

# Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé

---

VOLUME 4

| ISSUE 1 |

ARTICLE 5

---

Augmenter l'accessibilité et la qualité des services de santé  
de première ligne avec les Groupes de médecine de famille

Émélie L. AUBIN, *McGill University, Montréal, Québec, Canada*  
Amélie QUESNEL-VALLÉE, *McGill University, Montréal, Québec, Canada*

18 April 2016

A Provincial/Territorial Health Reform Analysis

RECOMMENDED CITATION: Aubin ÉL, Quesnel-Vallée A. 2016. Augmenter l'accessibilité et la qualité des services de santé de première ligne avec les Groupes de médecine de famille. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé* 4 (1): Article 5. DOI: <http://dx.doi.org/10.13162/hro-ors.v4i1.2689>

## Abstract

Pour faire suite aux recommandations de la Commission Clair en 2000, les premiers groupes de médecine de famille (GMF) ont été implantés au Québec en 2002. Cette réforme avait pour but d'améliorer l'accès et la qualité des services de première ligne, reconnus comme déficients. Afin d'y parvenir, les GMF devaient établir une pratique interprofessionnelle et multidisciplinaire offrant des heures et jours de services étendus, notamment grâce au partage des patients par un groupe de médecins qui collaborent avec des adjoints administratifs, du personnel infirmier et autres professionnels de la santé, en plus de l'informatisation des dossiers électroniques de patients. Cette réforme rencontrait l'assentiment de nombreux acteurs (médecins, personnel infirmier, population générale) qui anticipaient tous en bénéficier à divers égards. Cependant, la mise en œuvre précipitée de cette réforme a causé beaucoup de confusion et requis de nombreux rajustements, dont certains sont encore à venir. De fait, à ce jour, la réforme a eu moins d'impacts qu'anticipés, le nombre de patients inscrits aux GMF ayant à peine augmenté et l'informatisation tardant à se faire. Enfin, bien que les patients inscrits en GMF perçoivent une plus grande continuité des soins dans le cadre de cette pratique interprofessionnelle, ils ne perçoivent cependant pas d'amélioration en ce qui concerne l'accès aux soins.

*Following the recommendations of the Clair Commission in 2000, the first family medicine groups (FMGs) were implemented in Québec in 2002, with the goal to remedy persistent problems of both access to and quality of primary care services. FMGs were expected to achieve this goal through the establishment of an interprofessional and multidisciplinary team-based practice offering extended service hours, and facilitated by the implementation of electronic records. This reform was generally supported by most key stakeholders (doctors, nurses and the general population). However, the rushed nature of the implementation of this reform has caused confusion and necessitated a number of adjustments some of which are yet to come. Accordingly, the reform has produced little demonstrable impact, as the number of registered patients has barely increased and computerization is proceeding at a much slower pace than anticipated. Finally, patients registered with an FMG perceive this mode of practice as improving continuity of care but not accessibility.*

### Messages-clés

- Les Groupes de médecine de famille ont été implantés dans le but d'augmenter l'accès et la qualité des soins de santé de première ligne offerts à la population québécoise.
- Les Groupes de médecine de famille reçoivent un financement global établi selon la projection d'un certain nombre de patients inscrits à atteindre; cependant, peu de GMF ont atteint ces cibles jusqu'à maintenant.
- Les Groupes de médecine de famille offrent un service multidisciplinaire qui a amélioré l'expérience de la continuité des soins pour les patients, mais pas l'accès.

---

### Key Messages

- *Family medicine groups have been established to improve access to and the quality of primary health care services offered to the Québec population.*
- *Family medicine groups are allocated global budgets based on projected patient enrolment; however, few FMGs have met their quotas.*
- *Family medicine groups offer a multidisciplinary service that has contributed to improved patient perceptions of continuity of care, but not of access to care.*

## 1 BRÈVE DESCRIPTION DE LA RÉFORME

Les GMF ont été établis en réponse aux constats de la Commission Clair (2000) quant aux difficultés d'accès des Québécois à des soins de santé primaires de qualité en temps opportun. Tirant certains de ses éléments sélectivement du concept du « Patient-centered medical home », cette réforme organisationnelle proposait un modèle de base de GMF composé de six à douze médecins travaillant en équipe, assistés de personnel administratif et infirmier, ainsi que d'un système de dossiers informatisés (Hutchison *et al.* 2011; Pineault *et al.* 2008). Afin d'accroître la continuité des soins et l'accès en temps opportun, les médecins membres d'un GMF devaient mettre en commun les dossiers de leurs patients et offrir des heures d'ouverture étendues, soit un minimum de 68h par semaine, et offrir des rencontres avec et sans rendez-vous (incluant à domicile pour les patients vulnérables) (VGQ 2015). En contrepartie, les GMF recevraient une compensation forfaitaire du gouvernement, destinée notamment au financement du salaire des employés administratifs et du personnel infirmier ainsi qu'à l'informatisation des dossiers médicaux (MSSSQ 2008, 20). Enfin, cette réforme visait notamment la promotion de l'approche interprofessionnelle (quoique le mandat imposé aux GMF se soit limité à la participation du personnel infirmier). Au 31 mars 2014, le Québec comptait 258 GMF, répartis géographiquement inégalement sur le territoire, puisque l'implantation dépendait de l'intérêt des médecins décidant d'y participer (plutôt que d'une planification stratégique établie selon les besoins de la population) (VGQ 2015).

## 2 HISTOIRE ET CONTEXTE

Le début des années 2000 a été marqué par une grande effervescence en matière de réformes des systèmes de santé provinciaux canadiens (Hutchison *et al.* 2011). En effet, en 2000, les premiers ministres provinciaux ont reconnu le besoin pressant de réformer leurs systèmes de santé pour en assurer la qualité, la viabilité et la pérennité (Gouvernement du Canada 2015). Peu après, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada recommandait une réforme en profondeur du système (Romanow 2002). Le Québec n'a pas échappé à cette mouvance, et en 2000, la Commission Clair a suggéré que l'accent du système de santé sur les soins curatifs en institutions hospitalières ne satisfaisait pas aux besoins de la population en matière de prévention des maladies ou de continuité des soins des personnes en perte d'autonomie (MSSSQ 2000). En particulier, le Québec se démarquait sur la scène canadienne par son taux élevé de la population sans médecins de famille, contrebalancé par une utilisation élevée de services institutionnels, notamment ceux d'urgence. Ainsi, la réforme de l'organisation des services de première ligne par l'intermédiaire des Groupes de médecine de famille (GMF) a vu le jour, pour assurer un accès en temps opportun aux services de santé de première ligne dans la communauté (MSSSQ 2000). Or, si la mise en œuvre de cette réforme par le gouvernement fut rapide, l'adoption de ce mode de pratique

par les médecins a été plus progressive. En 2003, un an après la mise en œuvre de la réforme, le Québec comptait 19 GMF (Gouvernement du Québec 2006), un nombre qui a atteint 258 en 2014, en progression mais toujours en deçà de l'objectif ministériel initial de 300 GMF (VGQ 2015).

### 3 BUTS DE LA RÉFORME

#### 3.1 Explicites

Les buts du Ministère de la Santé et des Services sociaux, en instaurant cette réforme, étaient « d'assurer une plus grande accessibilité des services » ainsi que « d'améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne », et enfin, de « développer une plus grande complémentarité des services avec les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) » (MSSSQ 2008, 20). En particulier, cette réforme visait à augmenter le nombre de Québécois ayant un médecin de famille, à accroître la durée dans le jour ou la semaine pendant laquelle ces médecins étaient accessibles, et enfin à revaloriser le statut de cette profession en affirmant le rôle pivot des services de première ligne dans le système (MSSSQ 2008).

#### 3.2 Implicites

Les buts de la réforme étaient principalement explicites, mais la réduction des coûts du système jouait également vraisemblablement un rôle (Fiset-Laniel *et al.* 2013). En effet, en assurant des services de première ligne adéquats au moment opportun avec une responsabilité populationnelle, le recours aux services plus coûteux tels que l'urgence devait diminuer dans la population, particulièrement parmi les groupes souffrant de maladies chroniques aux complications évitables (Pineault *et al.* 2008). Enfin, une meilleure organisation des services de première ligne serait associée à une réduction du taux de mortalité prématurée (Lévesque, Roberge et Pineault 2007).

### 4 FACTEURS QUI ONT INFLUENCÉ LA RÉFORME

Nous suivons dans cette analyse la perspective de Kingdon (2003) qui distingue les problèmes, les idées et le politique ayant contribué à l'adoption d'une réforme plutôt qu'une autre. Parmi les problèmes évoqués comme justifiant cette réforme, le manque d'accès aux médecins de famille primait, autant en ce qui concerne le relativement haut taux de la population sans médecins de famille qu'en ce qui touche leur accès en temps opportun. Sur le plan des idées, la proposition de créer des GMF était avancée dans le rapport Clair en 2000 (MSSSQ 2000). Finalement, sur le plan politique, les élus répondaient au besoin exprimé par la population d'avoir accès à un médecin de famille en temps opportun.

Cette réforme s'inscrivait également dans la mouvance fédérale d'un questionnement au sujet de la pérennité et du futur du système de santé canadien et de la réaffirmation du rôle central de la première ligne à cet égard. Par exemple, la Commission Romanow avait également souligné l'importance d'une approche interdisciplinaire et d'une informatisation des dossiers (Romanow 2002). En outre, en 2000, le gouvernement du Canada avait mis sur pied le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) qui a permis au Québec d'élaborer cette réforme en lui accordant le financement initial nécessaire (Gouvernement du Canada 2000).

La réforme a été relativement consensuelle et bien accueillie par les principaux acteurs (outre le gouvernement qui la proposait), soit la population, les médecins, et le personnel infirmier, car chacun y voyait un intérêt potentiel. En particulier, le soutien des médecins à la réforme était névralgique, puisque l'adhésion à un GMF devait se faire sur une base volontaire. Ainsi, cette réforme a impliqué de nombreux incitatifs pour les médecins, autant du point de vue symbolique que pécuniaire. Premièrement, la réforme a été présentée comme un moyen pour les médecins d'adapter leur pratique pour mieux desservir les besoins grandissants de la population, en plus de revaloriser la pratique de première ligne en affirmant son rôle central pour rencontrer les défis posés par le vieillissement de la population (MSSSQ 2000). Deuxièmement, la rémunération bonifiée (comparée à celle d'un omnipraticien en pratique privée solo) accompagnant l'adhésion à un GMF a également contribué au soutien des médecins de famille à cette réforme. Ainsi, outre la rémunération usuelle d'un omnipraticien, le médecin membre du GMF devait recevoir un montant forfaitaire annuel pour chaque patient enregistré, un cachet supplémentaire en tant que responsable du GMF, des heures rémunérées pour les tâches d'administration du GMF ainsi qu'un salaire pour les heures d'ouverture excédant l'horaire traditionnel des cliniques classiques (MSSSQ 2008).

Le personnel infirmier, autre acteur important de cette réforme, était tout aussi enclin à soutenir cette nouvelle pratique interprofessionnelle ayant le potentiel d'offrir des gains professionnels du point de vue de l'autonomie et des responsabilités de pratique. En particulier, l'ajout de rôles à la pratique infirmière en GMF (suivi des malades chroniques, promotion de la santé, triage etc.) avait fait l'objet d'une recommandation d'un Groupe de travail conjoint de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (OIIQ/FMOQ 2005).

## 5 RÉALISATION DE LA RÉFORME

La réforme a été lancée rapidement, le développement des concepts et l'implantation s'étant faits de concert (Beaulieu *et al.* 2006). Toutefois, l'adoption de nouvelles pratiques a tardé à se faire, ayant rencontré de nombreux défis. Premièrement, la réforme a exigé la mise en commun des pratiques des différents omnipraticiens d'un GMF, qui se sont souvent avérées hétérogènes (Breton *et al.* 2011a). En outre, l'intégration d'une pratique infirmière aux GMF a accru les charges administratives avant que des gains de productivité puissent

être réalisés, puisqu'il a fallu du temps pour qu'un lien de confiance s'établisse et que la division des responsabilités professionnelles soit claire (Beaulieu *et al.* 2006; Breton *et al.* 2011b). Finalement, l'informatisation des dossiers a tardé à être complétée, selon les médecins du fait d'un manque de ressource (Breton *et al.* 2011b). Nonobstant ces difficultés, le financement octroyé par le gouvernement au personnel de soutien (secrétaire et technicienne en administration) a vraisemblablement contribué à la mise en place et au bon fonctionnement des GMF (Breton *et al.* 2011a). De plus, le leadership des médecins responsables des GMF a été souligné comme un point fort dans l'implantation de cette réforme (Clavel 2012).

## 6 ÉVALUATION

À ce jour, plusieurs analyses des retombées initiales de cette réforme ont été effectuées, mandatées par le Ministre (MSSSQ 2008), à l'initiative de chercheurs (par exemple : Beaulieu *et al.* 2006; Breton *et al.* 2011a, 2011b; Clavel 2012; Coyle et Strumpf 2011; Dunkley-Hickin 2013; Pomey, Martin et Forest 2009; Tourigny *et al.* 2010), et enfin dans le cadre d'une vérification de l'optimisation des ressources par le Vérificateur général du Québec (VGQ 2015).

Ces évaluations dénotent un certain nombre d'impacts positifs, dont une amélioration de la collaboration entre les médecins et le personnel infirmier (Coyle et Strumpf 2011). Ce travail d'équipe a augmenté la qualité de vie au travail des médecins (MSSSQ 2008), qui rapportent apprécier les contacts avec différents professionnels de la santé ainsi que des rencontres plus longues avec les patients (Coyle et Strumpf 2011). En outre, les patients ont perçu une amélioration en ce qui concerne la continuité des soins ainsi que de l'accessibilité au personnel infirmier et aux visites d'urgence (Tourigny *et al.* 2010).

Toutefois, de nombreuses faiblesses de la réforme ont également été soulevées. Ainsi, l'accès aux médecins de famille s'est peu amélioré. Non seulement les patients n'ont pas perçu d'amélioration à cet égard (Tourigny *et al.* 2010), mais le nombre de Québécois ayant accès à un médecin n'a pas beaucoup changé avec la réforme (Dunkley-Hickin 2013) : alors que le nombre de médecins en GMF a augmenté de 41.5% de 2009 à 2014, le nombre de patients inscrits a seulement augmenté de 5.9% (VGQ 2015).

Ce faible taux d'augmentation pourrait s'expliquer par le peu de redevances des comptes imposé par le gouvernement aux GMF. Ainsi, le Vérificateur Général du Québec a constaté que seules les heures d'ouverture différencient les GMF des autres cliniques, alors que les ententes de financement avec le MSSSQ étaient établies notamment en vertu de cibles quant au nombre de patients inscrits à atteindre (VGQ 2015). Le Vérificateur général a ainsi dénoté de grandes disparités quant à l'équité du financement au sein même du programme, avec des GMF ayant inscrit le nombre de patients requis par l'entente recevant moins de financement que d'autres n'atteignant pas les cibles, ou des GMF recevant le double du financement d'autres avec sensiblement le même nombre de patients inscrits (VGQ 2015).

En outre, une sous-optimisation des ressources serait à blâmer, à commencer par l’informatisation partielle des GMF : seulement 73% avaient implanté des dossiers médicaux en 2015 (VGQ 2015). Cette informatisation incomplète entraîne non seulement des lacunes dans le partage des dossiers entre les médecins membres d’un GMF, mais limite également les échanges d’information avec les institutions hospitalières du réseau (VGQ 2015). En outre, d’importantes variations existent dans l’autonomie de pratique du personnel infirmier entre les GMF, et leurs compétences sont en moyenne sous-utilisées, ce qui limite leur capacité à décharger les médecins qui pourraient alors se consacrer à une plus grande intensité de pratique en inscrivant plus de patients (VGQ 2015).

Enfin, des questions d’équité ont été évoquées. Le mécanisme d’accès aux GMF n’est ni transparent ni équitable, différents critères de vulnérabilité étant utilisés par les GMF pour déterminer la prise en charge (VGQ 2015). Le public s’est également interrogé sur l’équité de réserver l’accès aux seuls patients inscrits, question qui demeure encore en suspens (voir par exemple Alcaraz Robinson 2014). Finalement, la nature volontaire du programme a mené à des déséquilibres régionaux dans la distribution des GMF qui ne tient pas compte des besoins de la population ni des autres services de première ligne (VGQ 2015).

## 7 ANALYSE SWOT (FFOM)

Table 1: Analyse SWOT (FFOM)

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>● La pratique multidisciplinaire et interprofessionnelle</li> <li>● Le projet d’informatisation des dossiers médicaux</li> <li>● Amélioration de la continuité dans le suivi des patients vulnérables et patients avec des maladies chroniques</li> <li>● La responsabilité populationnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Le manque de mécanismes de suivi et de reddition des comptes du gouvernement envers les GMF a mené à des iniquités entre les différents GMF</li> <li>● Accroissement des tâches administratives</li> <li>● Mécanismes manquants ou insuffisants de suivi et reddition des comptes dans l’évaluation des atteintes des objectifs associés au financement gouvernemental</li> </ul>

OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Renforcer les services de santé primaires qui sont la porte d'entrée du système de santé</li> <li>● Assurer l'accès à un médecin de famille pour la population en ayant besoin en accroissant les efforts pour rencontrer les cibles d'inscriptions des patients</li> <li>● Établir des liens plus forts et durables entre les médecins ou le personnel infirmier et les patients grâce au suivi</li> <li>● Améliorer la collaboration entre les soins de santé primaire et les autres organisations du réseau de la santé en mettant l'accent sur la fonction de liaison des GMF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Le manque de suivi de la part du gouvernement des atteintes des objectifs contractuels par les GMF menace la rentabilité de l'investissement gouvernemental dans ce programme, faute d'impact.</li> <li>● La nature volontaire de la réforme (dépendant de l'intérêt des médecins à s'établir en GMF) a mené à une distribution géographique qui n'est pas nécessairement commensurable avec les besoins de la population.</li> <li>● Des questions d'équité dans l'accès aux GMF ont été soulevées</li> <li>● La sous-utilisation des compétences du personnel infirmier limite l'optimisation des ressources humaines (infirmières et médicales) et financières.</li> </ul>

## 8 REFERENCES

- Alcaraz Robinson S. 2014. Accessibilité aux médecins de famille : les GMF font-ils leur part? *Journal métro*, 30 janvier 2014. Extrait le 16 mars 2015. <http://journalmetro.com/local/le-plateau-mont-royal/actualites/589259/accessibilite-aux-medecins-de-famille-les-gmf-font-ils-leur-part/>
- Beaulieu M-D, Denis JL, D'Amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon É, Jobin G, Lamothe L, Gilbert F, Guay H, Cyr G, Lebeau R. 2006. *L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Université de Montréal : rapport de recherche*. Extrait le 2 juillet 2015. [http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07\\_info/Rapport\\_GMF\\_mars\\_2006\\_F.pdf](http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport_GMF_mars_2006_F.pdf)
- Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Hogg W. 2011a. Primary care reform: Can Quebec's family medicine group model benefit from the experience of Ontario's family health teams? *Healthcare Policy* 7 (2): e122-e135. Extrait le 8 novembre 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3287954/>
- Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Hogg W. 2011b. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement

- de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins* 42 (2): 101-109. Extrait le 7 mars 2016. <http://dx.doi.org/10.3917/pos.422.0101>
- Clavel N. 2012. *Leadership dans le contexte de transformation des organisations de santé de première ligne au Québec : étude de la création et de l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF)*. Mémoire, Université de Montréal, Montréal. Extrait le 8 novembre 2015. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/9222/Clavel\\_Nathalie\\_2012\\_memoire.pdf;jsessionid=5953403FD9BD7C1957FFDAC1BE8CF588?sequence=4](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/9222/Clavel_Nathalie_2012_memoire.pdf;jsessionid=5953403FD9BD7C1957FFDAC1BE8CF588?sequence=4)
- Coyle N, Strumpf E. 2011. Réforme des soins de santé primaires : qui se joint aux groupes de médecine de famille au Québec? En *Le Québec économique 2011*, éd. Godbout L, Joanis M, de Marcellis-Warin N, 235-248. Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.
- Dunkley-Hickin C. 2013. *Effects of primary care reform in Quebec on access to primary health care services*. Thèse, Université McGill, Montréal.
- Fiset-Laniel J, Ammi M, Strumpf E, Diop M, Tousignant P. 2013. GMF sous les projecteurs, des économies réalisées grâce aux GMF : oui, mais .... Extrait le 1er juillet 2015. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1725\\_GMFProjecteursEconomiesRealiseesGMF.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1725_GMFProjecteursEconomiesRealiseesGMF.pdf)
- Gouvernement du Canada. 2000. *Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires*. Extrait le 2 juillet 2015. <http://canadiensensante.gc.ca/health-system-systeme-sante/services/primary-primaires/transition-adaptation-fra.php>
- Gouvernement du Canada. 2015. *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Extrait le 18 juillet 2015. <http://canadiensensante.gc.ca/health-system-systeme-sante/cards-cartes/collaboration/2003-accord-fra.php>
- Gouvernement du Québec. 2006. *Devenir un GMF : guide d'accompagnement : le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*. Extrait le 28 mai 2015. <http://www.csssqn.qc.ca/fr/emplois/examens-preparatoires-gmf-crq/guide-d-accompagnement-devenir-un-groupe-de-medecine-de-famille-gmf.download>
- Hutchison B, Lévesque J, Strumpf E, Coyle N. 2011. Primary health care in Canada : systems in motion. *The Milbank Quarterly* 89 (2): 256-288. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x>
- Kingdon JW. 2003. *Agendas, alternatives, and public policies*. New York: Addison-Wesley Educational Publishers.
- Lévesque J-F, Roberge D, Pineault R. 2007. *Le système sociosanitaire au Québec*. Ch.5. Québec : Éditions de la Chenelière Québec
- MSSSQ (Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec). 2000. *Les solutions émergentes - Rapport et recommandations (Rapport Clair)*. Extrait

- le 28 mai 2015. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/6c397fad530bc545852569d6006ef6ef?OpenDocument>
- MSSSQ (Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec). 2008. *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. Extrait le 28 mai 2015. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/eadedf781c2bf119852575a200649099?OpenDocument>
- OIIQ/FMOQ (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec/Fédération des médecins omnipraticiens du Québec). 2005. *Rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*. Extrait le 16 mars 2016. [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/FAQ/oiiq\\_fmoq.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/FAQ/oiiq_fmoq.pdf)
- Pineault R, Lévesque J-F, Roberge D, Hamel M, Lamarche P, Haggerty J. 2008, *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche*. Extrait le 8 novembre 2015. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/814\\_ResumeServPremLigne.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/814_ResumeServPremLigne.pdf)
- Pomey MP, Martin E, Forest P-G. 2009. Quebec's family medicine groups: innovation and compromise in the reform of front-line care. *Canadian Political Science Review* 3 (4): 31-46. Extrait le 8 novembre 2015. <http://ojs.unbc.ca/index.php/cpsr/article/viewArticle/193>
- Romanow R. 2002. *Building on values: the future of health care in Canada*. Saskatoon, SK: Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Tourigny A, Aubin M, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinharz D, Leduc Y, St-Pierre M, Houle N, Giguère A, Benounissa Z, Carmichael P-H. 2010. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: family medicine groups in Quebec. *Canadian Family Physician* 56 (7): e273 - e282. Extrait le 8 novembre 2015. <http://www.cfp.ca/content/56/7/e273.full?sid=bd8e3539-d05e-49ac-9f6a-7f2068557a64>
- VGQ (Vérificateur Général du Québec). 2015. *Groupes de médecine de famille et clinique-réseau*. Extrait le 28 mai 2015. [http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr\\_publications/fr\\_rapport-annuel/fr\\_index.aspx?Annee=2015](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_index.aspx?Annee=2015)