

CSSS-003M

C. P. PL 106

Loi responsabilité collective imputabilité médecins
amélioration accès services médicaux

MÉMOIRE DE LA FÉDÉRATION MÉDICALE
ÉTUDIANTE DU QUÉBEC (FMEQ)

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

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

27 MAI 2025



COMITÉ DE RÉDACTION



Rédaction

FÉLICIA HARVEY

Vice-Présidente, Fédération médicale étudiante du Québec

MAXENCE PELLETIER-LEBRUN

Président, Fédération médicale étudiante du Québec

Mise en page

CHRISTINA FAYAD

Déléguée aux communications, Fédération médicale étudiante du Québec

Publié le 27 mai 2025

Fédération médicale étudiante du Québec

630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510 Montréal, Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant : vp@fmeq.ca

TABLE DES MATIÈRES



COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	5
La pénurie de main-d'œuvre : une problématique systémique	5
La pratique médicale au Québec : un cadre déjà restrictif	6
La médecine étouffée par la paperasse	7
Accès difficile à la première ligne: cibler les vraies causes	8
COMMENTAIRES PARTICULIERS	9
Le modèle de rémunération et la définition de la vulnérabilité	10
La prise en charge collective	11
Les objectifs de performance	11
RECOMMANDATIONS	14
BIBLIOGRAPHIE	15

INTRODUCTION



La Fédération médicale étudiante du Québec (la « FMEQ » ou la « Fédération ») remercie la Commission de la santé et des services sociaux de lui permettre de s'exprimer sur 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 « PL 106 », le « PL » ou le « Projet de loi »), un exercice que la FMEQ juge primordial.

LA FÉDÉRATION MÉDICALE ÉTUDIANTE DU QUÉBEC

Fondée en 1974, la Fédération médicale étudiante du Québec regroupe les associations étudiantes des quatre facultés de médecine du Québec : l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke, l'Université Laval et l'Université McGill. Elle représente près de 5000 étudiantes et étudiants en médecine répartis sur 11 campus aux quatre coins du Québec (10) et au Nouveau-Brunswick (1). Elle a pour mission de représenter et de défendre ses membres sur les plans pédagogique, social, politique et du bien-être. Les étudiants en médecine ont à cœur leur système de santé public québécois.

La Fédération, à l'image de ses membres, multiplie les initiatives de représentation et d'implication au sein de divers comités, y compris des comités ministériels, et participe activement à des activités politiques stratégiques. Ces efforts visent à améliorer concrètement les conditions actuelles et futures du système de santé. Ses priorités de longue date comprennent la valorisation de la médecine familiale et de la médecine en région, la planification adéquate des effectifs médicaux et la défense d'un réseau de santé public fort et accessible.

Depuis sa création il y a cinquante ans, la Fédération médicale étudiante du Québec se positionne en faveur d'un système de santé public fort, universel et accessible. La FMEQ promeut également la pratique dans le réseau public, notamment par des initiatives visant à valoriser la médecine de famille et la médecine en région. Dans nos travaux passés, nous sommes intéressés à différentes solutions pour améliorer l'accessibilité du système de santé québécois, notamment une meilleure planification des effectifs médicaux, une hausse raisonnée des admissions en médecine et un plus grand recours à la formation médicale délocalisée [1]. N'ayant pas de fonctions syndicales, la FMEQ ne prend pas part aux négociations actuelles sur la rémunération des médecins; notre participation en commission a comme seul agenda de proposer une vision structurante pour le système de santé québécois, où nous serons portés à travailler comme futurs professionnels.

Le dépôt du projet de loi 106 le 8 mai s'inscrit dans un contexte de négociations entre le gouvernement, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), et la Fédération des résidents du Québec (FMRQ). La coïncidence de ces événements a été largement commentée dans l'espace public, et il est difficile de ne pas voir dans le PL 106 un levier de négociations. Cette situation alimente la méfiance au sein de la profession médicale et fragilise le dialogue nécessaire pour développer des solutions communes aux problèmes du réseau. Au vu de l'importance des sujets discutés et du contexte actuel, nous réitérons l'importance d'un débat public transparent et structurant, qui s'appuie sur des données probantes et non des rapports de force.

Le projet de loi 106 a pour objectif la prise en charge de toute personne assurée dans un milieu de pratique de première ligne, but louable s'il en est un. Il s'agit là d'une variante d'une promesse de longue date de la Coalition Avenir Québec (CAQ). En 2018, elle inscrivait ainsi dans ses orientations en santé vouloir «offrir un médecin de famille à tous les Québécois» [2]; ambition qui a progressivement évolué vers l'objectif d'une prise en charge par un professionnel de la santé. Cette évolution soulève des questions quant à la clarté et à la constance des engagements gouvernementaux. Le projet de loi 106 permet au gouvernement d'affirmer qu'il agit pour améliorer l'accès à la première ligne, bien que sous plusieurs aspects, ce projet de loi soit inadapté à la réalité du terrain.

Comme le ministre, nous pensons que l'accessibilité universelle aux soins est un principe qui mérite d'être défendu. Si la FMEQ reconnaît certaines qualités au projet de loi, nous considérons que sa forme actuelle n'améliorera pas réellement le système de santé québécois. L'accessibilité à la première ligne ne doit pas reposer sur la seule responsabilité des médecins ni sur des délais qui suivent des échéanciers électoraux. Notre réseau de la santé doit avoir les moyens de ses ambitions, ce qui implique de réinvestir dans la première ligne et de réaligner le réseau avec la mission première des professionnels de la santé : soigner la population.

La pénurie de main-d'œuvre : une problématique systémique

La pénurie de médecins à laquelle est présentement confronté le Québec est complexe et nécessite une analyse qui outrepassé le simple ratio médecin par habitant. Selon une analyse de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), le nombre de médecins de famille par habitant au Québec a augmenté depuis les années 1990 [3]. Si l'on croise les données de 2023 du Collège des médecins du Québec avec celles de l'Institut de la

statistique du Québec, l'on conclut que le Québec compte 122 médecins de famille par 100 000 habitants. Ce ratio place la province au 6^e rang parmi les provinces canadiennes, au-dessus de la moyenne canadienne de 120 médecins par 100 000 habitants. À l'échelle internationale, les données de l'OCDE révèlent qu'en 2021, le Canada se classait 33^e sur 37 pays en ce qui concerne le nombre total de médecins (incluant les spécialistes) par habitant. Toutefois, si l'on considère le vieillissement de la population — facteur essentiel pour évaluer les besoins réels — le Québec compte aujourd'hui 3 % moins de médecins de famille par habitant qu'en 1991, soit avant les mises à la retraite importantes de cette décennie. Dans un mémoire présenté l'an dernier à l'Assemblée nationale, nous notions la double dynamique de ce phénomène : « Le vieillissement de la population est nécessairement accompagné d'une plus grande utilisation des services de santé. [...] Le creux démographique observé chez les plus jeunes fait aussi en sorte qu'il est plus difficile de pourvoir les postes en santé, un nombre moins important de professionnels devant se séparer un travail plus important » [1]. Également, 25 % des omnipraticiens au Québec ont présentement plus de 60 ans et prennent donc moins de patients en charge [4]. D'autres professions sont également touchées par la pénurie de main-d'œuvre. Physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, travailleuses sociales, infirmières, inhalothérapeutes : les effectifs manquent partout, ce qui complique la pratique de la médecine au public. Par exemple, plusieurs blocs opératoires demeurent fermés, non pas en raison d'un manque de chirurgiens, mais faute d'autres professionnels indispensables à leur fonctionnement.

La pratique médicale au Québec : un cadre déjà restrictif

Les mesures prévues dans le projet de loi s'ajoutent à des contraintes de pratique déjà importantes. Les médecins au public doivent notamment se soumettre aux Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), qui édictent le nombre de postes en médecine de famille disponibles dans les différentes régions du Québec et aux Plans d'effectifs médicaux (PEM), qui déterminent les postes de spécialité dans les établissements hospitaliers. Dans leurs quinze premières années de pratique, les médecins de famille doivent également effectuer des Activités médicales particulières (AMP), soit des activités professionnelles imposées. À cela s'ajouteront les contrats que devront signer les étudiants et résidents en médecine du Québec prochainement si les mesures prévues dans le PL83 sont appliquées. Ces contraintes, mentionnées ici de manière non exhaustive, limitent déjà la possibilité pour les médecins de façonner leur pratique en fonction de leurs compétences et de leurs aspirations. Rappelons également que le Québec est la législation au Canada avec la pratique médicale la plus restrictive, et que malgré cela, il ne semble pas s'en tirer mieux que les autres provinces en matière d'indicateurs de santé [5].

Une étude menée par le centre CIRANO plus tôt cette année statuait que le modèle de PREM instauré à partir de 2015 a permis d'augmenter la probabilité d'exercer la médecine dans une région périphérique ou intermédiaire [6]. Toutefois les impacts de cette mesure sont négatifs dans les régions éloignées et isolées, bien que les besoins y soient criants. Le bilan des PREM apparaît donc mixte. Le même rapport soulève que «certaines mesures qui imposent des contraintes pour les omnipraticiens désirant exercer en régions universitaires pourraient rendre la médecine de famille moins intéressante par rapport aux autres spécialités, ou encore inciter les nouveaux médecins à exercer dans le privé».

L'impact négatif des contraintes de pratique n'est pas que théorique. Par exemple, jusqu'à récemment, les étudiants canadiens hors Québec devaient signer une entente dans laquelle ils s'engageaient à pratiquer dans une région

désignée par le ministre pour une durée de quatre ans une fois leur permis de pratique obtenu. En cas de non-respect, ils étaient passibles d'une amende de 300 000 \$. Cette amende a été retirée de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) dans le cadre du projet de loi n°15 après que plusieurs parties prenantes, dont la FMEQ, aient soulevé son caractère inefficace [7]. Plutôt que d'améliorer la rétention des étudiants canadiens hors Québec, cette mesure a motivé plusieurs étudiants à effectuer leur résidence à l'extérieur du Québec pour se soustraire à l'entente, démontrant bien le caractère contre-productif de cette exigence administrative. La Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec — une instance dirigée par le MSSS — arrive aux mêmes conclusions. Un autre exemple serait le PL83, dont les contraintes excessives risquent d'entraîner un départ important d'étudiants en médecine vers les autres provinces au début de la résidence. Après son dépôt, la FMEQ avait mené un sondage auprès de ses membres. Parmi les 1420 répondants, 57 % envisagent de postuler à un programme de résidence hors Québec si le projet de loi est adopté [8]. Ce pourcentage est non négligeable, et nous montre que plusieurs centaines d'étudiants pourraient quitter le Québec dans le cadre de leur résidence, dépassant largement le nombre de jeunes médecins quittant annuellement le réseau public.

La médecine étouffée par la paperasse

Les étudiants qui choisissent la médecine familiale comme profession le font d'abord, car ils désirent soigner la population. Pourtant, depuis maintenant plusieurs années, le rôle de clinicien est ombragé par la multiplication de la paperasse, des contraintes administratives et des réformes organisationnelles, dont la création de Santé Québec constitue le dernier exemple. Un médecin peut passer des dizaines d'heures par semaine à gérer sa facturation, oeuvrer à la gestion quotidienne de son GMF ou remplir des formulaires pour plusieurs inutiles [9]. L'Association médicale canadienne (AMC) évalue que les tâches administratives représentent plus de 25 % du travail des médecins de famille [10], des heures qui gagneraient à être mieux investies. Le gouvernement reconnaît ce problème et a entrepris différentes actions pour y remédier. Nommons à ce titre le projet de loi n° 68, *Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins*. La FMEQ applaudit ces initiatives et encourage le gouvernement à continuer dans cette voie. Le dépôt du projet de loi 106 constitue malheureusement un recul sur cet enjeu. La présente situation exige la réduction du fardeau administratif et organisationnel des médecins pour leur redonner le temps de soigner, et non pas une énième couche administrative qui nuit à la valorisation de la profession.

Le MSSS a comme objectif que 55% des résidents québécois soient formés en médecine de famille. Toutefois, ces cibles ne sont pas atteintes vu le nombre important de postes de résidence en médecine familiale qui demeurent non comblés chaque année [11]. Bien que le MSSS soutient plusieurs travaux de valorisation de la médecine de famille, le discours politique et l'ajout de contraintes contrecarrent en grande partie ces efforts. En 2019, la FMEQ a mené une enquête auprès de 852 étudiants en médecine pour évaluer leur intérêt pour la médecine familiale [12]. Les facteurs principaux entretenant une vision négative de la médecine familiale étaient les contraintes imposées aux médecins de famille (71% des répondants) et l'aspect administratif de la pratique (54% des répondants). De manière notoire, 59% des étudiants ont mentionné qu'ils reconsidéreraient leur intérêt en médecine de famille si les contraintes étaient modifiées contre 37% si les aspects administratifs de la pratique étaient revus.

Accès difficile à la première ligne: cibler les vraies causes

Alors que de nombreux Québécois ont difficilement accès à la première ligne, le MSSS a mandaté un groupe d'experts pour guider l'élaboration d'une première politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne. Le rapport, intitulé « Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec » de ce comité, publié le 31 mars 2025, établissait 6 grandes recommandations pour améliorer l'accès à la première ligne:

1. Élaborer une stratégie de développement des ressources humaines en SSPL de façon à augmenter la capacité des équipes et des RLS à répondre aux besoins de la population à l'intérieur du système public
2. Maintenir l'inscription à un(e) médecin de famille ou un(e) IPS au sein d'une équipe interprofessionnelle, sans égard aux caractéristiques sociodémographiques et cliniques des usager(-ère)s comme assise de l'accès universel à des SSPL de qualité
3. Mettre en place une gouvernance de proximité des SSPL alignée avec la responsabilité populationnelle et articulée de façon cohérente avec tous les échelons du système de santé et de services sociaux, afin d'assurer aux SSPL les leviers d'action nécessaires pour organiser et adapter les services en fonction des besoins de la population et des orientations provinciales
4. Investir dans la production du savoir en SSPL pour le déploiement d'un réel système de santé apprenant
5. Assurer un financement public spécifique aux SSPL cohérent avec les orientations annoncées et revoir la contractualisation des milieux cliniques de SSPL recevant ces fonds publics
6. Suivre au niveau populationnel l'atteinte des orientations annoncées par un ensemble de mesures de résultats ayant un grand potentiel de valeur ajoutée pour la population en fonction du quintuple objectif [13]

Dans l'ensemble, la FMEQ partage les constats et solutions proposées par le groupe d'experts. Si le rapport demande de « reconnaître l'inscription comme un outil de politique publique », il demande également de « garantir l'adéquation entre la capacité du réseau et la demande générée par l'inscription ». Comme le gouvernement, nous considérons que l'inscription constitue un levier structurant pour améliorer la première ligne; toutefois le projet de loi 106 ne prend pas en compte la deuxième moitié de l'équation, soit la capacité du réseau à accueillir plusieurs centaines de milliers de nouvelles inscriptions sans ressources financières, humaines ou matérielles additionnelles. Comme les auteurs du rapport, nous considérons que « l'inscription formelle à un(e) professionnel(le) principal(e), bien que soutenue par la littérature, est [...] difficile à mettre en œuvre dans un contexte de pénurie de ressources ».

L'expansion de la pratique privée au Québec constitue également un frein à la prise en charge en première ligne, entraînant une réallocation des ressources financières et humaines du système public vers le système privé et encourageant la création de deux systèmes parallèles qui se font concurrence. Rappelons que dans les dernières années, le gouvernement a recouru à plusieurs mesures accélérant l'expansion du privé, telles la signature de contrats avec des centres médicaux spécialisés [14] et la création de mini hôpitaux privés [15], ce qui a contribué

aux problèmes d'accessibilité du réseau public. Alors que les conditions dans le système public se détériorent, différents professionnels - infirmières, physiothérapeutes et psychologues, pour ne nommer qu'eux - choisissent de partir vers le privé. Par exemple, près de 40 % des psychologues quittent le réseau de la santé au cours des cinq premières années de leur pratique [16]. L'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS) estime qu'environ la moitié des quelque 9000 psychologues de la province ont une pratique privée exclusive ou « mixte » [17]. De nombreuses infirmières praticiennes spécialisées (IPS) s'orientent également vers le secteur privé, ce qui limite leur impact positif sur l'accès à la première ligne [18].

Lors de notre comparution en commission parlementaire pour le PL83, la FMEQ avait proposé la création d'une Table nationale de concertation sur la place du privé dans le système de santé québécois afin d'explorer des mesures structurantes pour encadrer la pratique privée au Québec. Cette Table permettrait de rassembler tous les acteurs en santé, d'échanger de manière productive, de rassembler et de partager nos données, afin de proposer des solutions réalistes et efficaces. La situation actuelle démontre à nouveau la pertinence d'avoir une réflexion de société sur la place du privé dans notre système de santé, réflexion à laquelle nous souhaitons contribuer.

Nous partageons avec le gouvernement la volonté d'améliorer l'accès aux soins pour la population québécoise. Cependant, les solutions proposées par le projet de loi 106 ne s'attaquent pas aux racines profondes des problèmes du réseau, soit le sous-financement chronique, la pénurie de personnel, l'expansion du privé, la lourdeur administrative et la vétusté des infrastructures. En soi, il n'y a rien de mal à vouloir que le système atteigne des cibles; seulement, ces objectifs ne pourront être atteints que si l'on crée les conditions sur le terrain permettant de les réaliser.

COMMENTAIRES PARTICULIERS

Le modèle de rémunération et la définition de la vulnérabilité

Il existe une grande variabilité à l'international dans la manière dont sont rémunérés les médecins, et cette expérience doit éclairer les réflexions des décideurs publics quant au modèle le mieux adapté à la réalité québécoise. Plusieurs études ont été menées pour évaluer l'efficacité comparative d'un modèle de rémunération à l'acte (RAA), par capitation et par salaire fixe. Une revue systématique menée par Cochrane conclut qu'il n'existe pas de système de rémunération parfait et que chacun présente ses particularités:

La RAA conduisait à plus de visites/contacts en médecine générale, à plus de consultations de spécialistes et d'utilisation de services de diagnostic et de traitement, mais à moins d'envois à l'hôpital et d'ordonnances répétées que la capitation. Le respect du nombre recommandé de visites était plus élevé avec la RAA qu'avec le paiement par capitation. La RAA conduisait à plus de visites de patients, à une plus grande continuité des soins et à un plus grand respect du nombre recommandé de visites, mais les patients étaient moins satisfaits de l'accès à leur médecin par rapport au paiement par salaire. [19]

La rémunération mixte, qui incorpore à différentes proportions ces modes de rémunération, apparaît intéressante, car elle permet de combiner les avantages propres de chaque modèle et d'adoucir leurs caractéristiques

indésirables. Dans un bilan publié en 2011, le centre CIRANO statuait que le modèle de RAA instauré à ce moment au Québec ne permettait pas d'atteindre nos objectifs collectifs en santé [20]. Le groupe y conclut que « les économistes de la santé s'entendent pour dire que le système de paiement mixte, grâce à sa flexibilité et à ses nombreux avantages, est le système le plus susceptible de parvenir à certains objectifs que ni le système prospectif (par capitation) ni le système rétrospectif (à l'acte) ne peuvent atteindre ». La FMEQ tend à partager ces conclusions. Notons que le modèle de rémunération actuel intègre déjà des modalités de rémunération mixte [21], ce qui remet en question la nécessité des mesures prévues dans le PL106.

La rémunération est un sujet complexe, et l'évaluation qui en est faite dans ce mémoire est avant tout exploratoire. Nous croyons qu'un modèle mixte a sa place au Québec, pourvu qu'il soit équilibré, équitable et adapté à la réalité terrain. La proportion de chaque mode de rémunération et les remboursements exacts doivent faire l'objet d'un véritable dialogue entre le gouvernement et les médecins, qui connaissent la réalité clinique. Il s'agit selon nous d'une condition sine qua non pour que les changements prévus aient les effets escomptés en matière d'accès à des soins de qualité, et non la seule atteinte de cibles. À ce titre, la FMEQ s'inquiète grandement des implications de l'article 8. Celui-ci stipule qu'« Avec l'approbation du Conseil du trésor, le ministre peut, par règlement [...] établir les modes de rémunération des professionnels de la santé ainsi que les modalités relatives à la gestion de cette rémunération ». Ces modalités pourraient entraver le droit à la négociation, en donnant au ministre des pouvoirs décisionnels unilatéraux.

Un autre enjeu soulevé par le modèle de rémunération par capitation décrit dans le projet de loi est la définition de la vulnérabilité des patients pris en charge. D'abord, il importe de rappeler que la rémunération des médecins est déjà modulée selon la vulnérabilité des patients. Les médecins utilisent des codes de facturation différents pour leurs patients jugés vulnérables, ce qui s'accompagne d'une rémunération supplémentaire. La vulnérabilité est déterminée par la RAMQ selon la présence de certains diagnostics cliniques, et la pertinence des codes de vulnérabilité est discutée de manière périodique avec la FMOQ [22]. Ces échanges ont pour but d'adapter les codes de facturation aux changements de la pratique médicale. Cette flexibilité est menacée par l'inscription des niveaux de vulnérabilité à même le projet de loi, ce qui complexifie leur modification future. Également, la séparation des patients en seulement quatre niveaux de vulnérabilité ne nous apparaît pas suffisamment granulaire pour représenter la réalité clinique. Par exemple, un patient avec un cancer majeur isolé sans autres affections est jugé aussi vulnérable que le même patient qui aurait aussi un trouble de santé mentale majeur. Il est souhaitable que la vulnérabilité soit prise en compte dans la rémunération des médecins, mais celle-ci doit refléter la réalité clinique, et non une réalité arbitrairement simplifiée à des fins de codification administrative.

La prise en charge collective

Le titre du projet de loi 106 - Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux suggère que les médecins doivent être davantage « responsabilisés » quant à l'accès aux soins. Pourtant, la responsabilisation des médecins envers leurs patients est déjà bien ancrée dans la pratique médicale au Québec. Les médecins sont tenus à un engagement éthique et professionnel envers leurs patients, encadré rigoureusement par le Collège des médecins du Québec. Ils ont l'obligation de maintenir leurs compétences à jour par la formation continue, sont soumis à des inspections professionnelles, et doivent rendre des comptes sur la qualité de leur pratique.

Dans une optique d'équité des soins, tous les Québécois doivent pouvoir bénéficier d'une porte d'entrée claire dans le système de santé. Plusieurs actions gouvernementales vont déjà dans cette direction. Le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) offre par exemple une porte d'entrée dans le système de santé pour les patients sans médecin de famille. Un deuxième exemple, le filtre de pertinence, est en expérimentation dans environ 75 GMF à travers la province. Ce modèle a montré qu'entre 10 % et 15 % des demandes pouvaient être redirigées vers un autre professionnel que le médecin [23]. La FMEQ appuie ce genre de mesures qui encouragent le travail interprofessionnel, et permettent que le bon patient soit vu par le bon professionnel au bon moment.

L'état actuel du réseau ne permet pas l'inscription de tous les Québécois auprès d'un médecin de famille. Dans ce contexte, nous appuyons l'idée que chaque patient soit associé à un milieu de soins plutôt qu'à un professionnel précis. Par contre, le PL 106 prévoit que tous les Québécois soient affiliés «de force» à un milieu de pratique, sans tenir compte des capacités réelles des professionnels à prendre en charge des patients. Cette demande revient à imposer l'impossible. Le patient sera peut-être affilié à un milieu, mais seulement sur papier; il ne pourra pas voir un médecin lorsqu'il en aura besoin, car celui croulera sous un nombre de patients dépassant la «capacité d'accueil» de son milieu. Peut-être cela améliorera-t-il des indicateurs sur le tableau de bord du gouvernement, mais si le patient n'a pas accès à un médecin sur le terrain, le fait d'être inscrit ne signifiera concrètement rien pour lui.

Prenons comme analogie la crise du logement. Tous reconnaissent qu'il manque d'appartements et de maisons au Québec, et que nous devons accélérer leur construction pour rééquilibrer l'offre et la demande. Malgré le sérieux du problème, il serait loufoque d'exiger par la loi que tous les Québécois aient un logement qui leur soit affilié indépendamment des unités disponibles. Comme pour le réseau de la santé, le manque de ressources matérielles et humaines rend cette tâche impossible à court terme, particulièrement en l'absence de planification structurante.

En outre, le projet de loi 106 prévoit la répartition des patients orphelins entre les départements médicaux territoriaux, en favorisant l'affiliation des patients «à un milieu de pratique situé à proximité de leur lieu de résidence.» Dans le même ordre d'idée, l'article 3 prévoit qu'«une personne est désaffiliée d'un milieu de pratique [si] cette personne s'est établie en dehors du territoire du département territorial de médecine familiale ». Cette clause est difficilement explicable. Concrètement, si un patient déménage de seulement quelques kilomètres, mais dans un département territorial différent, celui-ci perdrait son médecin de famille, ce qui est absurde. De

plus, des situations particulières, par exemple celles des étudiants qui déménagent temporairement, demeurent floues et devront être clarifiées.

Les objectifs de performance

Le projet de loi 106 prévoit que la rémunération des médecins soit liée à des indicateurs de performance locaux, territoriaux et nationaux, afin d'encourager les médecins à orienter leur pratique selon les priorités ministérielles. L'objectif principal d'une rémunération incitative est, le nom l'indique, d'inciter des travailleurs à changer leur comportement en effectuant des tâches que l'employeur juge bénéfiques.

Puisque les médecins à titre individuel n'ont qu'une influence négligeable sur l'atteinte d'objectifs nationaux, nous considérons que ces derniers ne doivent pas être liés à leur rémunération. En effet, tous les médecins seraient pénalisés pour des indicateurs qui ne dépendent pas réellement d'eux; par exemple, un omnipraticien à Chicoutimi n'a aucun pouvoir sur la performance d'un autre à Montréal. Le seul effet de cette mesure serait de décourager les médecins. Imaginons qu'une mesure similaire soit proposée dans le réseau scolaire; cela reviendrait à lier la rémunération d'un professeur individuel à la moyenne nationale aux examens du ministère. Celui-ci pourrait avoir les meilleures méthodes pédagogiques, être apprécié de ses élèves et être disponible pour ceux en difficulté; qu'importe, ce sera la performance d'autres professeurs, et non la sienne, qui déterminera sa rémunération. Nous ne nous opposons pas à l'existence d'objectifs nationaux ni d'objectifs territoriaux, qui peuvent être utiles pour diriger des efforts systémiques en santé; seulement, les lier à la rémunération ne peut être que contre-productif. Ces objectifs doivent avant tout servir de signaux d'alarme, qui permettent de réévaluer la pertinence et l'efficacité des mesures locales en place.

Au contraire, des objectifs locaux, soit des objectifs associés à un milieu de pratique, peuvent, s'ils sont clairs, mesurables et cliniquement pertinents, améliorer l'efficacité du système de santé. Certaines initiatives internationales méritent à ce titre notre attention. En France et au Royaume-Uni, des objectifs sont utilisés pour favoriser un meilleur suivi des patients, renforcer les efforts de prévention et améliorer certains indicateurs de santé publique. En France, le programme ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique) s'appuie sur des objectifs liés à la prévention, à la qualité du suivi et à la pertinence des prescriptions [24]. Au Royaume-Uni, le Quality and Outcomes Framework (QOF) incite pour sa part les médecins généralistes à atteindre des cibles cliniques précises, comme la gestion de l'hypertension ou le suivi du diabète [25]. Pour être des leviers de changement, ces objectifs doivent être centrés sur les soins, et non sur des indicateurs arbitraires. Comme au Royaume-Uni et en France, ils doivent prioriser la qualité des soins à la performance comptable, notamment en garantissant un suivi adéquat des maladies chroniques et des programmes de dépistage. Des initiatives similaires pourraient redonner à la prévention un rôle principal dans le système de santé, un changement nécessaire alors que la population vieillit et que les coûts des soins créent un poids sur les finances publiques.

Pour être efficaces, des indicateurs doivent être déclinés à petite échelle et gérés par les médecins, qui savent comment adapter leur pratique afin de les atteindre. La définition de ces objectifs doit également se faire selon un modèle de gouvernance partagée. Les acteurs sur le terrain, comme la FMOQ, la FMSQ et les DRMG, doivent être pleinement impliqués dans la sélection des objectifs et des indicateurs utilisés pour les mesurer, autrement

ceux-ci seront déconnectés de la pratique clinique. Si une rémunération est associée à la réalisation de ces objectifs locaux, celle-ci devrait prendre la forme d'une prime à la performance, et non d'une sanction. De plus, la ventilation de ces bonifications doit être gérée localement, afin de garantir une adaptation optimale aux besoins et à la réalité de chaque milieu.

Des objectifs qui ne respectent pas les critères précédents risquent de créer une vision tunnel où l'atteinte d'indicateurs accapare l'attention du médecin, au détriment de la santé globale du patient. Selon le centre CIRANO, les indicateurs de performance ont comme risque « de créer une situation où les médecins ciblent leurs procédures sur des aspects facilement mesurables au détriment de procédures dont les résultats sont difficilement observables » [20]. Il existe également un risque que la multiplication d'objectifs s'accompagne d'une multiplication de paperasse et de mécanismes pour vérifier l'imputabilité des médecins, ce qui irait à contresens des initiatives gouvernementales pour réduire leur fardeau administratif. Il ne faut pas que le médecin passe plus de temps à prouver qu'il a atteint un objectif qu'il en passe à gérer concrètement la situation médicale qui y est associée.

RECOMMANDATIONS



- **Retirer la rémunération liée aux objectifs nationaux et territoriaux**
- **Si des objectifs locaux sont établis, ceux-ci doivent :**
 - Être définis en partenariat avec les acteurs sur le terrain
 - Prendre en compte la santé globale du patient et s'inscrire dans une vision de prévention et de santé publique
 - Minimiser la paperasse et les mécanismes utilisés pour vérifier leur atteinte
 - Ne pas impliquer de pénalités, et si une rémunération leur est associée, qu'elle prenne la forme de bonus ventilés localement
- **Retirer la notion d'affiliation obligatoire à un milieu de soins**
- **Évaluer les modalités exactes d'un mode de rémunération mixte dans le cadre des négociations avec les fédérations médicales**
- **Retirer la définition explicite des niveaux de vulnérabilité, ceux-ci pouvant être déterminés en dehors du cadre d'un projet de loi**
- **Modifier le projet de loi pour s'assurer qu'un patient ne perde pas son affiliation à un médecin ou un milieu de soins en déménageant dans un département territorial différent**
- **Abroger l'article 8 afin de garantir le droit de négociation**
- **S'appuyer sur les recommandations du comité d'experts mandaté par le MSSS dans le cadre de l'élaboration de la première politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne.**
- **Renforcer les effectifs en première ligne (infirmières, physiothérapeutes, psychothérapeutes, etc.) et favoriser une approche de soins interdisciplinaire**
- **Réduire la charge administrative en première ligne afin de libérer du temps clinique**
- **Assouplir les contraintes de pratique, incluant les contrats prévus dans le PL83, les PREM, les PEM et les AMP**
- **Accroître les investissements dans les infrastructures physiques et numériques pour améliorer l'efficacité du réseau**
- **Revaloriser la médecine familiale dans le discours public et politique**
- **Créer une Table nationale de concertation sur la place du privé dans le système de santé québécois pour réunir le gouvernement, le MSSS, les Fédérations médicales et étudiantes et d'autres acteurs du système de santé**

BIBLIOGRAPHIE



- [1] Fédération médicale étudiante du Québec, « Combiner quantité et qualité: la formation médicale délocalisée comme réponse à la hausse des admissions et la pénurie de médecins », avr. 2024, [En ligne]. Disponible à: https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2024/04/jap_campus_deloc_20240414_v4.pdf
- [2] Coalition Avenir Québec, « Orientations en santé de la CAQ 2018. Pour un système de la santé plus accessible, plus efficace et plus décentralisé ». 2018. [En ligne]. Disponible à: https://coalitionavenirquebec.org/wp-content/uploads/2018/08/document_orientations_sante_2018.pdf
- [3] « PL106 – Manque-t-il de médecins de famille au Québec? », Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. Consulté le: 21 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/medecins-famille-quebec/>
- [4] S. Dion, « Causes et solutions à la pénurie de médecins de famille », 18 octobre 2021. Consulté le: 27 décembre 2023. [T.V.A. Nouvelles]. Disponible à: <https://www.journaldemontreal.com/2021/10/18/causes-et-solutions-a-la-penurie-de-medecins-de-famille>
- [5] Z. S.- ICI.Radio-Canada.ca, « L'Ontario devance le Québec en matière d'accès aux soins de santé », Radio-Canada. Consulté le: 24 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1869647/acces-soins-sante-ontario-quebec-comparaison>
- [6] B. Fortin, J. Ndoutoumou, J. Gbeto, et M. Laberge, « Attirer les médecins de famille en région ? Oui c'est possible », CIRANO, janv. 2025. doi: 10.54932/AHPP1367.
- [7] Fédération médicale étudiante du Québec, « Perspective de la relève médicale du Québec: Loi visant à rendre le système de santé et des services sociaux plus efficace ». 8 mai 2023. [En ligne]. Disponible à: <https://drive.google.com/file/d/1VMViuwYfma6TpghxT8sbninSIDJNxF/view>
- [8] Fédération médicale étudiante du Québec, « Mémoire de la FMEQ: Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux ». 6 février 2025. [En ligne]. Disponible à: https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2025/02/PL83_memoire_20250204_4.pdf
- [9] Z. P.- ICI.Radio-Canada.ca, « Formulaires médicaux : les médecins pointent des « absurdités » », Radio-Canada. Consulté le: 24 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2103434/formulaires-medicaux-medecins-assureurs-ramq>
- [10] Z. S.- ICI.Radio-Canada.ca et Z. S.- ICI.Radio-Canada.ca, « L'AMC veut la fin des notes de médecins pour les absences de courte durée », Radio-Canada. Consulté le: 21 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2115821/amc-abolition-notes-medecins-courtes-absences>
- [11] « Second tour du CaRMS: les résultats sont tombés », Profession Santé. Consulté le: 24 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.professionsante.ca/second-tour-du-carms-les-resultats-sont-tombes>
- [12] Fédération médicale étudiante du Québec, « La médecine de famille au coeur de la première ligne et sa valorisation auprès des étudiants en médecine ». 18 mars 2019. Consulté le: 21 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire-Valorisation-Medecine-Familiale.pdf>
- [13] E. Boulanger, M. Breton, et A. Groulx, « Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec », mars 2025. Consulté le: 24 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2025/05/Rapport_Orientations_1ere_ligne_vf.pdf
- [14] M. Isabel, « Les centres médicaux spécialisés, une fausse bonne solution », La Presse, 16 mars 2023. Consulté le: 23 janvier 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2023-03-16/les-centres-medicaux-specialises-une-fausse-bonne-solution.php>
- [15] « Réforme Dubé | Les mini-hôpitaux privés, une vieille idée qui répète les erreurs du passé », Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. Consulté le: 23 janvier 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante-et-services-sociaux/mini-hopitaux-privés/>

BIBLIOGRAPHIE



- [16] Z. S. Radio Canada, « « Par dépit », les psychologues quittent de plus en plus le réseau public », Radio-Canada. Consulté le: 19 janvier 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2125228/psychologues-public-demission-sante-mentale>
- [17] Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, « Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec et ses remèdes », oct. 2023. Consulté le: 24 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://iris-recherche.qc.ca/publications/crise-sante-mentale/>
- [18] M.-E. Cousineau, « Dossier: Infirmières praticiennes spécialisées | Le privé séduit aussi les IPS (2 articles) », La Presse, 12 novembre 2024. Consulté le: 24 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/infirmieres-praticiennes-specialisees/le-privé-séduit-aussi-les-ips/2024-11-12/infirmieres-praticiennes-specialisees/enquete-d-un-equilibre.php>
- [19] T. Gosden et al., « Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians », *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 2011, no 10, juill. 2000, doi: 10.1002/14651858.CD002215.
- [20] CIRANO, « Les systèmes de rémunération des médecins et leurs enjeux », dans *Le Québec économique: Un bilan de santé du Québec*, 2011. Consulté le: 24 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: https://qe.cirano.qc.ca/sites/default/files/Chapitres_PDF/Qe2011/qe2011_ch08.pdf
- [21] Collège des médecins de famille du Canada, « Une rémunération équitable et juste pour les médecins de famille », nov. 2023. [En ligne]. Disponible à: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resourses/Health-Policy/HPGR-Equitable-and-Fair-Remuneration-Nov23-FR.pdf>
- [22] Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, « Guide de gestion : Révision des codes de vulnérabilité ». Consulté le: 24 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: https://fmoq.s3.amazonaws.com/pratique/ententes/Guidegestioncodesvulnerabilite_version%20finale.pdf
- [23] P. Bellerose, « Projet de loi 106: ce ne sera plus «un patient, un médecin» », *Journal de Montréal*, 8 mai 2025. Consulté le: 24 mai 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.journaldequebec.com/2025/05/08/projet-de-loi-tous-les-quebecois-inscrits-a-un-milieu-de-soins>
- [24] M.-A. Sanchez, S. Sanchez, L. Bouazzi, L. Peillard, A. Ohi-Hurtaud, et C. Quantin, « Does the implementation of pay-for-performance indicators improve the quality of healthcare? First results in France », *Front. Public Health*, vol. 11, mars 2023, doi: 10.3389/fpubh.2023.1063806.
- [25] S. J. Gillam, A. N. Siriwardena, et N. Steel, « Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review », *Ann. Fam. Med.*, vol. 10, no 5, p. 461-468, 2012, doi: 10.1370/afm.1377.