

Introduction	3
<hr/>	
1. La rhétorique autour du projet de loi	4
Le dénigrement des médecins	4
L'évolution du contexte social	5
La notion de responsabilité collective	5
<hr/>	
2. La rémunération et la mesure de la performance	7
Le choix et le rôle des indicateurs	7
Les répercussions anticipées sur la qualité des soins	9
<hr/>	
3. L'amélioration de l'accès aux soins	10
<hr/>	
Conclusion	12
<hr/>	
Rappel des recommandations	13
<hr/>	
Bibliographie	14
<hr/>	

NOTE : Dans le présent mémoire, le masculin a été préconisé, et ce sans préjudice, afin d'en fluidifier la lecture.

Introduction

La mission du Collège des médecins du Québec est de protéger le public en veillant à une médecine de qualité. Afin d'accomplir cette mission, le Collège est porté par les valeurs d'engagement, de rigueur, de collaboration, d'intégrité et de respect.

Le Collège des médecins du Québec présente ici aux membres de la Commission de la Santé et des Services sociaux de l'Assemblée nationale ses commentaires et recommandations concernant le projet de loi n° 106, *Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux*.

Le Collège est favorable à l'objectif de ce projet de loi visant la responsabilité collective et l'amélioration de l'accès aux soins, mais s'oppose à ce que soient liées performance et rémunération des médecins, ce que ne recommandent d'ailleurs pas les experts mandatés pour élaborer un rapport sur la future politique gouvernementale de soins et de services de première ligne.

De manière plus générale, l'Ordre professionnel des médecins estime qu'il est temps, plus de 50 ans après la création du réseau québécois de la santé tel que nous le connaissons, de repenser en profondeur notre manière de collaborer à l'offre de soins et de services. Il est essentiel de renforcer la coopération entre tous les acteurs du réseau, en s'appuyant sur des objectifs et des indicateurs communs. Aucun changement durable ne peut être envisagé sans remettre en question l'état actuel des choses. Il est peut-être temps de tenir une consultation nationale sur les attentes de la population, qui mettra à contribution les médecins et les autres professionnels de la santé et qui permettra de revoir le panier de soins et de services actuellement offert.

La rhétorique autour du projet de loi

Le dénigrement des médecins

Avant toute chose, le Collège des médecins du Québec déplore le ton et les propos qui accompagnent le dépôt de ce projet de loi. Si l'on souhaitait susciter l'adhésion des médecins aux mesures proposées et mettre de l'avant le travail d'équipe nécessaire afin d'atteindre un objectif commun aux soignants, à la population et au gouvernement, c'est un très mauvais départ.

Nous avons entendu, par exemple, de la bouche du ministre Christian Dubé et du premier ministre François Legault, que le tiers des médecins ne travaillent pas assez, qu'ils quittent leur poste les vendredis après-midi et que ce projet de loi est attendu et nécessaire depuis 23 ans. L'Ordre professionnel des médecins ne peut tolérer pareil dénigrement.

Le Collège est au contraire témoin de la volonté d'introspection des médecins et de leur désir de trouver des solutions porteuses aux multiples problèmes qui plombent le fonctionnement et l'accès au réseau de la santé et des services sociaux. Il constate que la très grande majorité des médecins travaillent au maximum de leur capacité et ont pleinement à cœur la santé de la population.

Le discours du gouvernement est d'autant plus choquant lorsque l'on prend la mesure de tout le chemin parcouru par le corps médical au cours des dernières années. Le Collège et la communauté médicale se sont mobilisés pour améliorer l'accès au système de santé; pour favoriser la vitalité d'un régime de santé public, universel et accessible; pour améliorer la collaboration interprofessionnelle; pour favoriser l'élargissement des pratiques professionnelles, notamment en santé mentale; pour simplifier et optimiser des tâches; pour réduire la charge administrative; pour rechercher des solutions innovantes

favorisant l'intégration des soignants diplômés à l'international; et pour encadrer la place du privé en santé.

Il est vrai que les médecins, en tant qu'acteurs clés du système de santé, ont un rôle à jouer dans l'amélioration de l'accès aux soins. Au-delà des critiques et de l'introspection nécessaire, il est important de reconnaître que les médecins font également partie intégrante des solutions. Si le premier ministre et le ministre de la Santé estiment que des enjeux subsistent, le Collège souhaite rappeler que les médecins sont pleinement engagés à collaborer pour renforcer l'accès aux soins et améliorer le fonctionnement du réseau.

Tous doivent prendre acte de la colère du corps médical qui est publiquement blâmé pour les tares du réseau, dont la pénurie de personnel, l'étirement des listes d'attente en chirurgie, les retards dans la transmission des résultats de laboratoires, les ratés du Centre de répartition des demandes de service (CRDS), la détérioration des infrastructures en santé ainsi que le retard à implanter des outils informatiques cliniques performants et efficaces.

S'il veut jeter les bases d'une discussion transparente et saine, de laquelle des solutions concrètes peuvent émerger, le Collège demande au gouvernement de cesser le dénigrement de la profession médicale par ses propos portant sur le rendement des soignants, leur disponibilité auprès des patients ou la hauteur de leur rémunération. Les enjeux en santé sont trop grands pour être tributaires de telles stratégies de négociation et d'une guerre de chiffres.

L'évolution du contexte social

Le projet de loi n° 106 ne tient pas compte du contexte social qui a changé depuis les années 1970, décennie durant laquelle le modèle actuel de soins de santé a été mis en place au Québec. Les médecins, de tous genres confondus, veulent dorénavant mieux équilibrer travail et vie personnelle.

Les lois et les politiques visant le réseau de la santé doivent donc tenir compte de l'époque dans laquelle elles s'inscrivent pour produire les résultats escomptés. Elles ne peuvent être élaborées en fonction du nombre de médecins dans l'absolu, en faisant abstraction des besoins de santé et de services sociaux actuels, de la disponibilité des ressources et en prenant pour prémisse qu'un médecin se doit de travailler plus de 70 heures par semaine, sans considération pour le temps qu'il passe avec ses enfants et ses proches, ou pour celui qui lui permet de prendre soin de sa santé physique et mentale.

Comme c'est le cas pour les autres franges de la population, le corps médical doit aspirer à un certain équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) a d'ailleurs exprimé, dans une lettre au ministre Christian Dubé, ses préoccupations quant aux contrecoups observés depuis l'annonce du projet de loi n° 106 et le dénigrement de la profession qui l'accompagne. Une « hausse des demandes d'aide » adressées à l'organisme a été observée; et plusieurs médecins ont exprimé une « perte de repères et une crainte quant à la qualité et la pérennité des soins qu'ils s'efforcent d'offrir » dans la foulée de la dévalorisation de leur profession exprimée dans l'espace public. Un médecin se doit d'être en santé pour offrir des soins de qualité. On ne pourra mesurer adéquatement les performances du réseau ni la contribution des médecins à l'atteinte d'objectifs collectifs si le projet de loi n'est pas contemporain dans son appréciation du corps médical.

La notion de responsabilité collective

Il y a deux ans, dans le cadre de son mémoire sur le projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, le Collège s'était montré favorable à la notion de responsabilité sociale collective des médecins envers la population du territoire qu'ils desservent. C'est un principe qui est véhiculé par le Collège depuis de nombreuses années. Le Collège appuie, par conséquent, l'ajout des nouvelles responsabilités confiées aux départements territoriaux de médecine familiale (DTMF) et de médecine spécialisée (DTMS), notamment celle de l'élaboration d'un plan de couverture territorial des secteurs prioritaires et des secteurs où les effectifs sont limités. Il voit aussi d'un bon œil que les DTMF assurent la coordination des services médicaux offerts à domicile et en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Dans ce même mémoire, nous déplorions toutefois que l'ensemble des autres professionnels de la santé n'y soient pas assujettis et suggérons que des leviers ou des mesures précises viennent assurer une responsabilité populationnelle. Le Collège réclame donc que cette notion s'applique à l'ensemble des professionnels de la santé. Nous demandons, par ailleurs, qu'elle s'étende également à l'ensemble des gestionnaires du réseau, dont les décisions ont des impacts directs sur l'accès aux soins et sur les conditions d'exercice des médecins et de l'ensemble des soignants. L'imposition de restrictions budgétaires de 1,5 G\$ en est un exemple probant.

À ce sujet, nous attirons l'attention sur le titre même du projet de loi n° 106 qui cible spécifiquement les médecins, à l'image du narratif entourant son dépôt. Ce faisant, nous leur faisons porter à eux seuls la responsabilité de l'accès aux soins et de la performance du réseau. Nous sommes d'avis que le projet de loi devrait plutôt s'intituler *Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux soins et services de santé*. Nous sommes conscients de la nécessité de faire les choses autrement pour arriver à des résultats différents. La notion de responsabilité collective doit toutefois refléter le devoir de travailler tous ensemble pour le bien commun.

Recommandation 1

Que le gouvernement cesse le dénigrement de la profession médicale par ses propos portant sur le rendement et la disponibilité des soignants auprès des patients.

Recommandation 2

Que la responsabilité collective s'étende également aux autres professionnels de la santé et aux gestionnaires du réseau dont les décisions et les actions ont des impacts directs sur l'accès aux soins et sur les conditions d'exercice des médecins et de l'ensemble des soignants.

Recommandation 3

Que le titre du projet de loi soit modifié pour celui de *Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux soins et services de santé*.

La rémunération et la mesure de la performance

Le choix et le rôle des indicateurs

Le Collège constate lui aussi que le mode de rémunération des médecins est miné par la complexité des actes facturables et est favorable à sa simplification, de même qu'à une rémunération composée, avec une composante de capitation. Des études démontrent que celle-ci favorise un accès plus équitable aux soins et une meilleure collaboration interprofessionnelle.

Cependant, nous insistons sur le fait que la rémunération ne doit pas être liée à la performance des médecins. Nous convenons qu'une bonne gouvernance du réseau nécessite que soient élaborés des indicateurs afin de mesurer sa performance et d'assurer une bonne planification stratégique. Encore faut-il que les indicateurs sélectionnés soient adéquats et appuyés par les données scientifiques. Or, beaucoup d'incertitude entoure encore la nature des indicateurs, qui seront déterminés par règlement, quant à la mise en place d'un supplément collectif pour l'atteinte d'objectifs.

Les craintes à cet égard sont alimentées par la méthodologie comptable mise de l'avant dans le projet de loi pour moduler la capitation en classifiant les personnes selon leur profil de santé, en fonction de critères de vulnérabilité sans tenir suffisamment compte du caractère dynamique et évolutif de la santé de chaque personne et de la population en général ainsi que de la spécificité locale ou territoriale. Le projet de loi prévoit par ailleurs que la répartition des personnes entre les milieux de pratique, à laquelle doit procéder le DTMF, doit être proportionnelle à la capacité des milieux à les prendre en charge conformément aux dispositions d'un règlement à venir, ce qui accroît les appréhensions des médecins.

Le projet de loi n° 106 n'a pas été élaboré avec les partenaires du réseau. Il est apparu sans avertissement comme une épée de Damoclès dans le cadre des négociations pour le renouvellement des ententes-cadres avec les fédérations médicales. Il confond la performance du réseau et la rémunération des médecins, ce à quoi nous nous opposons tant cela représente un risque pour une médecine de qualité.

Nous partageons à cet effet les recommandations du groupe des trois experts, auteurs du rapport *Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*, mandatés pour guider l'élaboration d'une telle politique gouvernementale, quant à la nécessité de mesurer les performances du réseau et non spécifiquement celles des médecins :

« La mesure des résultats de soins et services n'est généralement pas sous le contrôle direct d'un(e) seul(e) prestataire et ne devrait pas avoir pour principal objectif de permettre des comparaisons entre eux, mais de favoriser une responsabilité collective et de stimuler les apprentissages et innovations. »

— Rapport *Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*, p. 25

D'ailleurs, les trois co-auteurs du rapport s'inscrivent en faux avec les visées du projet de loi n° 106. Parmi eux, le Dr Antoine Groulx, médecin de famille qui dirige l'Unité de soutien SSA Québec et qui a, par le passé, œuvré pendant six ans au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, avance ce qui suit :

« Il y a des choses très bien [dans le projet de loi 106, tels que le principe de la responsabilité populationnelle, la notion d'indicateurs de performance ou la rémunération mixte avec une plus grande composante de capitation. Sur la forme, en revanche], il y a une fracture avec ce qu'on propose en termes d'approche, de collaboration et de coconstruction. »

— Profession santé, 22 mai 2025

Interviewée dans le quotidien *Le Devoir*, la Dre Élise Boulanger, elle aussi membre du groupe d'experts et présidente désignée du Collège québécois des médecins de famille (CQMF), insiste pour sa part sur le rehaussement nécessaire des investissements dans l'ensemble de la première ligne ainsi que sur la valorisation de la médecine de famille :

« Quand [la première ligne] est bien financée, les gens y ont accès. Ça épargne des coûts ailleurs dans le système de santé. Ça diminue la mortalité des populations et les visites à l'urgence. Or, à l'heure actuelle, le budget est consacré en forte proportion aux hôpitaux. [Les CLSC et les groupes de médecine de famille (GMF), eux] n'ont pas l'attention qu'ils méritent.»

— *Le Devoir*, 8 mai 2025

La troisième auteure-experte du rapport, Mylaine Breton, professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, a quant à elle spécifié dans les médias que les modèles liant rémunération et performance ne se sont pas avérés efficaces dans d'autres pays. Elle insiste sur le fait que les médecins doivent plutôt disposer des ressources nécessaires à leur mission pour atteindre les résultats escomptés :

« La recommandation principale, c'est d'investir en première ligne. On dit que c'est la base d'un système de santé. Il faut doter les équipes et les soutenir dans le changement. »

— *La Presse*, 8 mai 2025

Elle précise que les indicateurs ne doivent pas être liés à la rémunération individuelle des médecins :

« Les modèles de "pay for performance" qu'on voit en Angleterre, par exemple, ce n'est jamais plus que de 10 à 15 % de la rémunération, et les pays qui les ont choisis, ça leur a coûté cher pour ce que ça a donné. »

— *La Presse*, 8 mai 2025

Cette recommandation des experts mandatés par le gouvernement du Québec est visiblement en opposition avec la déclaration récente du premier ministre à l'Assemblée nationale :

« Le Collège des médecins n'aime pas le mot performance : utilisons le mot résultats. Je pense que les Québécois ont le droit d'exiger des résultats des médecins. Donc, la proposition qui est faite, actuellement, c'est que 25 % de la rémunération soit conditionnelle à des résultats. »

— Période des questions, Assemblée nationale, 21 mai 2025

Au contraire, le rapport insiste pour que la mesure des résultats se fasse de manière consensuelle et parcimonieuse, dans le but de fournir des repères stratégiques qui seront utiles à la population, aux usagers, aux professionnels de la santé, aux gestionnaires et aux décideurs des soins et services de la première ligne. Les indicateurs choisis devraient permettre de mesurer l'atteinte des objectifs populationnels comme le recommande le comité d'experts; ils devraient porter sur les résultats, en prenant garde à s'en tenir seulement à des considérations de volumétrie ou de qualité; et ils devraient prendre en compte le degré d'action et d'imputabilité des destinataires visés.

Le Collège est, en conséquence, en total désaccord avec la proposition d'associer la rémunération des médecins à des indicateurs de performance visant l'atteinte d'objectifs. Dans tous les cas d'atteinte d'objectifs, il faut inclure également la responsabilité collective de l'ensemble des professionnels de la santé et des gestionnaires du réseau.

Les répercussions anticipées sur la qualité des soins

Le Collège se montre fort préoccupé par les répercussions que pourrait avoir le projet de loi n° 106 sur la qualité des soins, si on lie la rémunération des médecins à l'atteinte d'objectifs. Nous estimons que cette recherche, notamment de volumétrie, se ferait au détriment du temps passé avec la patientèle. Le patient est un être entier et on ne peut limiter sa visite chez le médecin à l'examen d'une seule partie de son corps pour tenir compte d'un barème de temps correspondant au respect d'indicateurs de performance. Le patient doit être considéré dans sa globalité, et non réduit à une seule problématique de santé dictée par des contraintes de temps ou des indicateurs de performance liés à la volumétrie. Le temps accordé à chaque consultation est

essentiel pour établir une relation thérapeutique de confiance, favoriser la prévention en santé publique et accompagner les patients tout au long de leur parcours, y compris en fin de vie.

Lorsque les indicateurs de performance reposent principalement sur la quantité d'actes médicaux ou le nombre de patients pris en charge, cela peut nuire à la qualité des soins, en particulier pour les populations vulnérables ou marginalisées. De telles approches risquent également de limiter la disponibilité des médecins pour des activités fondamentales comme l'enseignement, compromettant ainsi la formation de la relève, ou encore de les détourner de tâches essentielles en établissement, notamment en soins de longue durée.

De plus, la rémunération par capitation n'est pas une panacée. Dans leur rapport, les experts rappellent que l'affiliation ou l'inscription à un milieu ne sont pas garantes d'une expérience de continuité relationnelle. Celle-ci doit être valorisée par les gestionnaires et les professionnels et des mécanismes doivent favoriser l'accès à une source régulière de soins afin d'en assurer une meilleure qualité. La continuité dans les soins de santé sera compromise si les milieux ne disposent pas des ressources suffisantes pour répondre aux besoins populationnels de leur région, forçant les patients à consulter dans un autre milieu, en dépit de l'atteinte des objectifs d'inscription et d'affiliation.

Les experts soulignent également que l'inscription formelle à une source régulière de soins et de services de première ligne est particulièrement sensible aux enjeux de diminution des ressources humaines, en particulier des médecins de famille, et peut engendrer des iniquités d'accès aux soins et aux services.

Recommandation 4

Que les indicateurs soient fondés sur la science, axés sur la création de valeur et qu'ils ciblent l'atteinte de résultats importants pour mesurer notamment l'accès aux soins et la santé de la population comme le recommande le rapport d'experts.

Recommandation 5

Que la rémunération des médecins ne soit pas liée à leur performance.

L'amélioration de l'accès aux soins

3

Le Collège n'est pas inquiet de la qualité globale de la pratique des médecins au Québec, mais craint des impacts sur l'accès aux soins si la détérioration des conditions de pratique que l'on constate actuellement devait se poursuivre. Elle a d'ailleurs été mise en évidence dans les rapports des deux tournées des pôles en santé diffusés par le Collège ([tournée 1](#) et [tournée 2](#)), qui relevaient des iniquités d'accès ainsi que des contraintes administratives limitant les ressources humaines et financières.

Des changements doivent être apportés rapidement à la manière de concevoir et de gérer le réseau de la santé et des services sociaux. C'est pourquoi nous sommes favorables aux mesures du projet de loi n° 106 qui favoriseront l'accès à des soins de qualité par le bon professionnel, au bon moment, au bon endroit. Les solutions à ce chapitre existent et sont à notre portée, mais pour être viables, elles doivent s'appuyer sur des investissements importants et récurrents, dictés par une vision plus large de la première ligne.

Nous ne pouvons qu'insister vigoureusement sur les recommandations principales du comité d'experts qui proposent d'assurer un financement public spécifique aux soins et services de première ligne en élargissant la couverture offerte par les professionnels non-médecins à travers le régime public; de questionner la place du privé dans et hors du réseau; de rehausser le nombre de professionnels; et de valoriser pleinement l'ensemble des professions des soins et services de première ligne (SSPL) pour les rendre plus attractives.

C'est un point sur lequel a insisté, dans le [magazine Web Profession santé](#), le Dr Antoine Groulx, l'un des experts mandatés par le gouvernement, en expliquant que « tous les réseaux de santé à succès fonctionnent sur la base de l'inscription individuelle à un médecin qui exerce au sein d'une grande équipe. Plus il a de professionnels autour de lui, plus sa capacité de prise en charge augmente. »

De nombreux soins en première ligne ne nécessitent pas de visite chez le médecin. Qu'il soit question d'affiliation à un milieu de soins ou d'association au professionnel le plus responsable, il devrait être possible d'avoir accès en temps opportun et sans frais à un professionnel non-médecin pour soigner un mal de dos, améliorer son alimentation ou son sommeil, ou être accompagné dans son processus de deuil.

Or, ces ressources se font actuellement rares en première ligne. Le projet de loi n° 106 se concentre uniquement sur les médecins, qui ne sont qu'un maillon de la chaîne de soins et de services de santé. Le Collège prône que tous les professionnels soient mis à contribution et que le panier de services en première ligne soit revu pour un partage plus efficient des responsabilités entre les professionnels et une optimisation de la capacité de payer du gouvernement.

Au-delà des dispositions proposées dans le projet de loi, le gouvernement doit assumer sa responsabilité de fournir et de maintenir des infrastructures de santé en état, d'assurer aux soignants des conditions de pratique permettant de prendre en charge et de traiter adéquatement les patients, incluant la gestion des ressources humaines, des équipements médicaux et des plateaux techniques.

Dans les faits, il doit en faire davantage que ce qu'édicte le projet de loi n° 68 visant à réduire la charge administrative des médecins et à libérer du temps pour le travail d'équipe. Il faut notamment accélérer le pas pour mettre en place un dossier de santé unique, qui est une condition essentielle à la collaboration entre tous les professionnels. D'autant que l'entrée en vigueur de la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* pose des difficultés pratiques en proposant un cadre juridique théoriquement applicable dans l'état actuel des lieux.

L'accès par chaque personne à son dossier clinique en ligne est d'ailleurs un élément essentiel pour permettre à la patientèle d'être acteur et partenaire dans sa trajectoire de soins. Les investissements technologiques sont en outre nécessaires pour améliorer la fluidité du parcours de soins. À ce chapitre, il faudra que les patients soient clairement informés de leur affiliation et de leur association. Il devra exister la plus grande transparence quant aux impacts d'un déménagement, du départ d'une région donnée ou encore de la retraite d'un soignant.

Recommandation 6

Que le financement des soins et des services de la première ligne soit conséquent avec les besoins populationnels actuels et les ressources requises par les soignants et qu'il mette en œuvre les recommandations du comité d'experts sur les SSPL.

Conclusion

Le Collège des médecins du Québec a exposé dans son mémoire les appuis donnés à différentes dispositions du projet de loi n° 106, formulé des recommandations pour les bonifier et indiqué sans détour les éléments qui, à son avis, auraient un impact défavorable sur l'accès et la qualité des services et des soins à la population.

Dans la réalisation de son mandat de protection du public, le Collège des médecins veille à une médecine de qualité. Cela ne saurait être possible sans que ne soit assuré un équilibre entre les soins offerts à la population et la qualité de la manière par laquelle ceux-ci sont prodigués. Le fait de lier la rémunération des médecins à l'atteinte d'objectifs de prise en charge nous fait craindre que la relation entre patients et soignants soit affectée.

Selon les auteurs du rapport commandé par le gouvernement, la mesure de la performance doit porter sur des objectifs plus larges, pas sur la performance des médecins. Le rapport souligne d'ailleurs que les expériences de ce mode de mesure, ailleurs dans le monde, n'ont pas produit les fruits escomptés. À plus large échelle, la mesure de la santé populationnelle devrait porter sur des indicateurs reconnus, comme l'évolution des maladies, en lien avec le profil démographique. Nous croyons que de tels indicateurs devraient servir à la planification stratégique et à l'atteinte de résultats, sans être liés à la rémunération.

Le contexte dans lequel ces indicateurs seront mis en place a aussi son importance. Le dénigrement des médecins n'est pas de nature à susciter l'engagement dans cette voie. La possibilité évoquée que le projet de loi n° 106 puisse être adopté sous bâillon ne l'est pas davantage.

Le gouvernement pourra compter sur la collaboration du Collège des médecins du Québec pour appuyer la mise en place des mesures du projet de loi qui contribueront à élargir l'accès du public aux soins et services de santé, ainsi que les mesures qui procureront aux soignants les meilleures conditions d'exercice.

Rappel des recommandations

Recommandation 1

Que le gouvernement cesse le dénigrement de la profession médicale par ses propos portant sur le rendement et la disponibilité des soignants auprès des patients.

Recommandation 2

Que la responsabilité collective s'étende également aux autres professionnels de la santé et aux gestionnaires du réseau dont les décisions et les actions ont des impacts directs sur l'accès aux soins et sur les conditions d'exercice des médecins et de l'ensemble des soignants.

Recommandation 3

Que le titre du projet de loi soit modifié pour celui de *Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux soins et services de santé*.

Recommandation 4

Que les indicateurs soient fondés sur la science, axés sur la création de valeur et qu'ils ciblent l'atteinte de résultats importants pour mesurer notamment l'accès aux soins et la santé de la population comme le recommande le rapport d'experts.

Recommandation 5

Que la rémunération des médecins ne soit pas liée à leur performance.

Recommandation 6

Que le financement des soins et des services de la première ligne soit conséquent avec les besoins populationnels actuels et les ressources requises par les soignants et qu'il mette en œuvre les recommandations du comité d'experts sur les SSPL.

Bibliographie

Rapports et documents officiels

BOULANGER, E., et collab. (2025). [Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec](#). Chaire de recherche du Canada et Unité de soutien SSA Québec, Québec, 82 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2023). [Mémoire – Projet de loi no 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace](#), CMQ, Montréal, mai, 20 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2023). [Rapport – Tournée des pôles en santé](#), CMQ, Montréal, mars, 38 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2024). [Rapport – Tournée des pôles en santé II](#), CMQ, Montréal, été, 32 p.

Sites Web

DIRAT, G. (2025). Projet de loi 106 : une réforme improvisée ou une stratégie délibérée? *Profession Santé*. [[Projet de loi 106 : une réforme improvisée ou une stratégie délibérée? | Profession Santé](#)]

LÉVESQUE, F. et T. CHOUINARD. (2025). Projet de loi sur la rémunération des médecins : Québec contredit par ses experts. *La Presse*. [[Projet de loi sur la rémunération des médecins | Québec contredit par ses experts | La Presse](#)]

MORIN-MARTEL, F. (2025). Il faut davantage de professionnels en première ligne au Québec, selon un comité d'experts. *Le Devoir*. [[Québec doit rehausser le nombre de professionnels en première ligne au Québec, selon un comité d'experts | Le Devoir](#)]



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

1250, boul. René-Lévesque O., Bur. 3500
Montréal (Québec) H3B 0G2

Tél. : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

cmq.org

ISBN 978-2-924674-49-9

© Collège des médecins du Québec, mai 2025