

Le modèle de financement de la première ligne au Québec : frein ou levier pour l'accessibilité et la qualité des soins?

Maude Laberge^{1,2,3,4} et **Balkissa Tonde**^{3,4,5,6}

¹ Département de médecine préventive et sociale, Université Laval

² Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval

³ VITAM – Centre de recherche en santé durable, Université Laval

⁴ Centre de Recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches

⁵ Département des opérations et des systèmes de décision, Université Laval

⁶ Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Université Laval

FAITS SAILLANTS

- Le financement de la première ligne au Québec, marqué par des réformes, repose sur un modèle hybride qui combine des fonds publics et privés (1) et couvre 80 % des besoins de la population (2).
- Malgré son rôle stratégique, la première ligne représente seulement 8 % à 10 % des dépenses publiques totales en santé (3), un niveau insuffisant pour couvrir adéquatement les services essentiels tels que la physiothérapie et la psychothérapie.
- L'augmentation des dépenses en première ligne a principalement bénéficié aux groupes de médecine de famille (GMF) et à la rémunération des médecins, sans améliorer l'accessibilité aux soins primaires. Entre 2020 et 2021, le transfert de 340 millions de dollars des Centres locaux de services communautaires (CLSC) vers les GMF a été associé à une réduction de 42 % des heures consacrées aux services sociaux et de 52 % des services psychosociaux (4).
- Bien que financés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et bénéficiant de subventions publiques, les GMF fonctionnent comme des entreprises privées, avec 73,8 % d'entre eux détenus par des intérêts privés, contre 11,3 % de GMF publics et 14,9 % de GMF mixtes (4).
- L'absence d'audits réguliers et les obstacles juridiques limitent le suivi des flux financiers des GMF; cette opacité entrave l'efficacité des ressources publiques et soulève des préoccupations quant à la qualité et la sécurité des soins dispensés.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Bien que le système combinant financements public et privé présente une certaine flexibilité, il engendre des tensions significatives liées à l'équité, la transparence et l'efficacité des ressources publiques et à la qualité des soins.

- **Équité dans l'accès aux soins** : Environ 60 % des GMF fonctionnent sous forme de sociétés par actions contrôlées par des investisseurs privés, ce qui peut être au détriment de l'accessibilité universelle (5). De plus, plusieurs services essentiels en première ligne, tels que les médicaments, les soins dentaires, la psychothérapie et la physiothérapie, restent partiellement couverts par l'assurance publique, limitant l'accès aux soins pour les personnes à faible revenu.
- Entre 2001 et 2019, l'offre de services de physiothérapie et de psychothérapie dans le réseau public a diminué de 20 %, tandis que l'offre dans le secteur privé a connu une augmentation de 74 % (6). Cette migration vers le privé, où plus de 50 % des physiothérapeutes et psychologues exercent, restreint l'accessibilité pour les personnes sans assurance privée. Parallèlement, la demande en santé mentale a connu une forte augmentation, avec 18 % des consultations en médecine familiale en 2021-2022 liées à des troubles mentaux, un taux atteignant 39 % chez les jeunes adultes (7). Le sous-financement public de ces services entraîne un recours accru aux hospitalisations et aux urgences alors qu'un accès élargi aux services de psychothérapie permettrait de réduire les hospitalisations de 22 % et les consultations médicales de 8 % (8).
- **Efficiencia des ressources publiques** : Entre 2009-2010 et 2019-2020, le coût par habitant de la rémunération des médecins a augmenté de 32 %, alors que les dépenses consacrées aux autres programmes en santé et services sociaux n'ont progressé que de 13 % (9). Cette hausse s'est traduite par une augmentation de 21,72 % de l'enveloppe budgétaire allouée aux médecins omnipraticiens entre 2015-2016 et 2019-2020. En parallèle, 52,9 % des médecins de famille étaient incorporés en 2021, entraînant des pertes fiscales estimées à 80 millions de dollars pour les gouvernements fédéral et provincial (10). En outre, les restrictions d'accès à d'autres professionnels de la santé, tels que les psychologues, physiothérapeutes et dentistes, accentuent la demande pour des services médicaux couverts à 100 % par l'assurance publique.
- **Transparence** : La gestion des GMF suscite des inquiétudes quant à l'utilisation des fonds publics. En effet, les GMF n'ont pas à rendre de compte de leurs dépenses permettant de comprendre les proportions du financement public servant à de la gestion administrative, à l'achat d'équipement, ou se transformant en profit pour les propriétaires. Les audits sont rares et des obstacles juridiques nuisent au suivi des flux financiers (4).
- **Qualité des soins** : Le financement actuel de la première ligne intègre **peu d'indicateurs de qualité des soins, et il existe peu de mesures pour en assurer le suivi**. Un exemple marquant concerne le réseau Forcemedic, où, entre 2017 et 2019-2020, 87 patients ont été exposés à des risques graves de transmission de maladies infectieuses en raison de l'utilisation d'instruments non stérilisés⁵. Bien que les tests aient été négatifs, cet incident souligne des failles majeures dans les protocoles de qualité et de sécurité des patients. Par ailleurs, la pression financière sur certains établissements favorise des pratiques préoccupantes, telles que des consultations médicales extrêmement brèves, parfois réalisées sans examen clinique adéquat. Ces pratiques ont conduit à des erreurs diagnostiques, notamment des cas de pneumonie non détectés (5). L'absence de mécanismes de contrôle rigoureux favorise également la multiplication des consultations

facturées à la RAMQ (11), un phénomène qui, au-delà des coûts engendrés, compromet la mission du GMF et la sécurité des patients.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Le financement de la première ligne de soins est marqué par une absence de vision à long terme et une gestion réactive, entraînant des retards dans l'élargissement de l'accès aux soins, notamment en santé mentale, en soins à domicile et en modernisation numérique. Malgré des investissements croissants pour l'accès aux soins de première ligne, 8 milliards de dollars alloués à la première ligne et à la santé publique en 2021-2022 (27 % des dépenses en santé), les déséquilibres systémiques persistent (12,13).

Ce montant inclut 5,7 milliards de dollars alloués aux organismes communautaires et aux CLSC, ainsi que 2,3 milliards de dollars issus des centres d'activité à missions multiples. La corporisation des GMF, dont plusieurs sont contrôlés par des investisseurs non-médecins (Forcemedic, Telus, Innovation Tootelo), accentue cette dynamique, ces cliniques recevant 298,6 millions de dollars de subventions publiques en 2024 tout en favorisant des logiques de rentabilité(4,5). L'opacité des structures administratives de certains GMF, combinée à l'absence d'audits rigoureux, aggrave ces dérives. Par ailleurs, la démocratisation des technologies et un décret dans le contexte de la pandémie à la COVID-19 ont favorisé l'utilisation de la téléconsultation en soins primaires, avec 12 % des consultations réalisées à distance en 2024. Bien qu'elle soit reconnue comme un levier stratégique pour désengorger les urgences, la réforme des tarifs pose un défi majeur. Le gouvernement a proposé des honoraires à 7,46 \$ pour une consultation téléphonique de cinq minutes et 9,95 \$ pour une consultation vidéo en cabinet contre 20 \$ à 50 \$ auparavant, ce que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a jugé « dérisoire » (14). Dans un contexte marqué par une rareté de médecins de famille, ces mesures pourraient contraindre davantage de patients à se déplacer en cabinet, aggravant les délais d'accès et la pression sur un système déjà saturé.

Ces constats révèlent des dynamiques qui compromettent non seulement l'efficacité de la première ligne et détériorent la confiance des patients, mais aussi l'équité et la qualité globale du système de santé québécois.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

Les mécanismes de financement de la première ligne au Québec ne sont pas optimaux pour favoriser l'accès en temps opportun, la transparence, la qualité des soins et l'efficacité. L'évaluation de l'efficacité des soins et de leur impact sur l'utilisation des services, notamment les urgences, demeure complexe. De plus, l'expansion des prestataires non affiliés à la RAMQ impose des frais aux patients, ce qui engendre des iniquités d'accès.

Recommandations

Un financement populationnel inspiré du modèle des écoles : Une gestion plus transparente et imputable des ressources allouées aux GMF est essentielle pour assurer une utilisation efficace des fonds publics. Ce modèle devrait intégrer des incitatifs axés sur l'efficacité clinique, la continuité des soins et la qualité des services offerts et qui favorisent la collaboration interprofessionnelle et la prise en charge des populations vulnérables.

Renforcement des CLSC : Une réallocation équitable des ressources humaines et financières en faveur des CLSC permettrait de consolider leur rôle en première ligne. Une meilleure collaboration avec les GMF, tout en maintenant des budgets distincts, favoriserait une meilleure coordination, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques ou nécessitant des soins psychosociaux.

Couverture publique des soins en psychothérapie et physiothérapie : L'intégration de ces services au réseau public réduirait la pression sur les consultations médicales. Des initiatives internationales, comme en Australie et en Angleterre, ont démontré qu'un financement accru de ces services réduit la pression sur les soins médicaux et améliore la santé populationnelle.

Suivi d'indicateurs de performance et évaluation des politiques mises en œuvre : L'utilisation d'indicateurs de performance (continuité des soins, expérience patient, équité d'accès et efficience globale) permettrait un suivi de l'efficience des soins primaires. Par ailleurs, les politiques de financement et d'organisation des soins primaires devraient être évaluées afin d'en mesurer les effets et d'apporter les ajustements nécessaires. Des évaluations empiriques permettraient d'ajuster les politiques en fonction des résultats et de s'assurer que les incitatifs financiers soient alignés sur les objectifs de santé publique.

Promotion de l'innovation technologique : Le financement ne devrait pas représenter une barrière à l'intégration et à l'adoption d'innovations qui ont une contribution démontrée à l'efficience de la première ligne. Notamment, le financement relié à la téléconsultation est à revoir pour améliorer l'accès aux soins, et les conditions doivent promouvoir une accessibilité inclusive et équitable.

RÉFÉRENCES

1. Laberge, M. & Poirier, A. Le financement des services de santé et des services sociaux au Québec. Dans *Le système de santé et de services sociaux au Québec : Territorialité et santé des populations* (Presses de l'Université du Québec, 2023).
2. Smithman, M. A., Lamoureux, L. C., Dionne, É., Deslauriers, V. & Breton, M. L'accès aux services de première ligne au Québec. Dans *Le système de santé et de services sociaux au Québec : Territorialité et santé des populations* (Presses de l'Université du Québec, 2023).
3. Breton M, Beaulieu MD. La Presse. 2024 [cited 2024 Dec 8]. Système de santé : Pour une première ligne qui répond aux besoins de la population. Available from: <https://www.lapresse.ca/dialogue/opinions/2024-06-04/systeme-de-sante/pour-une-premiere-ligne-qui-repond-aux-besoins-de-la-population.php>.
4. Anne Plourde. Bilan des groupes de médecine de famille après 20 ans d'existence Un modèle à revoir en profondeur [Internet]. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS); 2022 [cited 2024 Nov 18]. Available from: https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/05/GMF-note_web2.pdf.
5. Malboeuf MC. Dossier : Investisseurs cherchent cliniques « RAMQ » (4 articles). La Presse. 2024 [cited 2024 Nov 18]; Available from: <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/investisseurs-cherchent-cliniques-ramq/2024-11-05/ou-va-l-argent-des-gmf.php>.
6. Lavoie-Moore M. Les services professionnels de santé [Internet]. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques; 2022. Available from: <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/05/Lavoie-Moore-2022-05-01-les-services-professionnels-de-sante.pdf>.

7. Bibliothèque de l'Assemblée nationale. Matière à réflexion : l'accès aux soins de psychothérapie au Québec [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 17]. Available from: <https://premierelecture.bibliotheque.assnat.qc.ca/2023/01/16/matiere-a-reflexion-lacces-aux-soins-de-psychotherapie-au-quebec/>.
8. INESSS. Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec [Internet]. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; 2018. Available from: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf.
9. Vérificateur général du Québec. Rémunération des médecins : conception et gestion des nouvelles ententes. In: Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022 [Internet]. Ministère de la Santé et des Services sociaux Secrétariat du Conseil du trésor Institut de la pertinence des actes médicaux; 2021. Available from: https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/174/32347_vgq_ch06_juin-2021_web.pdf.
10. Plourde A. Les coûts élevés de la « médecine inc. ». Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. 2022 [cited 2024 Dec 30]. Available from: <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/les-couts-eleves-de-la-medecine-inc/>.
11. Hébert G. La rémunération médicale au Québec : un problème à régler [Internet]. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques; 2018 [cited 2024 Nov 12]. Available from: https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Remuneration_mediocale_final_web.pdf.
12. Collège des médecins du Québec. Un plan et du financement. Collège des médecins du Québec. 2022 [cited 2025 Jan 24]. Available from: <https://www.cmq.org/fr/actualites/un-plan-et-du-financement>.
13. Plourde A, Lavoie-Moore M, Hébert G. Six remèdes pour révolutionner le système de santé au Québec. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. 2023 [cited 2025 Feb 18]. Available from: <https://iris-recherche.qc.ca/publications/six-remedes-pour-revolutionner/>.
14. Cousineau ME. Les téléconsultations menacées à partir du 1er janvier. La Presse. 2024 [cited 2024 Dec 29]. Available from: <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-11-25/les-teleconsultations-menacees-a-partir-du-1er-janvier.php>.

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts.*

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.