Les sept plaies du système de santé québécois.

Par Denis Chênevert, D.Sc., CRHA

Professeur Titulaire – Directeur associé du Pôle santé HEC Montréal
Codirecteur de l'axe gestion du changement de l'Unité de Soutien SSA
Chercheur associé au CHUM
Professorship en santé et climat de travail
Département de Gestion des Ressources Humaines
HEC Montréal

Avec la collaboration de Alain Rondeau
Professeur honoraire et directeur associé au Pôle santé HEC Montréal

24 août 2026

Pôlesanté
HEC MONTRÉAL

À propos de nous

Le Pôle santé HEC Montréal, actif depuis 2010, est une plate-forme universitaire qui génère et diffuse de la connaissance autour des meilleures pratiques en gestion de la santé. Il met en relation les milieux de pratique avec plus d'une trentaine de professeurs experts dans le domaine, des professionnels et des étudiants. À travers les projets de recherche et d'accompagnement qu'il réalise, le Pôle santé HEC Montréal contribue au développement des connaissances et des pratiques tout en répondant aux besoins réels des organisations et parties prenantes. Il s'assure ensuite du transfert des connaissances développées lors de ces projets vers d'autres milieux de pratique. Il poursuit également la mission universitaire en permettant aux étudiants qui collaborent aux différents projets de développer leurs connaissances et leurs compétences à travers des contextes et des enjeux bien réels.

Nos axes

Recherche

La recherche vise à générer des connaissances concernant les problématiques, enjeux et bonnes pratiques liées à la gestion de la santé.

Formation et accompagnement

Les programmes de formation développés et offerts par le Pôle santé HEC Montréal permettent aux participants d'approfondir leurs compétences en gestion en fonction de leur niveau d'expérience et des enjeux qui les préoccupent. Le Pôle santé HEC Montréal accompagne également des organisations qui cherchent une expertise pour leurs projets organisationnels ou leurs enjeux de gestion. Ces interventions visent le développement et le transfert de connaissances contextualisées.

Transfert de connaissances

Le Pôle santé HEC Montréal vise à diffuser les connaissances générées par les différents projets de recherche et d'accompagnement. Il a également pour rôle d'organiser des événements au cours desquels décideurs, praticiens, experts et scientifiques échangent autour des thématiques centrées sur la gestion de la santé.

Table des matières

Introduction 4
La confusion du rôle du privé en santé 5
Le mode archaïque de financement. 8
Le dysfonctionnement du mode de rémunération des médecins 10
Absence de transparence des données et de littératie médicale 14
Les soins et services tournent autour des soignants et non des patients 16
L'hospitalo-centrisme 20
Des soignants malades 23
Conclusion 25
Références 26

Introduction

Notre système de santé est en mal de vivre. En fait, au rythme où vont les choses, le principe fédérateur de notre système, soit l'accès gratuit et universel, est fortement remis en question. À cet égard, si l'on se penche plus spécifiquement sur la perception sociale du système, les données de l'OCDE suggèrent que le système de santé canadien se positionne en fin de peloton en ce qui a trait au taux de satisfaction des usagers. De plus, ce pourcentage de satisfaction est en chute libre. Entre 2012 et 2022, le Canada a connu la chute de satisfaction la plus draconienne des pays de l'OCDE avec une perte de plus de 20 points de pourcentage (OCDE, 2023). Plus près de nous, au Québec, un sondage suggère une perte de 9% de satisfaction entre 2023 et 2024 passant de 20% à 11% de taux de satisfaction. À 11%, il n'y a plus grand monde de satisfait au Québec ! En fait, plus de 40% des Québécois et Québécoises interrogés ont mentionné que l'on devrait revoir l'entièreté du fonctionnement du système de santé québécois (Environics Institute for Survey Research. (2024). C'est dans le but de répondre à ces constats que ce document présente sept enjeux majeurs qui, à notre avis, plombent le système de santé actuel. Le document se penche aussi sur quelques solutions à considérer pour améliorer la situation.

La confusion du rôle du privé en santé

Constats

Le Québec entretient une ambiguïté persistante quant à la place du privé dans un système public. Bien que la Loi canadienne sur la santé garantisse la gratuité et l'universalité des soins et services de santé, elle n'interdit pas que les soins soient gérés par des organisations privées pourvu que l'État en assume le financement. En parlant de gratuité, il ne faut pas se leurrer, il en coûte en soins de santé, 65,5 milliards annuellement aux contribuables québécois, soit 9320$ par citoyens (Ministère des Finances du Québec, 2025). Cela représente 12,1% du PIB, alors que c'est 9,2% en moyenne pour les pays de l'OCDE (OCDE, 2023). La part de plus en plus importante du budget de la santé dans les dépenses publiques oblige donc à repenser la place du privé en santé. Cette question mérite d'être traitée compte tenu de la présence de plus en plus prépondérante du privé-privé en santé, créant ainsi un système à deux vitesses. Chez nos voisins ontariens, cette présence du privé dans la gestion des soins de santé semble prendre de plus en plus de place tout en garantissant un financement public, ce qui assure un accès équitable aux soins de santé (Hébert, 2022).

Enjeux

Le vieillissement de la population constitue un enjeu qui milite en faveur d'un rôle accru du privé-public en santé (ISQ, 2026). Comme le démontrent clairement les études démographiques sur le vieillissement de la population québécoise, la pression exercée par une population vieillissante sur la demande de soins et services va faire imploser notre système de santé d'ici les dix prochaines années. On doit agir maintenant afin d'offrir à la population l'accès à des soins et services de qualité.

En outre, la présence grandissante du privé-privé[1] en santé risque de générer des inégalités sociales importantes, car seuls les plus fortunés pourront avoir accès à des soins de qualité dans un délai raisonnable, créant ainsi deux classes de citoyens, ceux qui ont les moyens de se faire soigner et ceux qui ne l'ont pas. Ce ne sont pas tous les citoyens québécois qui peuvent se payer une intervention chirurgicale à plus de 30 000$.

[1] En santé, Le « privé-privé » représente une offre de soins gérée par une entreprise privée et financée par l'usager (ex. : utilisateur payeur). Le « privé-public » représente une offre de soins gérée par une entreprise privée, mais financée par les fonds publics (ex. : accès gratuit). Le « public-public » représente l'offre de soins dominante au Québec où l'État a la charge de la gestion et de l'octroi des soins ainsi que de son financement (ex. : soins hospitaliers).

Les cliniques privées profitent du découragement et de la souffrance de la population québécoise en attente d'une intervention pour charger des montants exorbitants avec des règles contractuelles défavorables pour les patients. La majorité des pays de l'OCDE ont compris cet enjeu en donnant plus d'espace au secteur privé dans la gestion des soins tout en protégeant la gratuité et l'accès universel aux plus vulnérables de notre société (OCDE, 2023). En première ligne au Québec, la présence du privé en santé s'est officialisée lors de la création des Groupes de Médecine Familiale (GMF) au début des années 2000 (Corriveau et al., 2023). Les objectifs étaient d'améliorer l'accès aux soins primaires, de désengorger les urgences et de favoriser la continuité et la coordination des soins tout en offrant des services intégrés et accessibles (Plourde, 2022). Force est de constater que ces promesses n'ont pas encore été réalisées. En effet, les GMF ont peu de ressources financières et humaines et encore moins les compétences pour soutenir l'innovation et sa mise à l'échelle. Sans la présence de mécanismes formels de coordination des principaux acteurs, il devient difficile d'évoluer vers une optimisation de l'utilisation des ressources. Cet isolement des cliniques les unes par rapport aux autres, réduit d'autant la capacité d'innover en première ligne.

Solutions

Des initiatives comme les cliniques UP démontrent qu'un modèle privé-public peut offrir un accès rapide, une prise de rendez-vous efficace et une qualité comparable aux grands centres hospitaliers. Plus de 60 000 patients sont vus chaque année dans une des cliniques, soit autant qu'à l'hôpital Sainte-Justine (Assemblée nationale du Québec, 2025) Prise de rendez-vous électronique, temps d'attente maximal de 90 minutes, avec une majorité de patients vus dans les 30 minutes, cela illustre bien l'existence d'autres moyens de livrer des soins de qualité en respectant la gratuité (TVA Nouvelles, 2023).
On pourrait également concevoir des cliniques privées-publiques dans le domaine de la gériatrie. Comme cette tranche de population présente souvent des conditions de santé chronique, les attentes interminables aux urgences des hôpitaux dans des conditions souvent difficiles et peu appropriées ne répondent pas aux besoins des personnes aînées. Plusieurs pays, offrant une couverture de soins universels similaires à celle du Canada, ont opté pour la présence du privé en santé. La France, l'Allemagne, l'Australie, le Royaume-Uni et les Pays-Bas, pour ne nommer que ceux-là, ont permis la présence de cliniques et d'hôpitaux privés avec des résultats significatifs sur l'accès, la qualité et l'efficience (CMA, 2025). Toutefois, ces changements au niveau de la gestion et de la

prestation de soins nécessitent un changement de paradigme à l'égard du mode de financement.

Le mode archaïque de financement.

Constats

Le mode de financement par budget global historique est un mode qui ne favorise pas l'efficience. Ce type de financement ne favorise pas non plus l'imputabilité clinique. On ne peut pas améliorer notre système de santé si le financement n'est pas clairement lié à l'accès et la qualité des soins octroyés. Ce changement est une condition sine qua non à une plus grande place du privé-public en santé. Pour ce faire, on doit pouvoir mesurer les coûts de chacune des étapes des trajectoires de soins afin de comparer et de standardiser les meilleures pratiques observées (Bédard, 2000)

De plus, dans le système actuel, on ne sait pas qui est imputable de la qualité des soins et services et à qui cette responsabilité est dévolue. On doit être en mesure de comparer les coûts et la qualité des soins entre les différents établissements de santé et équipes de soins afin de repérer les meilleures pratiques, de les diffuser et d'en contrôler les coûts et l'efficacité.

Enjeux

Dans un tel système, centré sur la valeur au patient, l'État doit malgré tout s'assurer de bien contrôler les comportements dysfonctionnels pouvant résulter de ce modèle de financement. Le phénomène d'antisélection ainsi que le risque moral font partie de ces risques (ICIS, 2013) L'antisélection survient lorsqu'un établissement fait des choix délibérés afin de privilégier les activités de soins les plus rentables au détriment de celles que le sont moins, privant ainsi la population des soins dont elle a droit. En outre, le risque moral survient lorsque, par exemple, on néglige d'investir en prévention, sachant que l'intervention médicale qui sera éventuellement réalisée, est rentable financièrement pour l'établissement de santé. Nonobstant ces limites et d'autres semblables, l'idée que le financement puisse suivre le patient est une formule favorisant une transparence des données cliniques et une ouverture à l'implantation des meilleures pratiques. Certes, beaucoup d'autres précautions doivent être prises dans la mise en œuvre de ce type de financement. Ainsi, afin de réduire la manipulation des données par les responsables de la codification, il est impératif que le pourvoyeur de fonds (ex. : MSSS, Santé Québec) puisse exercer un contrôle étroit sur la qualité et la pertinence des données collectées. De plus, l'idée de concevoir le financement sur un ensemble d'activités au sein d'une trajectoire ou continuum de soins plutôt qu'à l'égard de chaque activité prise individuellement, est un processus complexe, mais combien prometteur.

Cette approche permettrait d'éviter des comportements favorisant l'efficience hospitalière au détriment d'autres services en amont ou en aval, comme la prévention et la réadaptation (ICIS, 2013).

Solutions

Pendant que le Québec est toujours en mode exploratoire relativement au développement de ce modèle de financement, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont respectivement intégré, à partir de 2012 pour l'un et de 2017 pour l'autre, des formes diverses de modèles de financement à l'activité (Santé Canada, 2017, 2019). L'Ontario s'est concentré sur les soins hospitaliers de courte durée, alors que la Colombie-Britannique a plutôt opté pour les services de soins à domicile et communautaire ainsi que les services en santé mentale et toxicomanie. Étant donné que l'ICIS compile déjà les coûts par groupe de maladies analogues (GMA+), il serait techniquement possible pour le Québec de procéder à une transition vers ce modèle de financement. Plusieurs provinces et pays ont opté pour une forme ou une autre de financement par épisode de soins, mieux connu sous l'appellation : financement par activité. L'idée de base est de faire en sorte que : l'argent puisse suivre le patient. Ces modèles de financement sont prometteurs et l'Institut canadien d'Information sur la Santé (ICIS) compile pour l'ensemble des hôpitaux participants les données de coûts pour les groupes de maladies analogues (GMA+) (ICIS, 2013). Il est donc envisageable pour les établissements de santé au Québec d'obtenir les coûts moyens par activité afin de financer les services offerts et de comparer le tout à ses coûts réels. Même si le Québec a déjà démarré des travaux en ce sens, il reste encore beaucoup de travail à faire et de retard à rattraper. La réflexion sur le mode de financement des établissements de santé et de services sociaux ne peut se faire sans une réflexion en parallèle sur le mode de rémunération des médecins, une portion importante des coûts de financement du système de santé.

Le dysfonctionnement du mode de rémunération des médecins

Constats

Depuis plus de 50 ans, les médecins canadiens sont principalement rémunérés à l'acte. Au Québec, les médecins ont le statut de travailleurs autonomes, et ce, même s'ils sont amenés à pratiquer dans des établissements hospitaliers à côté d'autres professionnels salariés. Le statut des médecins est le résultat d'un compromis historique. Lorsque, une à une, les provinces canadiennes ont mis en place une assurance-maladie publique et universelle afin de permettre à tous les citoyens et citoyennes d'avoir accès aux services de santé sans égard à leur niveau de richesse, les associations de médecins s'y sont opposées farouchement. Elles craignaient que l'État, en devenant celui qui leur verserait désormais leur rémunération, finisse par intervenir dans leur pratique médicale. Le Québec a été la dernière province à adhérer au programme fédéral autorisant la mise sur pied de ce régime public couvrant l'ensemble de la population sous les mêmes modalités. En 1970, en pleine crise d'Octobre, les médecins québécois ont été forcés, par décret, à accepter l'assurance-maladie, mais le gouvernement a tout de même concédé aux médecins de ne pas devenir salariés de l'État et d'ainsi conserver leur autonomie professionnelle. C'est de cette façon qu'aujourd'hui, l'essentiel de la rémunération des médecins québécois provient de la rémunération à l'acte, ce qui diffère des modes de rémunération d'autres pays (Assemblée nationale du Québec, 2025).

Le débat autour de la rémunération des médecins et plus récemment à l'égard de la loi 2 a polarisé l'opinion publique. Selon le rapport de recherche de la Chaire de recherche Jacques-Parizeau de HEC Montréal sous la direction du professeur Pierre-Carl Michaud (2025), la rémunération des médecins constitue une part importante des dépenses en santé (16%) et s'est accrue de plus de 60% entre 2011 et 2022 (Benatia et al., 2025). Ce rapport indique aussi qu'en matière de rémunération, les omnipraticiens québécois sont en tête du peloton alors que les spécialistes sont dans la moyenne canadienne. Cette croissance a également été accompagnée d'une croissance significative des effectifs (15% chez les spécialistes; 19% chez les omnipraticiens)[2].

---

[2] En ce qui a trait au nombre de médecins, les données de l'ICIS suggèrent que le nombre de médecins per capita au Québec est dans la moyenne canadienne (ICIS, 2022) et que le Canada est légèrement en deçà de la moyenne des pays de l'OCDE (2,7 vs 3,7 par 1000). En ce qui a trait à la répartition des médecins, c'est au Canada que l'on retrouve l'une des proportions parmi les plus élevées de médecins généralistes (Omnipraticiens) dans les pays de l'OCDE (47% vs 23%).

On aurait été en droit de s'attendre à ce qu'une augmentation de la rémunération puisse inciter les médecins à accroître la prestation de soins. Les résultats du groupe de recherche suggèrent l'inverse. Pour chaque 10% d'augmentation des tarifs (rémunération), on observe une réduction de 3,9% du volume d'actes et 2,3% du nombre de visites (Benatia et al., 2025). Le même constat est réalisé avec l'augmentation des effectifs médicaux, qui n'a généré aucune augmentation significative du nombre de médecins en équivalent temps plein (ETP). Ce qui amène l'équipe de recherche à conclure : « En bout de piste, il apparaît que de nombreux médecins consacrent une part relativement faible de leur temps à la prestation directe de services médicaux » (Benatia et al., 2025, p. 4). En un mot, l'augmentation des salaires et des effectifs médicaux n'a pas permis une augmentation de la prestation de soins facturée par les médecins. Cela ne signifie pas que les médecins ne travaillent pas suffisamment, mais qu'une partie importante de ce travail n'est pas liée à la prestation de soins facturée. Ces constats permettent de questionner le mode de rémunération des médecins et son lien avec la prestation de soins.

Enjeux

Nombre de recherches ont montré l'inefficacité de la rémunération à l'acte et ces effets dysfonctionnels. Selon l'analyse documentaire réalisée par Kim et al. (2025), la rémunération à l'acte réduirait la qualité des interactions entre les professionnels de la santé et entre les médecins et les patients, affecterait négativement leur sentiment d'appartenance et leur satisfaction au travail et augmenterait le stress et l'épuisement professionnel. In fine, ce mode de rémunération réduirait la capacité d'attraction et de rétention des médecins ainsi que la qualité des soins octroyés. De plus, ce mode de rémunération met l'accent sur la quantité d'actes réalisés et non sur les résultats liés au mieux-être des patients. On a d'ailleurs montré qu'entre 25% à 30% des patients pourraient recevoir des examens potentiellement inutiles, voir même nuisibles (ICIS, 2022).

Une étude réalisée auprès des médecins résidents du Canada révèle que 54,3% de ces derniers seraient disposés à sacrifier leur autonomie clinique en échange d'un mode de rémunération à salaire (Vogel, 2018). La rémunération à l'acte n'est surement pas étrangère à ce phénomène. Enfin, le rapport du vérificateur général du Québec (2021) soulevait la complexité administrative de la facturation à l'acte, obligeant la grande majorité des médecins (90%) à embaucher des agences spécialisées afin de s'y retrouver à l'intérieur des 4075 pages que constituent les manuels de facturation. Devant de tels

constats, nombre de juridictions ont adopté des systèmes de rémunération mixte alliant salaire, capitation, rémunération à l'acte et rémunération à la performance afin de reconnaître une contribution médicale ciblée sur des résultats touchant le mieux-être des patients et les enjeux sociaux en santé. Si la rémunération à l'acte semble s'effriter chez les omnipraticiens dans les différents pays du monde et les différentes provinces canadiennes, elle est totalement absente chez les médecins spécialistes des autres pays. À l'exception du Canada, les médecins pratiquant en milieu hospitalier dans les autres pays de monde sont, pratiquement, toutes et tous salariés de l'État (OCDE, 2025). Il est également important de constater que, contrairement aux médecins plus âgés qui préfèrent généralement la rémunération à l'acte, les jeunes médecins et les femmes préfèrent généralement d'autres modes de rémunération (Santé Canada, 2025).

Solutions

Étant donné les préférences des jeunes cohortes de médecins et comme il y a une plus grande proportion de femmes dans ces cohortes, les modèles de paiement mixtes gagnent en popularité. Il est intéressant de noter qu'un sondage effectué auprès de médecins de famille en début de pratique en Colombie-Britannique a rapporté que plus de 70 % des répondants préféraient des méthodes de rémunération autres que la rémunération à l'acte, notamment le salaire, la capitation ou les modèles mixtes (Kornelsen et Grzybowski, 2012). En fait, les solutions de rechange aux modèles de paiement à l'acte sont perçues comme contribuant à réduire les frustrations liées aux systèmes de facturation, à améliorer la qualité de vie au travail et à accroître la qualité des soins et services aux patients (Mitra et al., 2021). À titre d'exemple, la Colombie-Britannique a changé le mode de rémunération des médecins de famille en 2023 pour le faire passer d'un paiement exclusivement à l'acte vers un modèle hybride ou mixte (capitation, salaire horaire et paiement à l'acte). Ce changement de mode de rémunération a permis le rapatriement de plus de 700 médecins qui étaient sortis du système public (Mariaux, 2024). Lorsqu'on vise à diversifier les objectifs de soin des médecins, la théorie économique préconise de façon un peu schématique de diversifier les modes de rémunération. Par exemple, si l'on recherche un compromis entre objectifs (qualité, quantité et prévention), il faut intégrer ces dimensions dans le schéma de rémunération et avoir recours à des paiements mixtes. Pour la médecine familiale, il s'agit de fonder principalement la rémunération selon le principe de la capitation, mais également sur le paiement à l'acte pour prendre en compte des volumes supplémentaires.

Les médecins pourraient également être admissibles à des primes particulières en fonction d'indicateurs de quantité (ex : accès) et de qualité (ex : satisfaction). Cette approche offre des soins complets par une combinaison d'heures normales de travail des médecins et par des services prodigués après les heures de travail. Pour atteindre des objectifs complexes, la rémunération traditionnelle, à elle seule, ne suffit pas. Les technologies de l'information, les services d'hygiène préventive, la gestion des maladies chroniques et la promotion de la santé doivent également faire partie intégrante d'un modèle de rémunération mixte. Toutefois, la mise en œuvre de ses changements de modèle de rémunération basés sur des indicateurs de performance clinique et populationnelle nécessite une ouverture à la transparence.

Absence de transparence des données et de littératie médicale

Constat

Au Québec, le domaine de la santé est dogmatique : aucune information n'est accessible publiquement. L'usager n'a accès à aucune information relativement aux coûts et à la qualité des soins et services rendus. On garde les citoyens dans l'ignorance la plus complète. On déresponsabilise également le citoyen relativement à sa propre santé en l'incitant plus ou moins ouvertement à confier aveuglément sa santé aux différents professionnels qu'il rencontre. Pourtant, les citoyens ont le droit de savoir quelle est la qualité des soins octroyée par les différents fournisseurs de soins et services. Les citoyens ont également le droit de connaître les plages horaires disponibles chez leur médecin. Comment se fait-il que l'on soit capable de prendre rendez-vous sur internet pour voir un médecin dans le privé au jour et à l'heure qui nous convient, alors que cela est impossible dans le public. Pourquoi cette absence de connaissance et de transparence dans le fonctionnement, l'organisation et l'accès aux soins de santé ? Du côté des cliniciens, le système de référencement en spécialité (CRDS) semble fonctionner comme une « boite noire » dont l'accès est difficile. Il n'est pas toujours évident, pour les omnipraticiens, de suivre l'évolution d'une requête et certaines urgences peuvent être déclassées sans évaluation adéquate du patient ou pire encore, être rejetées parce que les délais rendent caducs les tests et analyses réalisés au préalable (VGQ, 2025).

Enjeux

Améliorer la performance globale du système ne peut se produire que par des choix individuels éclairés en matière de santé et de soins. Il importe de renforcer massivement les savoirs citoyens si l'on veut développer une intelligence collective en santé. À l'heure actuelle, l'absence de transparence démocratique ne permet pas aux citoyens de connaître la qualité et les coûts des soins et services qu'ils reçoivent. Pour ce faire, la population québécoise doit pouvoir comprendre, naviguer et utiliser efficacement le réseau de la santé dans une perspective d'autonomie citoyenne. Ces enjeux sont encore plus criants pour les populations vulnérables. Ces populations, et les organismes communautaires qui les accompagnent, doivent être incluses dans l'effort de renforcement des savoirs.

Un système opaque empêche les citoyens de faire des choix pertinents et limite leur capacité à contribuer à l'amélioration du système. Il importe d'accéder à une plus grande lisibilité du réseau. Ces efforts ne pourront être réalisés sans une modernisation significative des infrastructures technologiques permettant une plus grande fluidité du parcours patient et une optimisation des décisions cliniques.

Solutions

On doit impérativement accroître la littératie médicale des citoyens par le développement de connaissance de base sur le fonctionnement du corps humain, sur l'adoption de bonnes habitudes de vie et sur la maîtrise des techniques de premier soin. En même temps, chaque citoyen devrait recevoir à la fin de l'année, en même temps que son bilan santé, les coûts associés à sa consommation de soins et services favorisant ainsi la transparence et la responsabilisation. La RAMQ possède déjà cette information, il ne serait donc pas compliqué de la communiquer à l'ensemble des citoyens. Cela permettrait de sensibiliser les citoyens aux coûts reliés à leur propre consommation de soins et services et de leur faire comprendre que la santé, ce n'est pas gratuit. Un effort de transparence et de communication est donc nécessaire de la part des parties impliquées. Rappelons en même temps que la RAMQ dispose d'une banque impressionnante d'information peu exploitée sur l'ensemble des soins dispensés au Québec. Cette banque pourrait jouer un rôle critique dans l'amélioration de la qualité et la pertinence des soins dispensés (CSBE, 2023). Elle peut comparer non seulement des établissements, mais aussi des groupes professionnels dans leur capacité à répondre aux besoins de santé des citoyens.

Et pourtant, par un souci de protection de l'information mal justifié, on se prive d'une information capitale à la planification et à l'organisation des soins d'une société développée.

À ces efforts de renforcement des connaissances, il est impératif de rendre le système de santé lisible, simple et navigable pour les usagers. Sans un réel effort dans ce sens, il devient de plus en plus difficile pour le citoyen de comprendre et d'utiliser efficacement le réseau de la santé et des services sociaux. En fait, on a la nette impression que le système a été conçu par et pour les soignants, négligeant souvent la place prépondérante du patient et de l'usager.

Les soins et services tournent autour des soignants et non des patients

Constats

Les soins au Québec ont principalement été conçus de manière à respecter les horaires et la disponibilité des soignants, et non les besoins des patients et usagers. Les différentes directions de soins ainsi que les GMF travaillent en silo sans égard à ce que les autres acteurs accomplissent. Chaque GMF est constitué en société privée distincte sans mécanismes de coordination, ce qui réduit significativement l'efficacité d'ensemble. Pourtant, plusieurs innovations et bonnes pratiques émanent de ces instances sans qu'il existe de réel pouvoir de dissémination sur le plan national. C'est, de fait : chacun pour soi... Au niveau des soins hospitaliers, on retrouve les mêmes problèmes de gestion en silo. L'organisation des soins et services suit souvent une logique verticale par département ou unité de soins, alors que le parcours de soins des patients est souvent beaucoup plus transversal. Le patient ne doit pas être celui qui est responsable de coordonner les soins, il vit suffisamment de pression à conjuguer avec sa propre maladie et les conséquences au niveau personnel, familial et professionnel. À quand la mise en œuvre d'un modèle conçu pour les patients. (Rondeau et Bélanger Martin. 2025)

Enjeux

Si ces institutions veulent survivre à long terme, elles devront trouver des moyens de partager leurs ressources et de coordonner leurs actions. La première ligne se doit de jouer un rôle de chef d'orchestre dans l'écosystème en coalisant les actions des différentes parties prenantes. D'ailleurs, cet écosystème de première ligne devra dorénavant regrouper et impliquer d'autres acteurs (municipalités, corps policiers, organismes communautaires, proches aidants, patient partenaire, etc.).

L'urgence ne doit plus servir de réponse au manque d'accès en première ligne. De fait, près de 28% des Québécoises et des Québécois n'ont pas accès à un médecin de famille, ce qui est insoutenable à moyen et long terme (Gouvernement du Québec, 2025). Alors que le Québec dispose, toute proportion gardée, du même nombre de médecins qu'en Ontario et que cette dernière réussit à offrir un accès équitable en première ligne (Lavallée et Boissonneault, 2022). À cet effet, il faut reconnaître que le modèle québécois d'actes réservés n'est pas étranger à cette incapacité de garantir un accès juste et équitable. Il est clair que le potentiel de compétences des autres professionnels de la

santé n'est pas utilisé à sa juste valeur. Étant donné que le médecin de famille constitue la principale porte d'entrée dans le système de santé, leur indisponibilité constitue un frein à l'accès et même à la qualité des soins. En outre, comme les médecins de famille du Québec sont appelés à œuvrer davantage en milieu hospitalier que ceux de l'Ontario, cela aussi contribue, selon toute vraisemblance, à réduire leur disponibilité en clinique (Lavallée et Boissonneault, 2022)

Solutions

Au lieu de vouloir associer chaque citoyen à un médecin de famille, d'autres juridictions ont préféré les associer à un collectif de soins ayant à sa tête un médecin. Afin de favoriser des soins de proximité et une prise en charge holistique et fluide, il faut éliminer le goulot d'étranglement que constitue le passage presque obligé vers le médecin généraliste en première ligne. Il est urgent de réfléchir en termes de collectif de soins afin de dénouer l'impasse et permettre l'accès aux médecins spécialistes. Un collectif de soins est composé de différents professionnels de la santé ayant l'autonomie nécessaire pour faire du référencement vers un service spécialisé. L'expérience ontarienne en première ligne semble indiquer que, pour atteindre ces objectifs, il est essentiel de mettre en place des mécanismes de coordination. Mieux connues sous l'étiquette : « Équipes Santé Ontario (ESO) », ces structures, regroupant des fournisseurs de soins locaux (ex. : médecins, pharmaciens, psychologues), sont responsables de servir une population définie afin d'accroître l'accès par une meilleure continuité et coordination interprofessionnelle. Par le biais de sous-structures nommées : « Réseaux de Soins Primaires (RSP) », cette initiative a pour but d'harmoniser les pratiques chez les différents professionnels selon les principes directeurs émis par le ministère de la Santé et Santé Ontario (Ministère de la Santé de l'Ontario & Santé Ontario, 2024). Cette façon de faire permet également de sortir de l'isolement les différentes cliniques qui, au Québec, sont laissées un peu à elles-mêmes.

Certains pays, dont la Suède, ont compris depuis longtemps qu'il fallait un collectif de soins avec un processus de tri efficace dès l'origine de la demande de l'usager de manière à orienter ce dernier vers le bon service et le bon professionnel. En fait, seuls 30% des patients en Suède voient un médecin lors de leur première requête en première ligne, les autres étant pris en charge par d'autres professionnels de la santé, sans l'intervention d'un médecin (Plourde, 2025). On pourrait également mieux utiliser les pharmacies communautaires en permettant aux IPS d'y agir et, ainsi, de considérer ces

institutions comme un autre point d'ancrage des premières requêtes de soins et services. Le prix Hippocrate décerné en 2025 aux pharmacies Kevin Girard dans le volet : « Grand prix transformateur », pour son projet : « Clinique de suivi des patients orphelins », suggère qu'il est possible de penser autrement l'accès en première ligne, permettant un rôle élargi au réseau de pharmacies communautaires (Prix Hippocrate, 2025).

Du côté des GMF, une diversification de leur offre de services devient capitale. Des modèles de cliniques comme UNISANTÉ à Lausanne en Suisse cherchent, en quelque sorte, à répondre à ces impératifs en proposant un éventail de services sous un même toit. À l'image des CLSC d'autrefois, ces approches revisitent la manière dont les soins de santé sont fournis. Cela permet une meilleure coordination des soins et une réduction des délais d'attente, ce qui améliore l'efficacité globale du système de santé. À titre d'exemple, on peut y retrouver divers services, tels : épidémiologie, médecine familiale, prévention et promotion de la santé, santé au travail, médecine sociale ainsi que des services d'urgence sommaire et de santé communautaire (Unisanté. (s.d.)

Du côté hospitalier, les unités de pratiques intégrées (UPI) constituent un modèle de pointe pour des soins intégrés conçus autour des patients. Le patient est placé au centre du collectif de soins et c'est ce collectif qui gravite autour du patient de manière coordonnée, limitant ainsi le nombre d'intervenants différents auxquels est confronté l'usager. Selon le Pôle santé HEC Montréal, une UPI est une équipe spécialisée composée de professionnels cliniques et non cliniques (analystes de données, conseillers en qualité et performance, etc.) qui collaborent pour offrir des soins complets tout au long du cycle de traitement d'une cohorte de patients partageant une condition commune. Les UPI permettent de réduire la fragmentation des soins et services, d'améliorer la coordination, d'augmenter l'efficience et de renforcer l'expérience usager (Benomar et al., 2025)[3].

Afin de faciliter la collaboration et l'intégration des soins et services au sein des établissements et entre établissements, une autre formule se développe de plus en plus : le « centre de commandement ». À titre d'exemple, le centre de commandement du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, mieux connu sous l'appellation C4, a été créé pour améliorer la fluidité du parcours patient grâce à une approche inspirée d'expériences canadiennes et américaines. Il repose sur quatre principes : Continuum de soins, Communication, Collaboration et Créativité (C4).

---

[3] https://ssaquebec.ca/nouvelles/guide-pour-la-mise-en-oeuvre-dunites-de-pratique-integree-upi/

Sa mise en place réunit des directions cliniques et de soutien ainsi que la direction générale adjointe afin d'élaborer une organisation des soins fondée sur une vision commune, sur des tableaux de bord adaptés et des mécanismes efficaces de coordination (Fortin et al., 2025).

Développé progressivement par une équipe réunie en un même lieu pour favoriser la collaboration, le C4 a permis d'améliorer de manière notable la gestion du flux de patients, de réduire le nombre de patients en soins actifs et de suivre d'autres indicateurs clés, selon le concept d'organisation agile et apprenante. Cela ne constitue pas un miracle en soi, mais seulement une façon de concevoir différemment la gouvernance et l'organisation des soins. Prise de rendez-vous en ligne, gestion des flux de patients en temps réel, élimination des statuts professionnels et transparence des résultats cliniques font partie d'une culture axée sur la qualité et la pertinence des soins. Il y a donc moyen de faire les choses autrement et de sortir du paradigme dominant centré sur une offre de soins uniquement médicale !

L’hospitalo-centrisme

Constats

Depuis des décennies, les experts nous préviennent des conséquences du vieillissement de la population sur la demande de soins et services. Année après année, on dépense des sommes astronomiques dans l’offre de soins et services sans comprendre qu’il s’agit d’un puits sans fond. L’idée n’est pas d’arrêter de moderniser nos installations hospitalières ou encore d’embaucher des soignants compétents, mais de comprendre la différence entre un investissement et une dépense. Le modèle des CLSC dans les années 70 avait pour but de répondre à ce besoin populationnel. Avec le temps, nombre de services prévus en CLSC ont été transférés aux GMF qui, de leur côté, n’ont pas répondu pleinement aux attentes à l’origine de leur création (Plourde, 2022). Les 147 CLSC sur le territoire québécois offrent des soins et services disparates dont l’implication communautaire et la participation citoyenne ont progressivement cédé le pas à une centralisation et une perte de contact avec les réalités du terrain. Il devient incontournable de changer de paradigme et d’accroître les investissements en prévention, car ces derniers ont nettement plus de retombés socioéconomiques que les dépenses en soins curatifs. Comme société responsable, il est maintenant impératif d’investir en amont afin de déceler les signes avant-coureurs d’un problème social ou d’une maladie physique ou mentale. En fait, l’idée n’est plus de se limiter aux citoyens qui font la demande de soins et services, mais de prendre en charge une population sur un territoire donné. Il devient essentiel de distinguer entre dépenser pour soigner et investir pour prévenir.

Enjeux

La prévention et le traitement des maladies chroniques constituent au Québec un enjeu de premier plan, car cela représente une part importante des consultations et des coûts de santé. La sédentarité, de mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme, l’obésité, la consommation d’alcool et d’aliments hautement transformés sont parmi les principales causes de ces maladies. Le sous-financement historique en santé publique et le manque de main-d’œuvre consacrée aux soins et services pour les personnes aînées fragilisent la lutte contre les inégalités sociales et imposent une pression indue au système de santé (ASPQ, 2021, OCDE, 2023). Le manque de préparation à l’égard des bouleversements climatiques et la prévalence des maladies infectieuses interpellent les instances publiques à accroître leur vigilance afin d’offrir une réponse rapide aux crises sanitaires et d’adapter les politiques de santé publique aux risques environnementaux (Santé

Canada, 2022). À ces enjeux, s'ajoutent ceux liés à la santé mentale, dont la prévalence ne cesse de s'accentuer. L'augmentation des troubles anxieux, la dépression et la détresse psychologique nécessitent une prise en charge précoce et la contribution de services communautaires s'avère cruciale sous ce rapport (INSPQ, 2026). Toutefois, les accès aux services sont trop souvent insuffisants, ce qui accentue la stigmatisation des personnes touchées, d'ailleurs de plus en plus jeunes.

Solutions

Pour ce faire, on doit orienter les efforts vers les services de proximité, à l'endroit même où les besoins émergents. La santé communautaire est l'approche toute désignée pour prévenir les problèmes de santé et améliorer les conditions de vie. Une refonte du rôle, des responsabilités et de la structure des CLSC pourrait favoriser un retour à cet esprit communautaire en impliquant les citoyens, les organismes communautaires et les institutions locales, et ainsi redonner à la communauté citoyenne une place importante dans la gouvernance et la prise de décisions. Ces CLSC renouvelés pourraient offrir des services étendus (de 8h à 20h, sept jours par semaine) dans une approche intersectorielle impliquant à la fois la santé, l'éducation, le municipal, le communautaire, incluant des patients partenaires. Par le biais d'une approche de co-construction, ces différents partenaires pourraient proposer des solutions adaptées à leur communauté, comme des campagnes antitabac, des programmes de repas pour les écoles défavorisées, des aménagements de pistes cyclables pour favoriser une vie active ainsi que des services communautaires pour la santé mentale. Au niveau des instances gouvernementales, de nouvelles politiques favorisant l'accès aux sentiers pédestres et à des installations sportives inciteraient les citoyens à adopter une vie plus active. À cela, pourrait s'ajouter une taxe spéciale sur les produits néfastes pour la santé (ex. : boissons sucrées). Dans un contexte où l'accès à la première ligne demeure difficile pour une partie importante de la population québécoise, les pharmacies communautaires pourraient contribuer davantage à la prise en charge des patients en élargissant leur champ d'intervention. Les pharmaciens disposent déjà de compétences leur permettant d'assurer le suivi de certaines maladies chroniques, d'effectuer des ajustements thérapeutiques, de prescrire certains médicaments et de réaliser diverses interventions préventives. L'expérience de la Clinique de suivi des patients orphelins développée par les pharmacies Kevin Girard illustre concrètement le potentiel des pharmacies communautaires à soutenir les personnes sans médecin de famille et à améliorer la continuité des soins.

Cette initiative, récompensée par le Grand prix Transformateur des Prix Hippocrate 2025, démontre qu'une meilleure utilisation de l'expertise des pharmaciens peut contribuer à répondre à certains besoins de première ligne tout en allégeant la pression exercée sur les cliniques médicales et les urgences. En favorisant une approche collaborative avec les autres professionnels de la santé, les pharmacies pourraient ainsi devenir des points d'accès privilégiés pour des services de proximité, de prévention, de suivi clinique et d'orientation des usagers dans le réseau de la santé (Prix Hippocrate, 2025).
Comme le veut le dicton : mieux vaut prévenir que guérir…

Des soignants malades

Constats

L'environnement de travail des soignants s'est grandement complexifié. La venue incessante de nouveaux traitements, les restructurations qui se succèdent et la réingénierie massive des processus de travail ont imposé une surcharge de travail à tout le personnel, en particulier les soignants. Cette intensification du travail, dans un contexte de restructuration et de contrôle accru, a généré une augmentation du stress, de l'épuisement et de l'absentéisme. À titre d'exemple, on observe dans le réseau de la santé et des services sociaux une perte de 24,5 millions d'heures de travail en hausse de 27,7% en trois ans, générant 557,6 millions de dollars en indemnités d'assurance salaire en hausse de 35,1% en trois ans. Parmi ces dossiers d'indemnités, 38% relèvent de problèmes de santé mentale pour 43% de l'ensemble des coûts (Gouvernement du Québec, 2019).

Enjeux

Une étude menée auprès de 2140 infirmières et infirmiers du Québec révèle que plus de 20 % d'entre elles ont subi, dans la dernière année, des comportements hostiles. L'impact est significatif : une hausse d'un point sur l'échelle des comportements hostiles augmente de plus de 15 % le risque d'épuisement professionnel, accentuant ainsi la vulnérabilité et le risque de départ du personnel infirmier (Chênevert, 2016).

L'épuisement professionnel constitue un enjeu de premier plan chez le personnel soignant, étant donné sa prévalence et son accroissement. Il devient incontournable de mieux saisir les facteurs aggravants et amenuisants de ce phénomène afin d'établir une stratégie porteuse de résultats. Si les demandes sont incessantes et difficiles à prévoir, les ressources disponibles pour les soignants sont limitées et difficiles d'accès. Il est urgent d'agir face à ce déséquilibre entre les demandes auxquelles font face les soignants et les ressources à leur disposition. Les programmes d'aide, comme les PAE et le PAMQ sont pertinents, mais ne traitent pas l'origine du problème (Gouvernement du Canada, 2026). Malgré ces enjeux connus, peu d'établissements de la santé ont une démarche intégrée en matière de santé et mieux-être au travail, et le lien entre la santé des soignants et l'efficacité organisationnelle est mal compris. Il est donc important d'innover en la matière en permettant aux organisations, grâce à des données probantes, de mieux comprendre les phénomènes à l'œuvre et de bien cibler les interventions à mettre en place pour répondre à la crise vécue par le personnel de la santé.

Solutions

La mise en place de bureaux de la Qualité de Vie au Travail (QVT) dans chaque établissement de santé pourrait favoriser le soutien des soignants (soutien de la gestion de proximité, maintien de relations de travail harmonieuses, communautés de pratiques interdisciplinaires locales, souci d'une justice organisationnelle, gestion des situations de crise ou de détresse, etc.). Chaque bureau de QVT devrait être pourvu d'un responsable et d'un budget adéquat lui permettant de suivre la santé du personnel et de soutenir l'implantation de pratiques favorisant la santé et le mieux-être (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2024).

Pour suivre l'évolution des retombées de ces bureaux de QVT, la création d'un observatoire national de la santé et du mieux-être des soignants permettrait aux organisations et aux décideurs, grâce à des données probantes, d'évaluer le retour sur investissement de leur programme de santé et de mieux-être afin d'optimiser les interventions à mettre en place et les impacts positifs sur la santé mentale des travailleurs et travailleuses de la santé. La mesure et le suivi de ces indicateurs pourraient être confiés à l'échelle globale à un responsable parmi les directeurs de l'ASQ et le suivi local pourrait être assuré par le bureau de la QVT.

Enfin, il serait opportun de créer des cliniques intégrées pour les soignants permettant de prendre en charge rapidement et de manière pluriprofessionnelle les soignants aux prises avec des problèmes de santé. L'objectif est de créer un environnement sécurisant en recevant des soins spécialisés par des professionnels « experts » afin de réduire la stigmatisation et les préjugés et faciliter l'accès aux soins pour des populations spécifiques ou vulnérables, et ce, dans une approche holistique.

La refonte de la gouvernance du système de santé exige un nouveau style de management plus ouvert sur les différences et la complémentarité des expertises. Le sentiment d'être écouté, d'avoir sa place au sein de l'équipe de soins en toute légitimité sans préjudice et sans jugement permet à tout un chacun de mieux comprendre la réalité de l'autre et de ne plus compter que sur soi-même. Une meilleure collaboration et un partage de l'information entre les professionnels de la santé engendrent un sentiment de solidarité, entraînent une meilleure prise en charge globale du patient et, par conséquent, améliorent la qualité des soins et services.

Conclusion

Le système de santé québécois traverse une crise profonde qui met en lumière des choix politiques accumulés au fil des décennies. L'ambiguïté persistante quant au rôle du secteur privé, le maintien d'un mode de financement dépassé, la rémunération médicale déconnectée des besoins réels de la population, ainsi que l'opacité entourant les données de performance, témoignent d'un modèle qui peine à répondre aux exigences contemporaines. L'hospitalo-centrisme, toujours dominant, illustre la difficulté du réseau à se réorienter vers des approches plus modernes et plus proches des citoyens.

À cela s'ajoutent la surcharge de travail des soignants, la détérioration de leurs conditions d'exercice et la fragmentation des services, qui affaiblissent la qualité des soins et minent la confiance du public. Ces enjeux ne relèvent pas uniquement de la gestion interne : ils traduisent un manque de vision politique cohérente et durable. Pourtant, des solutions existent. Un virage vers un modèle de soins véritablement intégré, coordonné et centré sur le patient, accompagné d'une réforme ambitieuse du financement et de la rémunération, permettrait de remettre le système sur des bases plus solides.

Une gouvernance plus participative, transparente et fondée sur la collaboration interprofessionnelle constitue un levier essentiel pour transformer le réseau. Mais au-delà des structures, c'est la place de la santé dans le projet de société québécoise qui doit être repensée. La santé ne peut plus être réduite à une série d'actes médicaux : elle doit devenir un pilier stratégique du développement social, économique et environnemental. Cela implique de renforcer la prévention, de lutter contre les inégalités et de reconnaître que le bien-être collectif est un choix politique, pas un simple objectif administratif.

En misant sur des politiques publiques ambitieuses, orientées vers la promotion de la santé et l'équité, le Québec peut bâtir un système plus résilient, capable de répondre aux défis futurs tout en réaffirmant les valeurs de solidarité et de justice sociale qui fondent son identité.

Références

Assemblée nationale du Québec. (2025, 11 février). Journal des débats de la Commission de la santé et des services sociaux, 43e législature, 1re session. Gouvernement du Québec.

Assemblée nationale du Québec. (2025, 24 octobre). Journal des débats de l'Assemblée nationale du Québec, 43e législature, 2e session. Gouvernement du Québec.

Association pour la santé publique du Québec. (2021). La santé publique au Québec : Parent pauvre du système de santé depuis plus de 15 ans.

Barber, S. L., Kutzin, J., Cashin, C., & autres. (2016). Paying for volume: British Columbia's experiment with funding hospitals based on activity. Health Policy, 120(11), 1322-1328. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.010

Bédard, D. (2000). Le financement des soins sociosanitaires : Une nouvelle étape possible dans la réforme du système. Observatoire de l'administration publique, École nationale d'administration publique.

Benatia, D., Clavet, N.-J., Fortin, B., & Aniwuvi Gbeto, J. R. (2025). Évolution récente de l'offre de services médicaux et de la rémunération des médecins au Québec. Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques, HEC Montréal.

Benomar, N., Sariraei, S., Rondeau, A., Côté, J., Frentzel, M., & Campanelli, J. (2025). Guide pour la mise en œuvre d'unités de pratique intégrée (UPI). Pôle santé HEC Montréal et Unité de soutien SSA Québec.

Canadian Medical Association. (2025). Public and private health care: How do other countries do it? Canadian Medical Association. https://www.cma.ca/our-focus/public-and-private-health-care/how-do-other-countries-do-it

Chênevert, D. (2025, 13 mai). Des médecins difficiles ou en difficultés ? Gestion. https://www.revuegestion.ca/des-medecins-difficiles-ou-en-difficultes

Commissaire à la santé et au bien-être. (2023). Mémoire sur le projet de loi no 3 : Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux. Gouvernement du Québec.

Corriveau, B., Breton, M., Kovacina, M., & Kiran, T. (2023). Regard sur les soins de première ligne au Québec : Défis, solutions et priorités. Département de médecine de famille, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill.

Environics Institute for Survey Research. (2024). Attitudes towards health care: Summary report. Environics Institute for Survey Research.

Fortin, A.-H., Laliberté-Gagné, J., Côté, J., Cook, E., Chênevert, D., & Fayolle, V. (2023). Le C4 du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal : De l'idéation à la mise en œuvre. Pôle santé HEC Montréal.

Gouvernement du Canada. (2026). Prévenir l'épuisement professionnel. Gouvernement du Canada.

Gouvernement du Québec. (2025). Données sur l'accès aux services médicaux de première ligne. https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/donnees-acces-services-medicaux-premiere-ligne

Gouvernement du Québec, Conseil du trésor. (2019). L'absentéisme pour invalidité dans les réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation : État de situation et pistes d'action. Secrétariat du Conseil du trésor.

Hébert, G. (2022). La progression du secteur privé en santé au Québec. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS).

Institut canadien d'information sur la santé. (2013). Le financement par activité au Canada : Guide à l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux. ICIS.

Institut canadien d'information sur la santé. (2022). Surutilisation des examens et des traitements au Canada : Rapport d'étape. ICIS.

Institut de la statistique du Québec. (2026). Perspectives démographiques du Québec et de ses régions : Mise à jour 2026. Gouvernement du Québec. https://statistique.quebec.ca/fr/document/projections-de-population-le-quebec

Institut national de santé publique du Québec. (2026). Détresse psychologique. INSPQ.

Kim, P., Premkumar, D., Philpott, J., Chan-Nguyen, S., & Grady, C. (2025). Do compensation models affect family physician job satisfaction? Scoping review. Canadian Family Physician, 71(6), e140-e147. https://doi.org/10.46747/cfp.7106e140

Kornelsen, J., & Grzybowski, S. (2012). Practice and payment preferences of newly practising family physicians in British Columbia. Canadian Family Physician, 58(5), e275-e281.

Lavallée, H., & Boissonneault, A. (2022, 17 mars). L'Ontario devance le Québec en matière d'accès aux soins de santé. Radio-Canada.

Mariaux, G. (2024, 12 mars). Pay family doctors differently. Maclean's.

Ministère de la Santé de l'Ontario, & Santé Ontario. (2024). Réseaux de soins primaires dans les équipes Santé Ontario : Document d'orientation. Gouvernement de l'Ontario. https://www.ontario.ca/files/2024-01/moh-primary-care-networks-guidance-fr-2024-01-23.pdf

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2024). La qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social. Gouvernement de la France.

Ministère des Finances du Québec. (2025). Budget 2025-2026 : Plan budgétaire. Gouvernement du Québec. https://www.finances.gouv.qc.ca/Budget_et_mise_a_jour/budget/documents/Budget2526_PlanBudgetaire.pdf

Mitra, G., Grudniewicz, A., Lavergne, M. R., Fernandez, R., & Scott, I. (2021). Modes de rémunération alternatifs : Une voie à suivre. Le Médecin de famille canadien, 67(11), 812-815. https://doi.org/10.46747/cfp.6711812

Organisation de coopération et de développement économiques. (2023). Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE. Éditions OCDE. https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr

Plourde, A. (2022). Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence: Un modèle à revoir en profondeur. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.

Plourde, A. (2025). Les vraies solutions aux vrais problèmes derrière le manque d'accès aux médecins de famille : L'exemple de la Suède. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/medecins-famille-quebec-4/

Prix Hippocrate. (2025, 23 octobre). Gala du Prix Hippocrate 2025 : Une célébration de la création de valeur en santé ! https://hippocrate.ca/gala-du-prix-hippocrate-2025-une-celebration-de-la-creation-de-valeur-en-sante/

Québec : le rendez-vous manqué de la participation citoyenne. (2014). Les Tribunes de la santé, 43, 31-38.

Rondeau, A., & Bélanger-Martin, L. (2025). Étude sur les lacunes de gestion des départements médicaux au Québec. HEC Montréal.

Santé Canada. (2017). Canada-British Columbia Home and Community Care and Mental Health and Addictions Services Funding Agreement. Gouvernement du Canada.

Santé Canada. (2019). Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé 2017-2018. Gouvernement du Canada.

Santé Canada. (2022). La santé des Canadiens et des Canadiennes dans un climat en changement : Faire progresser nos connaissances pour agir. Gouvernement du Canada.

Santé Canada. (2025). Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé 2024-2025. Gouvernement du Canada.

TVA Nouvelles. (2023, 5 juin). Soins pédiatriques : Une clinique voit le jour dans les Laurentides. TVA Nouvelles.

Unisanté. (s.d.). Centre universitaire de médecine générale et santé publique. https://www.unisante.ch

Vérificateur général du Québec. (2021). Rémunération des médecins : Conception et gestion des nouvelles ententes. Dans Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022 (chap. 6). Gouvernement du Québec.

Vérificateur général du Québec. (2025). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2025-2026. Gouvernement du Québec.

Vogel, L. (2018). Canadian medical residents report pervasive harassment, crushing workloads. Canadian Medical Association Journal, 190(46), E1371. https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5678