier, 2013). L'attrait croissant de la pratique en établissement pour les médecins remplace progressivement le milieu de petite entreprise du cabinet privé du médecin, qui nécessite de choisir le bon emplacement, de faire un investissement et de payer son personnel. Mais bien qu'ils soient mieux financés, les milieux institutionnels ont tendance à être plus bureaucratiques et à fournir des incitatifs plus faibles, ce qui réduit l'accès aux soins primaires courants.

Un autre facteur qui influence l'accès pour les patients est le fait que les médecins québécois ont tendance à travailler moins d'heures que leurs homologues ontariens. En fait, le Québec représente un cas exceptionnel parmi la plupart des pays développés, car il s'agit de l'endroit où la semaine de travail du médecin est la plus courte, à savoir 34,9 heures par rapport à 43 en Ontario (figure 2). Les médecins plus jeunes (âgés de moins de 45 ans) font encore « mieux » avec 32,7 heures, 31,8 pour ceux qui travaillent dans les CLSC et 30,9 pour les femmes médecins.

Le Québec compte également moins de patients inscrits par médecin, à savoir 1 081 en moyenne, comparativement à 1 539 en Ontario et au chiffre énorme de 4 279 au Royaume-Uni (figure 3). Ici

Figure 4: Taux d'inscription des patients par médecin inférieurs à la cible (2002/03-2012/13)



Sources : Hebert (2012); calculs de l'auteur.

encore, ces chiffres sont plus bas pour les médecins plus jeunes, ceux qui travaillent dans les CLSC et les femmes médecins (CSBE, 2012).⁶ Ce nombre d'heures relativement faible que consacrent les médecins à leurs patients dans leur cabinet a un lien direct avec le nombre moins élevé de patients dont ils s'occupent : cet écart de 19 % relatif au nombre d'heures représente une grande partie des 30 %

de patients de moins par médecin par rapport à l'Ontario.⁷

Le succès limité de l'initiative des GMF au Québec

Au cours de la dernière décennie, le Québec a tenté, avec un succès très mitigé, une réforme de

6 Le nombre d'heures relativement bas que travaillent les médecins femmes est un développement relativement nouveau dans le domaine médical. Il est possible que leur entrée rapide dans la profession (elles représentent 42,2 % des médecins de famille au Québec par rapport à 35 % en Ontario [ICIS, 2012]) démontre à leurs collègues masculins qu'un nombre d'heures moins élevé est non seulement possible, mais aussi acceptable. La rémunération élevée pourrait également entraîner une plus grande préférence pour les temps libres, particulièrement pour les médecins qui travaillent dans des établissements, ce qui fait baisser le nombre d'heures travaillées. Ces facteurs agissent également ailleurs dans le monde; peut-être le Québec en présente-t-il les effets plus rapidement, tout simplement (Contandriopoulos, 2007).

7 De plus, la hausse des honoraires versés aux médecins contribue peut-être à une réduction des services disponibles. Voir Contandriopoulos, 2013(2).

grande ampleur de l'accès aux soins de la santé, avec la création de groupes de médecine familiale (GMF). En se basant sur le rapport Clair de 2001, qui recommandait l'établissement de GMF, le gouvernement a mis sur pied des équipes de santé composées de médecins de famille, travaillant en collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels de la santé, pour offrir une vaste gamme de services de soins primaires à des patients qui étaient encouragés à s'inscrire auprès de tels groupes de médecins (Clair, 2011). L'intention consistait à développer jusqu'à 300 groupes de ce genre, qui seraient ouverts cinq soirs par semaine et pendant au moins cinq heures le samedi et le dimanche.

Toutefois, l'expansion des GMF au Québec a été assortie de nombreux délais, et même lorsque des groupes ont été mis en place, le nombre de patients inscrits est considérablement inférieur aux attentes. Au cours des 10 dernières années, le gouvernement n'a pas atteint son objectif de 300 groupes, notamment parce que les médecins de famille ont hésité à s'inscrire au programme, particulièrement à Montréal. Le plan visait, avec une couverture

provinciale quasi complète, une charge moyenne d'entre 1 200 et 1 500 patients par médecin,⁸ ce qui dépasse considérablement la moyenne actuelle de seulement 837 patients inscrits pour chacun des 3 784 médecins des GMF (figure 4).

De nombreuses raisons paraissent empêcher que les GMF atteignent leur plein potentiel. Ainsi, les médecins qui joignent un nouveau GMF y arrivent avec une liste préexistante de patients qu'ils jugent suffisante.⁹ Les professionnels de la santé ont eu du mal à collaborer efficacement entre eux dans le contexte nouveau et mal défini d'un travail en équipe.¹⁰ La relation entre les heures passées par les médecins de famille dans les services d'urgence et leur présence après les heures normales dans leur pratique familiale n'est pas claire. Bien que les derniers chiffres indiquent une certaine amélioration du nombre de patients inscrits, le taux de pénétration des GMF dans la population générale reste peu élevé (Godin, 2010). Toutefois, même cela pourrait donner une impression exagérée de succès car pour les patients inscrits il demeure trop souvent difficile ou même impossible d'obtenir un rendez-vous rapproché car il semble

8 Voir Beaulieu et coll. (2006, 1). Notez qu'en 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux souhaitait que chaque groupe compte de huit à dix médecins et deux infirmières.

9 Les GMF se composent d'une dizaine de médecins de famille équivalents temps plein, qui ne travaillent pas nécessairement tous au même endroit. Une fois déclaré admissible, un GMF reçoit deux infirmières autorisées, une adjointe administrative et une secrétaire, en plus du personnel existant, le cas échéant. Les GMF sont principalement installés dans les cabinets privés des médecins, mais ils bénéficient d'une aide financière pour l'espace que requièrent les quatre membres supplémentaires du personnel. Les médecins reçoivent un paiement pour s'occuper des patients figurant sur leur liste (une forme de capitation) et certains autres paiements pour les patients qui ont des besoins élevés, en plus des honoraires normaux pour les services qu'ils fournissent.

10 On a lancé le programme des GMF en réfléchissant peu à la conception d'un protocole qui permettrait aux infirmières cliniciennes de travailler en collaboration avec les médecins dans un cadre de soins primaires, et les infirmières praticiennes ne sont devenues disponibles que sept ans après le lancement du programme. Les associations professionnelles ont organisé des séminaires pour en discuter et l'école de soins infirmiers de l'Université de Montréal a fini par tenter de combler les lacunes avec une discussion poussée sur les choses à faire et à ne pas faire; toutefois, jusqu'à maintenant, le ministère de la Santé n'a fourni ni leadership ni surveillance systématique de ce nouveau modèle de soins primaires, y compris de la formation et de l'encadrement requis (Contandriopoulos, 2013). Personne n'a montré aux médecins en quoi le personnel infirmier et le personnel associé pouvaient faire augmenter leur productivité, ce qui leur a laissé l'impression que l'inscription prévue de 1 400 patients en moyenne était beaucoup trop élevée (Beaulieu, 2006).

que les médecins de famille ont traditionnellement recherché la réassurance que leur procure une liste d'attente complète par les prochains trois ou quatre mois.

Bien que, dans les plans de réforme des soins primaires, le gouvernement ait reconnu la nécessité de former des infirmières praticiennes et d'étendre la portée de leur pratique, on peut dire que le financement de leur programme et conséquemment le rythme de graduation était inadéquat. Un autre défi : le grand public connaît peu le programme de GMF, ce qui ralentit les taux d'inscription.¹¹ Et pour terminer, bien que les politiciens et les médias aient dénoncé les GMF qui ne satisfaisaient pas aux exigences essentielles en matière de soins après les heures normales, les groupes ne semblent pas avoir subi de sanctions appropriées (Hebert, 2012).

Bref, la mise en œuvre de la plupart des politiques relatives aux GMF a été lente ou déficiente : ni les médecins ni les patients ne sont inscrits suffisamment rapidement.

CARACTÉRISTIQUES SOUHAITABLES D'UN MEILLEUR SYSTÈME

L'amélioration de l'accès aux soins primaires au Québec devrait être possible, pourvu que les problèmes interdépendants suivants soient réglés.

1. Un meilleur équilibre entre les soins de première ligne et le reste du système de services de santé

Le Québec aurait un nombre plus que suffisant de médecins de famille si seulement ceux-ci s'éloignaient des établissements pour se concentrer davantage sur les soins primaires en milieu

communautaire. Le gouvernement devrait s'assurer que les conditions financières et professionnelles liées au travail des médecins de famille ne créent pas d'incitatif accidentel indésirable qui envoie les médecins dans la direction opposée. Le gouvernement devrait également mieux comprendre la tendance vers une semaine de travail plus courte pour les médecins, et la contrebalancer si possible.

Quoi qu'il en soit, même s'il est certain que les médecins de famille resteront au cœur des soins primaires, il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que les soins primaires soient considérés comme leur domaine d'exercice exclusif. Les spécialistes, que le Québec compte également en nombre suffisant, offrent déjà des soins primaires. Ils sont présents dans 30 % des cabinets de groupe (CSBE, 2013). De plus, bon nombre d'entre eux prodiguent des soins primaires dans leurs cabinets privés et à partir des hôpitaux auxquels ils sont associés. Ces fonctions devraient être intégrées de façon plus explicite et plus franche dans un modèle actualisé de soins primaires. L'apport fait par les spécialistes en médecine interne, en pédiatrie, en obstétrique, en gynécologie, en gériatrie et peut-être même d'autres spécialisations, devrait être considéré comme faisant partie intégrante d'un modèle de soins primaires. C'est un élément important, car les soins primaires ne doivent pas être perçus comme un domaine caractérisé par une expertise médiocre et une faiblesse technologique, les deux ayant un certain lien. Une vision ascétique des soins primaires, qui dépendraient exclusivement du sens clinique ou qui ne seraient qu'une activité satellite des hôpitaux, n'a aucun sens, ni pour les médecins ni pour les patients.

11 Selon un sondage mené en 2012, plus de la moitié (52 %) du public n'avait jamais entendu parler des GMF, tandis que seulement 16 % des répondants savaient qu'une GMF existait dans leur quartier et 18 % étaient au courant des services offerts (Léger, 2012). Le site Web du ministère de la Santé explique comment présenter une demande pour devenir un patient inscrit; toutefois, il indique clairement que le résultat sera peut-être seulement l'inscription sur une liste d'attente (Québec, 2013).

2. La rémunération des soins primaires selon le modèle du paiement à l'acte doit être remplacée par un plus grand nombre de paiements par patient (capitation)

Les soins primaires modernes qui reposent essentiellement sur le travail d'une équipe ne peuvent pas principalement dépendre de paiements à l'acte. L'Ontario s'est déplacé de manière décisive dans la direction du paiement des soins primaires par capitation, qui représente maintenant plus du tiers (34,1 %) du total des paiements faits aux médecins, comparativement à 0,2 % au Québec (CSBE, 2012). En Ontario, l'expansion du programme d'équipes de santé familiale a également été accompagnée d'une forte augmentation du nombre de patients inscrits (Blomqvist, Kralj et Kantarevic, 2013). Si les médecins de famille québécois étaient payés par patient, avec des montants forfaitaires prédéterminés pour chaque patient dont ils s'occupent, ils seraient encouragés à inscrire un plus grand nombre de patients et à prodiguer davantage de soins préventifs (Blomqvist et Busby 2012). Toutefois, même si la capitation devrait procurer de meilleurs incitatifs, son potentiel, comme celui des autres systèmes de paiement, ne se réalisera que si des objectifs en matière d'inscription sont établis et surveillés de près.

Il existe de nombreuses façons de présenter les paiements par capitation aux médecins de famille. Il y a plus de 10 ans, j'ai proposé un régime d'inscription exclusive, en vertu duquel chaque patient s'inscrirait auprès d'une pratique de soins primaires et paierait directement ce fournisseur de soins primaires, ces paiements étant alors admissibles à un crédit d'impôt remboursable

(Forget, 2001). Cela procurerait aux patients inscrits une voix et un statut plus efficaces auprès des fournisseurs de soins, parce qu'ils pourraient alors magasiner pour trouver un cabinet de groupe à la hauteur de leurs attentes et, le cas échéant, passer à un groupe différent.¹²

3. De bons soins primaires exigent un travail d'équipe

Les médecins de famille doivent apprendre à travailler dans le cadre d'une équipe. Une approche de travail d'équipe nécessite des ressources complémentaires, notamment des infirmières qui ont suivi la formation nécessaire pour assumer un certain nombre de responsabilités, par exemple la capacité à poser des diagnostics peu compliqués et à prescrire des produits pharmaceutiques, tâches qui font partie de soins de santé primaires complets. Le médecin et le personnel associé doivent suivre une formation pour apprendre à travailler en équipe et à l'intérieur de protocoles bien définis qui expliquent clairement à chaque membre l'étendue de sa pratique et les aiguillages requis.

DÉFIS COMMUNS LORS DU PASSAGE À UN SYSTÈME IDÉAL

Le concept de soins primaires décrit directement ci-dessus et dans l'introduction du présent *Commentaire* reflète une vision quasi consensuelle parmi les concepteurs de politiques en ce qui concerne la façon dont devraient fonctionner les services de santé de n'importe quel pays. Au fil du temps et dans de nombreux territoires, les décideurs ont effectué différentes expériences conçues pour transformer l'idéal en réalité : la réforme des GMF

12 Bien entendu, les patients ne devraient avoir à s'inscrire à un groupe que pendant une brève période, par exemple trois mois. L'existence d'un lien financier direct pourrait agir pour renforcer la relation personnelle entre les patients et les fournisseurs de soins. Il est clair qu'un tel système conserve intégralement le principe du financement public mais fait du patient l'intermédiaire privilégié entre l'Etat et le prestataire de soins

au Québec en est un bon exemple.¹³ Toutefois, les résultats décevants de cette expérience démontrent les difficultés liées à la mise en œuvre des idées en matière de politique qui sont sous-jacentes à ce modèle de soins primaires. Et pourtant, je demeure fortement convaincu de l'importance d'un modèle similaire pour assurer le meilleur fonctionnement du système de santé du Québec. Il est donc important de comprendre les éléments qui font obstacle à ces idées fondamentalement bonnes.

La ligne floue entre les soins primaires et les soins secondaires

Les soins de santé ont évolué à un point tel que de nombreux traitements qui étaient considérés comme faisant partie des soins tertiaires il y a des décennies appartiennent désormais aux soins secondaires. De même, des procédures qui étaient autrefois considérées comme se situant au niveau secondaire font désormais partie des soins primaires. Avec la chirurgie ambulatoire, les accouchements à domicile ou dans des centres de naissance pour les grossesses à faible risque, une gestion plus large des maladies chroniques et des soins de longue durée à domicile ou dans des maisons de soins infirmiers, pour ne nommer que quelques exemples, la distinction nette entre l'hôpital et le médecin travaillant seul dans son cabinet est une chose du passé.

Toutefois, une ligne de séparation floue entre les soins primaires et les soins secondaires n'est pas nécessairement mauvaise, car il est possible de réaliser de meilleurs gains d'efficacité en traversant les frontières conventionnelles. Aujourd'hui, pour obtenir un bon diagnostic, il est souvent essentiel de combiner un accès rapide aux analyses de laboratoire et aux services d'imagerie, qui sont toutefois relégués à un autre niveau de soins par de nombreux systèmes de soins primaires.

Les réformes des soins primaires doivent également viser à améliorer la mauvaise communication bien documentée entre les fournisseurs de soins primaires et les services spécialisés. À cet égard, le Québec – et, d'ailleurs, l'Ontario – inscrit un rendement inadéquat sur les mesures de la coordination des soins entre les médecins de soins primaires et le reste du système de santé, comparativement à d'autres territoires, ce qui est documenté dans les résultats des enquêtes de la Fondation du Commonwealth (voir la figure 5). Par exemple, seulement environ 10 % des médecins de famille québécois indiquent qu'ils sont informés dans les 48 heures qui suivent la sortie de l'hôpital d'un de leurs patients, un chiffre beaucoup moins élevé qu'en Europe (35 %) ou en Ontario (20 %).

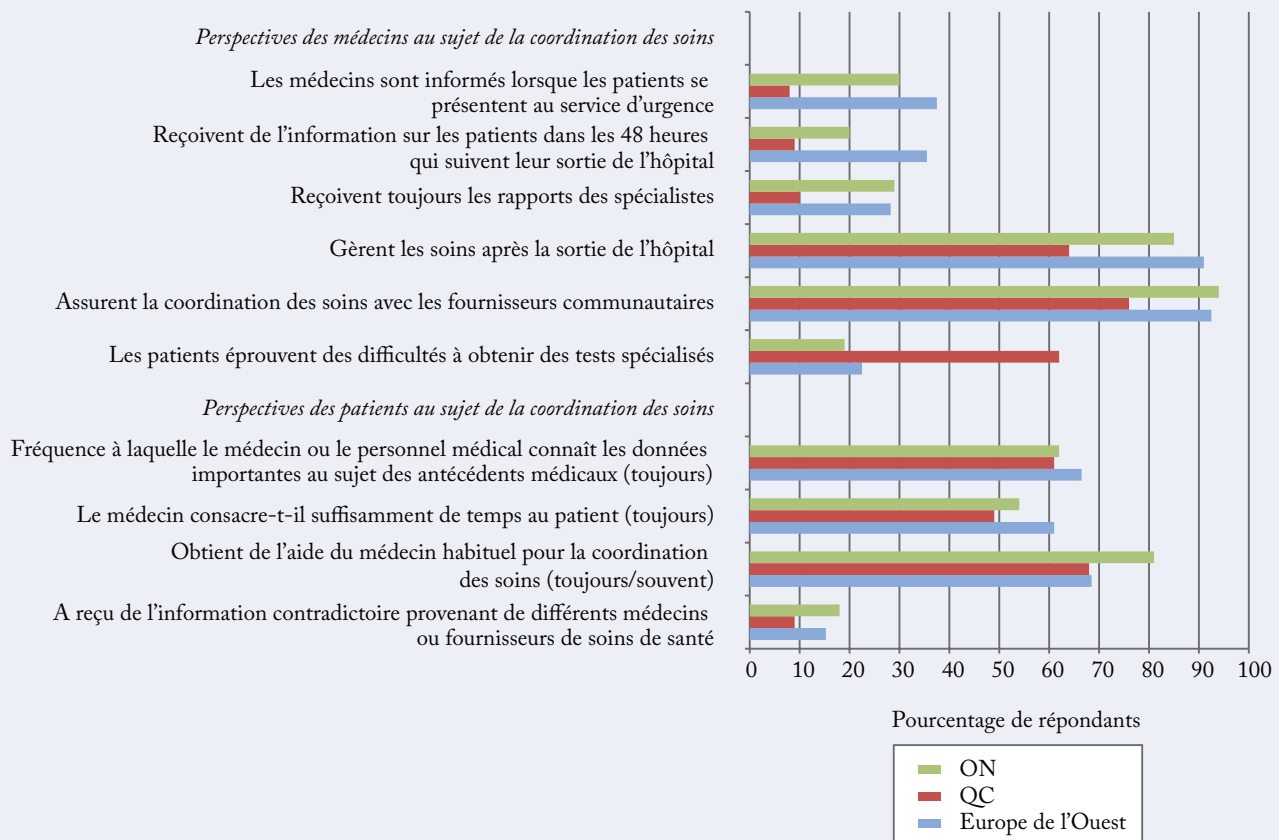
Les Québécois apprécient peut-être la commodité des services de soins primaires disponibles, mais le fait de se rendre au cabinet d'un médecin pour des problèmes autres que les abrasions mineures et les maux de gorge ne facilite pas leur accès aux services spécialisés, dont ils bénéficieraient autrement en se présentant au service d'urgence. Cela nous porte à croire que même si des réformes de grande ampleur étaient apportées aux soins primaires, les Québécois continueront à se rendre au service d'urgence si la longue attente leur permet d'accéder plus rapidement à des services spécialisés.

Privilégier les patients plutôt que les structures institutionnelles quant il s'agit d'attribuer les ressources en argent et en personnel.

Pour améliorer l'accessibilité, les ressources financières et humaines doivent être redirigées. Les budgets actuels des soins de santé et les professionnels associés qui sont affectés aux soins primaires et secondaires et aux établissements

13 Au Québec, les CLSC font partie de cette catégorie, comme le font des initiatives analogues dans d'autres provinces, mais dont aucune n'a joué le rôle de pionnier qu'espéraient leurs créateurs.

Figure 5: Coordination des soins – perspectives des médecins et des patients



Sources : CCS (2014, 2013) et CSBE (2012[2]).

doivent être considérés comme un bassin unique, et leurs utilisations conventionnelles doivent être examinées d'un œil critique et exigeant.¹⁴

Au cours des dix dernières années, le Québec a fusionné des hôpitaux communautaires, des établissements de soins chroniques et des CLSC, et même le personnel de soutien des GMF, sous des parapluies régionaux communs.¹⁵ Cette décision a

été prise pour rechercher des synergies et une plus grande efficacité. Toutefois, cette mesure doit être associée à un cadre financier qui paie les services qui sont prioritaires pour les patients, plutôt que des priorités qui financent la survie d'établissements établis de longue date.

L'accent mis sur des paiements de capitation plus élevés accordés pour assumer les responsabilités

14 L'auteur se rappelle l'opposition de la FMOQ, pendant son mandat de ministre, à ce que les groupes de médecins de famille concluent des ententes séparées pour examiner des approches innovantes de la prestation des soins primaires dans le cadre des CLSC.

15 L'évaluation de ces structures dépasse la portée du présent *Commentaire*.

d'un plus grand nombre de patients et sur des paiements à l'activité liés progressivement aux résultats devrait constituer une base de changement importante parmi les soignants primaires. Mais il faut également trouver une meilleure méthode de financement qui tient compte des priorités des patients, qui traversent les niveaux de soins et les frontières entre les établissements. J'estime que les organisations de soins primaires pourraient évoluer pour adopter un rôle de premier plan et mobiliser les ressources de santé pour servir les besoins des patients, en devenant la voie par laquelle d'autres fournisseurs de services obtiennent leur financement (Jérôme-Forget et Forget, 1998).

Dans le cadre d'un tel système de capitation « étendu », les fournisseurs de soins primaires agirait directement sur le financement de certains services de soins secondaires, tels que l'imagerie diagnostique, les brefs séjours à l'hôpital, la chirurgie ambulatoire, etc. En fournissant aux groupes de fournisseurs de soins primaires les ressources qui leur permettraient d'acheter de tels services de santé au bénéfice de leurs patients, la coordination des services de soutien primaire, secondaire et communautaire serait effectivement assurée d'une manière qui améliorerait aussi le rapport qualité-prix. Cette option, dont une version est actuellement en place au Royaume-Uni, pourrait sembler plus attrayante maintenant que les autres approches ont fait la preuve de leurs limitations. Une période de transition est requise pour un mouvement de cette nature, mais en fin de compte, ce dernier est essentiel pour la réussite.

L'attitude des organisations professionnelles.

L'évolution du financement des soins de santé, qui passe des processus et des activités aux résultats, nécessite de s'éloigner progressivement des paiements à l'acte, un modèle adopté depuis longtemps qu'il est difficile d'abandonner, mais dont les incitatifs sont mal harmonisés avec la prestation

efficace des soins primaires. Un système révisé de paiement des médecins devrait être fondé sur un modèle qui encourage l'inscription des patients et qui indique clairement les services désirés et le mode de prestation voulu. Les paiements aux médecins par capitation, c'est-à-dire par patient, devraient encourager l'inscription en plus grand nombre. Un tel mode de rémunération devra également refléter une approche des soins en équipe, tout en se rapprochant progressivement des primes et des pénalités fondées sur les résultats.

C'est peut-être en raison des longs antécédents du système de paiements des médecins à l'acte que la réforme des soins primaires compte peu de champions au sein de la profession médicale canadienne. De plus, les divisions du travail établies dans le cadre des systèmes conventionnels de soins primaires sont peut-être la cause de la réticence des médecins à abandonner une partie de leurs services conventionnels, et les honoraires associés, à d'autres soignants. Les soins prodigués en équipe avec des paiements par capitation plus élevés constituent une occasion énorme de mettre sur place un programme de soins primaires innovant et efficace, les dirigeants de la profession s'y sont souvent montrés tièdes ou même opposés, bien que certains médecins appuient le changement.

C'est particulièrement vrai au Québec, où les médecins de soins primaires ont leur propre groupe puissant de défense des droits, distinct de celui des spécialistes, qui complique l'adoption de réformes à grande échelle. La résistance à l'inscription des patients et le mode de paiement par capitation ont sans doute été un facteur dans le développement lent des GMF et du taux peu élevé d'inscription.

En fait, environ 70 % des médecins de famille du Québec dépendent du paiement à l'acte comme principale source de financement, seulement 12 % d'entre eux indiquant qu'ils ont un modèle de paiement par capitation et mixte (CCS, 2014). Le contraire est vrai en Ontario, où quelque 55 % des médecins de famille indiquent avoir un modèle de

capitation ou de capitation mixte comme principale source de paiement et où seulement 38 % comptent sur le paiement à l'acte (CCS, 2014). La réticence au changement de la profession médicale réduit la probabilité qu'un programme efficace de soins primaires soit mis en œuvre; toutefois, elle doit être surmontée pour que les soins de santé puissent refléter les plus grands espoirs du public et des décideurs.

Sensibilisation du public au changement

En raison de la valeur symbolique des services publics de santé, tout changement doit être accompagné d'un effort important d'éducation et de persuasion du public. Le développement des soins primaires, tels qu'on les connaît, semble être principalement un effort fait du côté de l'offre inspiré par les concepteurs de politiques, sans pression correspondante du côté de la demande par le grand public.

Bon nombre de Québécois – et, d'ailleurs, de Canadiens – ont l'habitude de se tourner vers la salle d'urgence d'un hôpital pour bénéficier d'un accès immédiat aux soins : après tout, c'est là où les dirige notre système de santé depuis des décennies. Dans cette optique, il faut fournir au public une idée claire sur la réforme, en lui expliquant comment les changements pourraient permettre des services meilleurs, plus accessibles et uniformes, dotés de ressources adéquates.

En dépit de ces défis, le système de santé du Québec doit subir une transformation importante. Un nouvel accent sur une approche axée sur les patients et un engagement envers les services d'une valeur éprouvée aiderait le système de santé à faire face à la hausse constante des coûts, parce qu'il remettrait en question la médiocrité de vieilles façons de faire dont il semble impossible de se débarrasser par les moyens utilisés jusqu'à maintenant.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

« Les services d'urgence représentent un milieu fascinant pour les jeunes médecins. Dans ce cadre, ils obtiennent des résultats immédiats, ils se sentent efficaces. [...] De plus, les services d'urgence ont un avantage précieux : une période de travail ayant une heure de début et une heure de fin. Cela n'est pas nécessairement le cas au bureau, où il y a des analyses de laboratoire à vérifier, des appels à faire, etc. » – Dre Guylaine Laguë, présidente du comité des jeunes médecins, FMOQ (Garnier, 2013).

Les services d'urgence dominent non seulement les aspirations de nombreux médecins québécois, mais également la planification des politiques au ministère de la Santé. Il n'est guère étonnant que les membres du public considèrent que le service d'urgence est leur seul recours lorsqu'ils ont besoin d'accéder au système. Toutefois, cet arrangement est coûteux et peu pratique pour les patients, et l'accès qu'il procure aux soins de santé est lent. Cela doit changer.

L'accent mis actuellement sur la réforme des soins primaires devrait également acheminer davantage les médecins de famille vers les pratiques en milieu communautaire. Pour fournir une disponibilité le jour même ou le lendemain, des visites à domicile, une disponibilité après les heures normales, une réponse rapide aux consultations téléphoniques, etc., le gouvernement du Québec doit en premier lieu rendre les niveaux de rémunération dans le système des soins primaires au moins aussi avantageux que ceux du système hospitalier.

Bien que le nombre de médecins de famille soit plus élevé au Québec qu'en Ontario, il est encore difficile d'avoir accès à leurs services. Les GMF sont une tentative de réforme des soins primaires bien intentionnée, quoique timide, qui n'a pas produit les résultats voulus. Un modèle de soins primaires

efficace pour toute la population nécessite des changements plus importants. Il faudrait accorder plus d'attention à la combinaison de professionnels de la santé qui constituent les équipes de santé familiale, leur origine, leur mode de formation et les incitatifs qui peuvent leur être fournis pour relever le défi de l'accessibilité.

À cet égard, le financement de ces équipes par un système de capitation mixte qui encourage la mobilité des patients, l'inscription auprès d'un médecin de famille et la responsabilisation des médecins dans l'atteinte d'objectifs bien définis, tout cela devrait faire beaucoup pour la recherche d'un meilleur accès pour les patients. Un tel modèle pourrait être étendu à l'avenir pour permettre aux fournisseurs de soins primaires une meilleure maîtrise de la relations avec le reste du système de santé et incidemment sur les budgets en leur permettant d'acheter certains services de base au nom de leurs patients.

Plus largement, l'engagement des médecins à assurer leur disponibilité envers les patients inscrits doit augmenter. Des résultats recueillis à l'échelle

internationale indiquent que même avec un nombre plus élevé de patients par médecin, l'accès aux soins et leur coordination peuvent augmenter, sans sacrifier la qualité.

Les tentatives précédentes de réforme de la politique sur les soins primaires au Québec ont couvert, en principe, tous les éléments requis : un champ de pratique étendu pour les infirmières et les pharmaciens; la reconnaissance de la nécessité d'inscrire des patients auprès d'un prestataire identifié; la reconnaissance de la nécessité de soutenir des effectifs plus nombreux, des dossiers-patients électroniques et une attitude officielle d'appui de la part des fédérations médicales. Ces éléments sont nécessaires, mais il est clair qu'ils ne suffisent pas. Les résultats produits jusqu'à maintenant sont médiocres. Il faudra un effort renouvelé et déterminé, associé à des mesures d'incitation financière plus fortes et un engagement plus fort de la part des gouvernements et des prestataires de soins.

BIBLIOGRAPHIE

- Beaulieu, Marie-Dominique, et coll. 2006. « L'implantation des groupes de médecine familiale : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle ». Mars.
- Beaulieu, Marie-Dominique, et coll. 2013. « Characteristics of Primary Care Practices Associated with High Quality Care ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. Juillet.
- Blomqvist, Ake, et Colin Busby. 2012. « How to Pay Family Doctors : Why Pay per Patient Is better than Fee for Service ». Commentaire 365. Toronto : Institut C.D. Howe. 2012.
- Blomqvist, Ake, Colin Busby et Don Husereau. 2013. « Capturing Value from Health Technologies in Lean Times ». Commentaire n° 396. Toronto. Institut C.D. Howe. Décembre.
- Blumenthal, David. 2013. « Putting aside preconceptions – Time for dialogue among primary care clinicians ». *New England Journal of Medicine*, 368 (20):1933. Mai.
- Cameron, Daphné. 2013. « Palmarès des urgences : toujours plus d'attente », *Le Soleil*, 8 mai.
- Clair, Michel, 2001. Président de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec. Rapport, 2001. Les recommandations de la Commission concernant les GMF sont disponibles sur les pages 52 à 55. Disponible à l'adresse : MSSS.GOUV.QC.CA/ACROBAT/DOCUMENTATION.
- Conseil canadien de la santé. 2013. « How do Canadian primary physicians rate the health system ». *Canadian Health Care Matters*, Bulletin 7. Janvier.
- . 2013. « Better Health, Better Care, Better Value for All: Refocusing Health Care Reform in Canada ». Toronto. Septembre.
- . 2014. « Where You Live Matters: Canadian Views on Health Care Quality Results from the 2013 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of the General Public ». *Canadian Health Care Matters*. Janvier.
- Contandriopoulos, André Pierre, et Marc-André Fournier. 2007. « Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec », Groupe de Recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), R07-02, Novembre.
- Contandriopoulos, Damien, et coll. 2012. « Projet infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) » Université de Montréal, www.ipspl.info.
- Contandriopoulos, Damien, et Mélanie Prroux. 2013. « Fee increases and target income hypothesis ». *Health Care Policy*, 9 (2.).
- CSBE, 2012(a) : Commissaire à la santé et au bien-être, « Perspectives et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé », Enquêtes du Commonwealth Fund, www.csbe.gouv.qc.ca/publication/enqueteducommonwealthfund.
- CSBE, 2012(b) : Commissaire à la santé et au bien-être, « L'expérience de soins de la population : le Québec comparé », Enquête du Commonwealth Fund.
- Economist Intelligence Unit. 2014. « Succeeding in a value-based environment ». EIU Health Care Unit. Janvier.
- Forget, Claude. 2001 : « La santé des Canadiens : le rôle du gouvernement fédéral », rapport soumis lors des audiences publiques du comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, Octobre.
- Garnier, Claire. 2013. « Les attentes de la relève, *Le Médecin du Québec* », 48(7):8-9. Juillet.
- Godin, Dr Louis. 2010. « La médecine familiale est polyvalente au Québec ». Blogue du président, *Le Médecin du Québec*.
- Groulx, Antoine. 2013. « Quebec's Medical Home: Family Medicine Groups ». Ministère de la Santé, Québec. Présentation de l'International Health Work Conference. Mai. http://rcpsc.medical.org/publicpolicy/imwc/Plenary_4_CA_Groulx_Presentation_IHWC_2013.pdf

-
- Hébert, Réjean. 2012. « Plan d'action pour le renforcement de la première ligne de soins. » Discours prononcé le 4 novembre.
- . 2013. « L'importance de la première ligne ». Discours de Réjean Hébert, ministre de la Santé, *Le Médecin du Québec*, 48(7). Juillet.
- ICIS. 2013. Institut canadien d'information sur la santé. « Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians ».
- . 2008. Institut canadien d'information sur la santé, « Primary Health Care (PHC) Indicators Chart Book ».
- Jérôme-Forget, Monique, et Claude E. Forget. 1998. « Who is the Master? » IRPP.
- Léger Marketing. 2012. « Les groupes de médecine familiale (GMF), sondage Omniweb ». 21 septembre 2012, dossier 70902-019.
- Mediatrice. 2008. « Médecins de famille en chute libre ». *Mediatrice.net*. 5 août. www.mediatrice.net
- Québec (a). « Groupe de Médecine Familiale (GMF) » [www.santé.gouv.qc.ca/programmes et mesures d'aide/guichet-d'accès-pour-la-clientèle](http://www.santé.gouv.qc.ca/programmes_et_mesures_d'aide/guichet-d'accès-pour-la-clientèle).
- Québec (b) : « Étude des crédits 2013-2014 », www.msss.gouv.qc.ca/ministère/accès_info/documents/séance-publique/études-des-crédits-2013-2014.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). 2013. Lettre d'entente n° 266, RAMQ, Infolettre 015. Avril.

NOTES:

NOTES:

PUBLICATIONS RÉCENTES DE L'INSTITUT C.D. HOWE

- May 2014 Busby, Colin, and Miles Corak. "Don't Forget the Kids: How Immigration Policy Can Help Immigrants' children." C.D. Howe Institute E-Brief.
- May 2014 Li, Nicholas. *Sticker Shock: The Causes of the Canada-US Price Differential*. C.D. Howe Institute Commentary 409.
- April 2014 Richards, John. *Are We Making Progress? New Evidence on Aboriginal Education Outcomes in Provincial and Reserve Schools* C.D. Howe Institute Commentary 408.
- April 2014 Gross, Dominique M. *Temporary Foreign Workers in Canada: Are They Really Filling Labour Shortages?* C.D. Howe Institute Commentary 407.
- April 2014 Ciuriak, Dan. "The Impact of Diplomatic Representation Abroad on Canada's Exports." C.D. Howe Institute E-Brief.
- April 2014 Robson, William B.P., and Alexandre Laurin. *Ottawa's Hidden Deficit: The Widening Gap between Federal Government Pension Liabilities and Assets*. C.D. Howe Institute Commentary 406.
- April 2014 Hamilton, Malcolm. *Evaluating Public-Sector Pensions: Are Federal Public Servants Overpaid?* C.D. Howe Institute Commentary 405.
- March 2014 Busby, Colin, and William B.P. Robson. *Credibility on the (Bottom) Line: The Fiscal Accountability of Canada's Federal and Provincial Governments, 2013*. C.D. Howe Institute Commentary 404.
- March 2014 Hamilton, Malcolm. *Evaluating Public-Sector Pensions: How Much Do They Really Cost?* C.D. Howe Institute Commentary 403.
- March 2014 Ambachtsheer, Keith. "Helping Ontarians Save for Retirement: How the Province Could Adapt the Canada Supplementary Pension Plan." C.D. Howe Institute E-Brief.
- March 2014 Siklos, Pierre L. *The III Wind that Blows from Europe: Implications for Canada's Economy*. C.D. Howe Institute Commentary 402.
- February 2014 Schwanen, Daniel, and Omar Chatur. "Registering in Harmony: The Case for Pan-Canadian Corporate Registration." C.D. Howe Institute E-Brief.

APPUYEZ L'INSTITUT

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

UNE RÉPUTATION D'INDÉPENDANCE ET D'IMPARTIALITÉ

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

Pour en savoir plus sur nos politiques indépendantes et non partisans voir www.cdhowe.org.



INSTITUT

C.D. HOWE

67 rue, Yonge
Toronto, Ontario
M5E 1J8

Envoi de poste-publication
Enregistrement n° 40008848