

CSSS-009M

C. P. PL 106

Loi responsabilité collective imputabilité médecins  
amélioration accès services médicaux

# Commentaires sur le projet de Loi 106

## Allier science et pratique

**Mylaine Breton**, MBA, Ph.D. Chaire de recherche du Canada en gouvernance clinique des services de première ligne , Professeure titulaire, Université de Sherbrooke

**Élise Boulanger**, MD, BEng, MSc, CCMF, Co-fondatrice et médecin responsable GMF Clinique Indigo, Chargée d'enseignement clinique, Université McGill

**Marie-Dominique Beaulieu**, CM, CQ,MD, CCMF, Professeure émérite, Université de Montréal, Ordre du Canada, Ordre national du Québec

**Catherine Lamoureux-Lamarche**, Ph.D., Professionnelle de recherche, Université de Sherbrooke

27 mai 2025



# Le projet loi 106 (PL)

## **Une finalité ambitieuse et courageuse que nous reconnaissons:**

- Le projet de loi 106 *"vise principalement à améliorer l'accès aux services médicaux en assurant la prise en charge de toute personne assurée dans le un milieu de pratique de première ligne ainsi qu'en favorisant l'atteinte d'objectifs par les médecins"*
- Le projet de loi fait également *"de la prise en charge d'une personne assurée affiliée à un milieu de pratique un service assuré au sens de la Loi sur l'assurance maladie."*

**Mais une approche et une manière d'aborder les enjeux que nous ne pouvons soutenir.**

**Ce sont de ces enjeux et solutions à apporter dont nous souhaitons vous entretenir aujourd'hui.**

# Les 4 éléments problématiques du PL

1. Responsabilité populationnelle centrée uniquement sur les médecins.
2. Inscription telle qu'énoncée n'engage pas explicitement l'État.
3. Danger d'appropriation par l'État des modalités de prise en charge de la population selon les niveaux de vulnérabilité définis par l'État.
4. Stratégies coercitives, fondées sur des mesures de performance imposées et susceptibles de cristalliser des pratiques désuètes plutôt que de favoriser la transformation.

1

# La responsabilité populationnelle ne peut qu'être partagée.

- Faire porter la responsabilité populationnelle de l'accès aux services de première ligne uniquement sur les médecins est une vision archaïque et révolue des services de santé.
- La première ligne repose sur des **équipes interprofessionnelles** et une coordination locale territoriale avec les différents acteurs dont les services spécialisés.
- Ce sont les structures de gouvernance locale qui sont responsables des conditions de succès de l'atteinte des objectifs.

## 2

# L'inscription est un outil de politique publique qui engage trois parties.

Figure inspirée de Marchildon et al., 2021



- **La responsabilité de l'État n'est pas explicitée dans le PL.**
- Si l'État n'assume pas sa part, l'inscription perd son potentiel transformateur et crée de la résistance (postes non dotés en GMF, rehaussement des équipes qui n'est pas au rendez-vous)
- L'inscription formelle ne peut pas être un simple mécanisme administratif : elle doit s'inscrire dans un cadre clinique et organisationnel cohérent.

# 3

## L'État ne doit pas s'ingérer dans des modes d'organisation et d'affiliation en fonction de la condition clinique des usagers.

- Les outils administratifs sont insuffisants et imparfaits pour **évaluer la vulnérabilité** avec justesse et équité.
  - La méthodologie proposée sert principalement à la planification des services de santé, à l'analyse des besoins à l'échelle populationnelle et à la gestion des ressources
  - Elle ne capte ni la complexité clinique ni les réalités socio-économiques des patients.
- La vulnérabilité est contextuelle, dynamique, multifactorielle, et doit être évaluée avec le patient, souvent dans une relation de confiance.
- L'imposition par l'État de modèles de prise en charge fondés sur des classifications rigides risque d'aggraver les iniquités.
  - Cela compromet la capacité d'adaptation des soins aux besoins réels et ultimement la pertinence et la qualité des soins pour les patients.

# 4

## Miser sur des stratégies non coercitives fondées sur des mesures de performance basées sur les résultats.

- Les mesures de performance choisies doivent être pertinentes, actionnables par les personnes mesurées, fiables et convenues consensuellement.
- Pays étudiés (P4P) ne dépassent pas 10% du revenu des médecins et sont fondés sur des mesures de qualité. (Tikkanen et al. 2020)
- Danger de cristalliser des pratiques révolues en mesurant la volumétrie.
- Stratégies non coercitives à mettre de l'avant
  - Infrastructure de données fiables, comparables et facilement accessibles pour soutenir les pratiques réflexives.

# L'Ontario : un exemple inspirant

## Loi sur les soins primaires (mai 2025)

### Une loi-cadre déclarative

- Elle crée un cadre de responsabilité populationnelle collective explicite.
- Elle définit 6 résultats communs à atteindre : relation continue, soins connectés, accès en temps opportun, inclusion, autonomie numérique, transparence.
- Elle fonde l'accès aux soins de première ligne dans la loi par l'accès à une équipe.
- Elle est ancrée dans la vision d'affiliation de 100% des citoyens à un médecin de famille ou une IPS

Ce projet de loi fait partie du **Plan d'action pour les soins primaires** qui s'échelonnera sur les 4 prochaines années

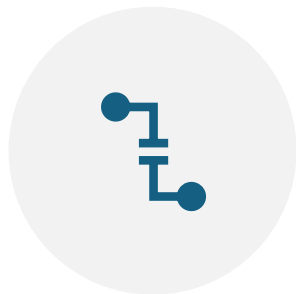
# Les 4 messages clés



La responsabilité populationnelle est partagée entre les acteurs du milieu et assumée au niveau du territoire – non uniquement par les médecins;



L'inscription est un outil de politique publique qui engage trois parties: l'État, les milieux cliniques ou les professionnels (selon le type d'inscription) et les patients. Les responsabilités de chacun doivent être explicites;



Les modalités de prise en charge et l'évaluation de la vulnérabilité doivent être définies en milieu clinique, en partenariat avec les patients;



Les stratégies non coercitives sont plus efficaces pour fédérer l'engagement des parties prenantes dans l'atteinte des objectifs visés.

# Conclusion

- Le projet de Loi 106 ne permettra pas d'atteindre la finalité annoncée.
  - Il s'agit d'un moyen actuellement mésadapté, contre-productif qui risque de cristalliser les éléments dysfonctionnels actuels et qui ne comporte pas les orientations essentielles pour se doter d'une première ligne forte et efficiente au Québec.
- Nous recommandons de revoir fondamentalement l'approche du projet de Loi pour en faire un réel projet de transformation durable des services de première ligne
  - Miser sur la politique de première ligne et son plan d'action à venir pour créer une visibilité claire sur les étapes (feuille de route)
  - Miser sur la mobilisation, la co-construction, et le renforcement de la gouvernance locale de la première ligne
  - Soutenir une transition planifiée et graduelle sur un échéancier réaliste

# Références

- Gouvernement de l'Ontario. Plan d'action de l'Ontario pour les soins primaires: Donner à chaque personne de l'Ontario l'accès à des soins primaires. 2025. <https://www.ontario.ca/files/2025-02/moh-ontario-primary-care-action-plan-overview-fr-2025-02-07.pdf>
- Marchildon GP, Brammli-Greenberg S, Dayan M, et al. Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. *Health Policy*. Dec 2021;125(12):1507-1516. doi:10.1016/j.healthpol.2021.09.001
- Projet de loi 13: Loi concernant les soins primaires, 13, Gouvernement de l'Ontario, 1re session sess (2025). 7 mai 2025. [https://www.ola.org/sites/default/files/node-files/bill/document/pdf/2025/2025-05/b013\\_f.pdf](https://www.ola.org/sites/default/files/node-files/bill/document/pdf/2025/2025-05/b013_f.pdf)
- Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G. International profiles of health care systems. *The Commonwealth Fund*. 2020;12:228.
- Boulanger, E., Breton, M., Groulx, A. et al. (2025). *Rapport et recommandations pour soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*. Unité de soutien SSA Québec. <https://ssaquebec.ca/nouvelles/rapport-premiere-ligne-quebec/>