

Mémoire de l'AMC

Projet de loi no 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 29 mai 2025

À propos de l'Association médicale canadienne (AMC)

Fondée en 1867 à Québec, l'Association médicale canadienne (AMC) est un regroupement pancanadien de médecins et de médecins en devenir engagés dans l'amélioration du système de santé. Forte d'une longue tradition de leadership médical, l'AMC œuvre pour bâtir un avenir où la santé est accessible à tous et à toutes et où les professionnels et professionnelles de la santé disposent des conditions nécessaires pour exercer leur mission efficacement.

L'AMC poursuit trois grands objectifs :

- **Créer un système de santé viable et accessible** en mettant les patients et patientes au cœur des soins et en assurant une prise en charge efficace et durable.
- **Favoriser une culture médicale axée sur l'équité, la diversité et le bien-être des médecins**, afin d'assurer un environnement de travail respectueux et inclusif.
- **Promouvoir des communautés en santé** où chaque individu, peu importe son origine, sa situation ou son code postal, peut bénéficier d'un accès équitable aux soins de santé.

Les enjeux prioritaires de l'AMC

Dans un contexte où le système de santé fait face à de nombreux défis, l'AMC concentre ses efforts sur trois enjeux majeurs :

- **La réduction du fardeau administratif**, permettant aux médecins de consacrer plus de temps aux soins plutôt qu'à des tâches administratives lourdes.
- **La santé physique et mentale des médecins**, un facteur clé pour assurer la qualité des soins prodigués à la population.
- **La planification des ressources humaines en santé**, essentielle pour anticiper et répondre aux besoins croissants en personnel médical.

L'AMC au Québec : un engagement concret

L'AMC joue un rôle actif au Québec en soutenant le leadership médical et en favorisant l'implication des professionnels et professionnelles de la santé dans l'élaboration des politiques publiques. Parmi ses initiatives phares :

- **L'investissement dans le leadership médical**, permettant aux médecins de contribuer aux décisions stratégiques en matière de santé.
- **L'organisation du Colloque des médecins leaders du Québec**, un événement annuel réunissant médecins gestionnaires et des décisionnaires du domaine de la santé pour discuter des défis et des solutions à apporter au système de soins québécois.

Un travail de représentation à tous les niveaux

L'AMC porte la voix des médecins et de la patientèle auprès des instances gouvernementales aux niveaux fédéral, provincial et territorial. Elle met de l'avant des solutions innovantes et des recommandations pour garantir l'amélioration et la pérennité du système de santé.

Porte-parole de l'AMC au Québec

Le D^r Jean-Joseph Condé, médecin de famille à Val-d'Or, représente le Québec au Conseil d'administration de l'AMC. Son rôle est d'assurer une présence forte au sein de l'AMC et de faire entendre les préoccupations et les propositions des médecins du Québec. Le D^r Condé est également porte-parole francophone de l'AMC au niveau pancanadien.

Résumé exécutif

Dans tous les systèmes de santé, une collaboration solide entre le gouvernement, d'une part, et ses médecins, d'autre part, est essentielle pour améliorer l'accès aux soins et assurer une réponse efficace aux besoins de la population. L'expérience a démontré que le dialogue et la concertation sont incontournables pour bâtir un système plus équitable et performant, au bénéfice de la patientèle. La quasi-totalité des provinces canadiennes en est d'ailleurs arrivée à ce constat, et a conclu, dans les dernières années, des partenariats structurants avec leurs médecins.

C'est en grande partie pourquoi l'AMC observe avec inquiétude la détérioration importante de la relation névralgique entre le gouvernement du Québec et ses médecins de famille et spécialistes. Au cours des derniers mois, le gouvernement du Québec avait déjà jeté un pavé important dans la marre, avec l'adoption d'un projet de loi instaurant un service médical obligatoire d'une durée de cinq ans dans le réseau public aux nouveaux diplômés en médecine. Il rompait ainsi avec une tradition de collaboration en introduisant des clauses pénales et des obligations contractuelles contraignantes pour les nouveaux médecins.

Avec le 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*, le gouvernement du Québec semble s'enfermer dans une logique de confrontation avec le corps médical québécois. Loin d'être garante d'une amélioration des soins de santé offerts dans la province, la pièce législative apparaît plutôt comme une tentative des autorités gouvernementales de se délester de la responsabilité collective qu'ils ont en matière d'accessibilité en l'imposant plutôt aux médecins, par le biais de cibles à atteindre et ce, sans égard aux conditions réelles de pratique ni aux contraintes systémiques, qui elles aussi sont bien réelles et nombreuses. Les médecins spécialistes sont eux aussi

durement touchés : on exige d'eux une plus grande performance alors même que les plateaux techniques nécessaires à la réalisation des interventions sont souvent inexistantes ou indisponibles. Ce décalage illustre bien l'ampleur des obstacles structurels qui entravent l'amélioration de l'accès.

Par cette mesure sans précédent au pays, le Québec cherche à imputer aux médecins la responsabilité d'un revers organisationnel beaucoup plus large touchant toute la réorganisation des soins de santé. L'AMC dénonce cette approche : le gouvernement devrait plutôt fournir aux médecins les outils nécessaires leur permettant de contribuer à l'amélioration du système. L'accès aux soins de santé est un enjeu réel que la communauté médicale tout entière prend très au sérieux, mais il ne sera pas résolu par la coercition et par une rupture du dialogue.

Lors du dépôt du projet de loi 106, l'AMC a fait part de la vive déception de la communauté médicale d'être ainsi tenue pour responsable d'un échec structurel dont elle subit elle-même les conséquences au quotidien. Puisqu'il n'est jamais trop tard pour bien faire, l'AMC appelle le gouvernement à retirer son projet de loi, et à plutôt renouer les discussions avec les médecins québécois, en s'inspirant de l'exemple éclairant des autres provinces canadiennes, qui est d'ailleurs détaillé dans le présent mémoire. C'est de cette manière, et de cette manière uniquement, que nous serons collectivement en mesure d'améliorer concrètement le système de santé québécois.

Un constat légitime, une approche erronée

Le projet de loi 106 part d'un constat que personne, au Québec, ne remet en question : encore aujourd'hui, trop de Québécois et de Québécoises n'ont pas accès à un médecin de famille ou peinent à obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables. Ce constat est certes juste, mais l'analyse gouvernementale de ses causes est incomplète et dénuée de nuances importantes, et ses conclusions sont erronées.

En effet, pour justifier la présente pièce législative, le gouvernement soutient qu'un tiers des médecins ne travailleraient pas suffisamment, mais cette affirmation repose sur une lecture imparfaite des données. En l'état actuel, la seule mesure disponible repose sur les actes médicaux facturés à la Régie de l'Assurance maladie du Québec (RAMQ), c'est-à-dire uniquement les moments où les médecins voient des patients.

Or, une grande part du travail médical s'effectue en dehors de ces consultations : préparation de dossiers, coordination clinique, tâches médico-administratives, suivis complexes, enseignement, gestion de clinique. Ainsi, les heures consacrées à la patientèle ne constituent que la pointe de l'iceberg visible du travail. Contrairement à la Colombie-Britannique, le Québec ne dispose d'aucun mécanisme pour reconnaître et comptabiliser le « temps invisible ».

En Colombie-Britannique, les médecins peuvent utiliser un code de facturation pour enregistrer le temps passé à des tâches administratives¹. Ce n'est pas tant le montant versé qui importe, mais la reconnaissance institutionnelle de ce travail, et la capacité de mieux comprendre l'engagement réel des médecins. Un système semblable au Québec

permettrait non seulement de mieux évaluer qui travaille à temps partiel, mais aussi de documenter les contributions indirectes au fonctionnement du réseau, comme l'enseignement, la supervision ou le suivi de cas plus lourds. Avant de poser un jugement sur le niveau d'engagement des médecins, encore faut-il pouvoir mesurer adéquatement l'ensemble de leurs activités, tant cliniques que paracliniques.

De manière encore plus importante, le projet de loi 106 repose sur l'idée, irréaliste, que l'on peut améliorer l'accès en imposant des cibles de performance, alors même que les conditions nécessaires à cette performance ne sont pas réunies. Ces conditions propices passent notamment par des investissements soutenus dans la modernisation des équipements, la rénovation et l'entretien des infrastructures de santé, l'intégration d'outils technologiques efficaces, ainsi que l'embauche de personnel clinique et administratif en nombre suffisant. Ainsi, pendant que les autres provinces choisissent de soutenir leurs professionnels de la santé en investissant dans le réseau public, le gouvernement du Québec lui fait le pari inverse, en coupant 1,5 milliard de dollars dans le budget de son réseau public de la santé, tout en exigeant des médecins qu'ils fassent plus avec moins. Les médecins spécialistes en sont un exemple frappant : on attend d'eux qu'ils augmentent leur productivité, alors qu'ils doivent composer avec des barrières structurelles tels que des délais d'accès aux plateaux techniques, des salles d'opération sous-utilisées faute de personnel et un manque de ressources qui limite leur capacité à traiter la patientèle efficacement.

Alors que, comme nous le verrons plus tard, la plupart des provinces ont misé sur des incitatifs pour encourager la contribution des médecins à l'amélioration de l'accès, le Québec, lui, entend malheureusement devenir la seule province, à ce jour du moins, à introduire une pénalité pouvant atteindre 25 % de la rémunération en cas de non-atteinte des objectifs fixés par l'État. Cette approche, punitive et déconnectée des réalités de la pratique, ne peut que nourrir le sentiment d'injustice ressenti sur le terrain.

En effet, on ne peut exiger des résultats sans garantir d'abord que les ressources seront là : du personnel infirmier dans les cliniques, du soutien administratif, des outils numériques interopérables, et un environnement de travail cohérent. Les médecins sont partie prenante pour trouver des solutions. Bien évidemment, ils ne peuvent être tenus responsables d'un accès qui se dégrade lorsque les leviers qui leur permettraient de corriger la situation leur sont retirés.

Les véritables causes du manque d'accès aux soins de première ligne

La réalité du terrain est déjà bien documentée. La pénurie de main-d'œuvre, le vieillissement de la population, la lourdeur du fardeau administratif et l'absence d'interopérabilité entre les systèmes freinent considérablement l'accessibilité aux soins.

Il serait irresponsable de parler d'accessibilité aux soins sans s'attaquer à la question centrale : le manque criant de ressources humaines en santé. Ce déficit structurel dépasse de loin la seule organisation du travail des médecins. En 2023, la moyenne de nouveaux diplômés en médecine dans les pays de l'OCDE était de 14,2 pour 100 000 habitants. Le Canada se retrouve au bas de la liste, avec 7,5 nouveaux médecins pour 100 000 habitants, devant seulement le Japon, la Corée du Sud et Israël. Il existe actuellement au Canada un déficit de 22 823 médecins de famille pour répondre à la demande, et il n'y a qu'environ 1 300 nouveaux diplômés par année. À ce rythme, le Canada ne règlera jamais le problème de la pénurie de médecins. Cette projection alarmante a été publiée par la D^{re} Geneviève Moineau en janvier 2025². Sa conclusion est sans ambiguïté : si le pays ne transforme pas de manière radicale sa façon de former, de retenir et de soutenir ses professionnels de la santé, il ne sera pas en mesure de répondre à la croissance des besoins de la population.

Ces chiffres ne relèvent pas de la spéculation, ils traduisent une réalité documentée et déjà perceptible sur le terrain. Le vieillissement accéléré de la population, la multiplication des cas complexes, les départs massifs à la retraite et la capacité limitée des universités à former la relève forment un cocktail explosif. Ce phénomène national prend une ampleur particulière au Québec, où plusieurs facteurs aggravants s'ajoutent : vétusté des infrastructures, sous-financement chronique, multiplication des tâches médico-administratives, pénurie de personnel de soutien dans les groupes de médecine familiale (GMF), et fragmentation des systèmes d'information qui nuit à la fluidité des soins.

À l'heure où le gouvernement du Québec cherche à améliorer l'accès à son réseau de la santé public, de même que la qualité des soins qui y sont offerts, il est ainsi déconcertant de constater que celui-ci a fait le choix, au cours des derniers mois, d'amputer son budget de la santé de plus de 1,5 milliard de dollars. De telles coupures se traduiront inévitablement par le non-remplacement, voire l'abolition de centaines de postes dans le réseau de la santé, ce qui aura un effet contraire à celui recherché par le gouvernement. Nous ne le dirons jamais assez : la racine du problème, c'est le manque flagrant de ressources humaines en santé. Infirmières et infirmiers, psychologues, nutritionnistes, spécialistes en santé mentale et physiothérapeutes. Le système a besoin de ces ressources.

Ces professionnels sont essentiels à une première ligne fonctionnelle. Il faut investir massivement pour renforcer leur présence, en particulier dans les GMF, où le personnel est dramatiquement insuffisant. Tant que les CISSS et les CIUSSS n'auront pas comme priorité explicite de doter les cliniques en personnel, il sera impossible de réduire l'achalandage aux urgences. Parallèlement, il faut continuer à augmenter les capacités de formation pour répondre aux besoins à long terme. Comme on ne peut pas prétendre améliorer l'accès aux soins tout en affaiblissant les fondations mêmes du système, il apparaît essentiel que le ministre de la Santé, Christian Dubé, convainque le gouvernement du Québec de faire marche arrière.

Un projet de loi en rupture avec les recommandations du comité d'experts sur la première ligne

En mars 2025, le gouvernement du Québec a mandaté un comité d'experts pour guider l'élaboration de la toute première politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne. Ce comité, composé de médecins, de chercheurs, de cliniciens et de représentants de la patientèle, a formulé une série de recommandations visant à transformer durablement la première ligne au Québec. Ce rapport³ plaide pour une approche intégrée, collaborative et ancrée dans les réalités locales. Or, le projet de loi 106 s'en éloigne de manière flagrante.

Alors que le rapport appelle à renforcer les équipes interprofessionnelles, à décentraliser la gouvernance, à améliorer la coordination territoriale et à investir dans les ressources humaines et l'infrastructure de données, le projet de loi 106 impose plutôt une vision basée sur la performance individuelle des médecins, mesurée à travers des objectifs déconnectés du terrain et assortie de pénalités. Il ne tient aucunement compte des recommandations du comité, qui pourtant soulignait que l'efficacité de l'inscription à un professionnel de la santé dépend de son cadre global qui comprend des équipes soutenues, des leviers locaux et une coordination intersectorielle.

Plus encore, le comité recommandait de ne pas adopter d'approche fragmentée ou sélective, insistant sur l'interdépendance des mesures nécessaires à la transformation de la première ligne. En cela, le projet de loi 106 contredit l'esprit même du mandat gouvernemental. Il impose des obligations aux médecins sans s'assurer que les conditions de réussite, structurelles, humaines et technologiques, soient réunies. Une politique publique cohérente ne peut exiger des résultats en niant les recommandations formulées par les experts choisis par ce même gouvernement.

L'AMC déplore cette rupture. Le gouvernement a entre ses mains un rapport complet, fondé sur des données probantes, qui lui offre une feuille de route pour réformer en profondeur l'accès à la première ligne. Plutôt que de s'en inspirer, il propose une réforme

coercitive qui fait abstraction du consensus scientifique et de l'expertise du milieu. Il est encore temps de corriger cette trajectoire malheureuse. Ce n'est pas par la contrainte, mais par l'adhésion des médecins et la mise en œuvre de solutions systémiques que le Québec pourra bâtir une première ligne forte, accessible et équitable.

Les solutions éprouvées : technologie, collaboration, valorisation

Le débat sur l'accessibilité aux soins ne peut se baser sur une évaluation de la productivité individuelle des médecins sans tenir compte des heures réellement travaillées, souvent mal reflétées par les mécanismes actuels de déclaration, ni du contexte difficile dans lequel s'exerce la pratique médicale au quotidien.

Depuis plusieurs années, l'AMC met de l'avant des solutions concrètes, reconnues à travers le pays, pour transformer la première ligne : renforcement des équipes interprofessionnelles, innovation technologique, réduction du fardeau administratif et valorisation du travail médical dans toutes ses dimensions.

Les équipes de soins constituent un outil éprouvé pour désengorger la première ligne et assurer une prise en charge plus fluide et efficiente de la population. En mobilisant pleinement les compétences de chaque profession — infirmière, pharmacien, travailleur social, et autres —, elles permettent une répartition plus efficace des responsabilités cliniques et contribuent ainsi à permettre aux Québécoises et Québécois de voir le bon professionnel de la santé au bon moment. Au Québec, leur déploiement demeure toutefois freiné par le manque de personnel fourni par les CISSS aux groupes de médecine familiale (GMF). Cette lacune, bien identifiée, doit être corrigée de manière urgente si l'on souhaite élargir véritablement l'accès.

En parallèle, l'innovation technologique offre des solutions concrètes et immédiatement applicables pour libérer du temps clinique. À titre d'exemple, Inforoute Santé Canada⁴ finance actuellement 10 000 licences de transcritteurs par intelligence artificielle à l'intention des professionnels de la première ligne. Cet outil simplifie la prise de notes cliniques et réduit de façon substantielle la charge administrative. Il s'agit là d'un outil puissant : en diminuant le temps passé à la documentation, on augmente automatiquement la capacité des médecins à consacrer plus de temps à la patientèle. Ces technologies doivent être intégrées à grande échelle dans le réseau québécois, avec le soutien du gouvernement. Et ce n'est qu'une des initiatives technologiques prêtes à être implantées dans le réseau.

Toute stratégie de revalorisation de la pratique médicale passe par la reconnaissance du travail invisible : le temps médico-administratif, la gestion de clinique, l'enseignement, les suivis complexes. Elle implique aussi la souplesse d'organisation, notamment pour les médecins en fin de carrière, et une volonté politique de simplifier la bureaucratie qui

gangrène la pratique quotidienne. La multiplication des formulaires, les doublons administratifs, l'absence de coordination numérique entre les systèmes accentuent la perte de temps et la frustration du personnel médical. Ces obstacles, bien plus que l'engagement des médecins, freinent l'accès.

Dans cet esprit, l'AMC a salué le pas dans la bonne direction effectué par le ministre du Travail, Jean Boulet, avec l'adoption de la *Loi visant principalement à réduire la charge administrative des médecins*, qui reconnaît la nécessité de réduire les formalités administratives dans les professions réglementées. Ce geste constitue un premier jalon important vers une simplification attendue depuis longtemps. Mais il ne saurait suffire. Il faut poursuivre dans cette voie et aller plus loin, en élargissant cette approche à la réalité des médecins et du système de santé dans son ensemble.

Un levier supplémentaire serait de mieux mobiliser les médecins récemment retraités et ceux en voie de le devenir. En effet, 22 % des médecins de famille et 20 % des médecins spécialistes du Québec ont plus de 60 ans.⁵ Plusieurs d'entre eux ne souhaitent plus exercer à temps plein, mais pourraient être intéressés à offrir quelques heures par semaine dans un GMF, en bloc opératoire ou en soutien ponctuel. Offrir cette souplesse dans le réseau public permettrait d'éviter qu'ils se tournent vers le privé, qui offre déjà plus aisément ce type de flexibilité. Cette mesure pragmatique pourrait contribuer à atténuer la pression sur les équipes existantes tout en maintenant une expertise précieuse.

Plutôt que de parler d'imposition de cibles en faisant abstraction de ces réalités, le gouvernement pourrait concentrer ses efforts sur l'activation de ces trois leviers. C'est à cette condition seulement que la première ligne pourra gagner en efficacité, en accessibilité et en cohérence.

Quand la collaboration remplace la coercition : l'approche d'autres provinces canadiennes

Alors que le Québec choisit d'encadrer l'accès aux soins par des obligations imposées aux médecins, les autres provinces canadiennes empruntent une voie différente : celle de la collaboration. Comme le rappelle le Collège des médecins de famille du Canada dans son rapport de 2024⁶ sur la rémunération équitable en médecine familiale, « les résultats connus des modèles de rémunération alternatifs comprennent un meilleur accès aux soins primaires, une utilisation plus efficace des ressources (recours à tous les membres de l'équipe de soins et détournement des patients des salles d'urgence) et l'attraction de médecins vers le secteur des soins primaires grâce à de meilleures conditions de travail. »⁶

À travers le pays, plusieurs provinces ont récemment conclu des ententes structurantes avec leurs médecins, des réformes fondées sur le dialogue, la co-construction et le respect du rôle central des médecins de famille dans le système de santé. Nous savons que le

gouvernement du Québec aime s’inspirer des bonnes pratiques que l’on retrouve ailleurs. Nous croyons de bon ton d’en présenter ici quelques-unes.

Colombie-Britannique : un modèle fondé sur la confiance et la reconnaissance du travail réel

L’un des exemples les plus marquants d’approche collaborative en matière d’organisation des soins se trouve en Colombie-Britannique, où le gouvernement a conclu avec les médecins une entente historique reposant sur un nouveau modèle de rémunération dit « longitudinal ». Cette réforme a été élaborée conjointement avec *Doctors of BC* et constitue l’un des efforts les plus ambitieux au Canada pour réinventer la manière dont on soutient concrètement les médecins de première ligne⁷.

Plutôt que d’imposer des obligations unilatérales, le gouvernement de la Colombie-Britannique a reconnu la complexité de la pratique médicale en créant un modèle qui rémunère de manière distincte trois types d’activités : les soins directs aux patients, les tâches non cliniques (notamment le travail médico-administratif), et la gestion de clinique. Cette reconnaissance explicite du temps invisible permet non seulement de mieux refléter la réalité du terrain, mais aussi de soulager la pression sur les médecins, en leur offrant un cadre de travail plus juste, souple et prévisible.

Ce modèle n’est pas qu’une innovation technique. Il marque un tournant culturel. Il repose sur la confiance, la responsabilisation conjointe et une compréhension fine du quotidien médical. En plus des trois axes de rémunération, le modèle comprend également des mesures incitatives pour favoriser l’augmentation du nombre de patients suivis, sans sacrifier la qualité des soins ni la santé mentale des médecins. Appuyé par une enveloppe de 708 millions de dollars sur trois ans, ce modèle a été ratifié par les médecins avec un taux d’appui de 94,15 %⁸, signe d’un réel consensus sur son utilité et sa pertinence. Il démontre qu’il est possible de bâtir des ententes équilibrées, respectueuses de la réalité du terrain, tout en poursuivant des objectifs d’accessibilité.

La Colombie-Britannique a choisi le partenariat. Elle a construit, avec ses médecins, une solution concrète, fondée sur la reconnaissance, la transparence et le respect du travail accompli.

Île-du-Prince-Édouard : un modèle inspiré de la Colombie-Britannique pour renforcer l’accès et la rétention

En 2024, l’Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) a annoncé la conclusion d’une nouvelle entente de cinq ans avec ses médecins de famille⁹, dont l’objectif principal est d’améliorer l’accès aux soins pour la population insulaire et d’accroître la capacité de recrutement et de rétention dans le réseau public. Cette entente constitue une réponse directe à la pénurie croissante de médecins dans la province, mais elle témoigne surtout d’un virage fondamental : celui de la collaboration structurée entre le gouvernement et les professionnels de la santé.

Ce qui rend cette réforme particulièrement intéressante, c'est qu'elle a été conçue en s'inspirant explicitement du modèle de rémunération longitudinal mis en place en Colombie-Britannique. L'équipe de négociation de l'Île-du-Prince-Édouard a même rencontré leurs homologues de la Colombie-Britannique pour tirer des leçons de leur expérience.

La nouvelle entente ne se limite donc pas à une bonification salariale : elle intègre des principes éprouvés de reconnaissance du travail global des médecins, tant clinique que non clinique. La réforme introduit également des mécanismes incitatifs pour améliorer l'accès aux soins de première ligne, tout en rendant la profession plus attractive. Elle est saluée non seulement par les médecins de la province., mais aussi par des organisations comme *Family Docs of BC*¹⁰, qui y voient la confirmation d'une tendance nationale vers des ententes plus respectueuses du terrain et mieux adaptées aux réalités contemporaines de la pratique médicale.

En adoptant une stratégie inspirée des meilleures pratiques canadiennes, l'Île-du-Prince-Édouard envoie un message clair : améliorer l'accès passe par le partenariat, pas par la coercition.

Ontario : des mesures législatives pour renforcer la stabilité des soins de première ligne

Le gouvernement de l'Ontario a récemment présenté le projet de loi 13, intitulé *Loi de 2025 sur les soins primaires*¹¹. Ce projet de loi vise à offrir une plus grande stabilité au réseau de la première ligne, notamment en s'assurant que les établissements de santé demeurent accessibles, que les équipes interprofessionnelles puissent se maintenir, et que les médecins soient soutenus dans leur pratique. Le gouvernement ontarien reconnaît ainsi, par voie législative, que les soins de première ligne constituent la pierre angulaire du système de santé et qu'il est impératif de créer un cadre juridique propice à leur développement à long terme.

Le projet de loi 13 reconnaît que la stabilité des soins de première ligne passe par des investissements prévisibles, des modèles de gouvernance partagée et une responsabilisation équilibrée des professionnels. En inscrivant dans la loi des protections concrètes pour les soins de première ligne, l'Ontario s'engage à long terme à renforcer l'attractivité et la résilience du réseau public.

Ce choix stratégique permet de consolider la confiance des professionnels envers le système, tout en garantissant un meilleur accès aux soins pour la population. Il s'agit d'un exemple probant de réforme pensée avec et pour les médecins, dans une optique de continuité, de respect des réalités du terrain et de renforcement du lien entre les citoyens et citoyennes et leur système de santé.

Manitoba : une entente historique en 2023 pour stabiliser la profession et améliorer l'accès

En juillet 2023, le gouvernement du Manitoba et *Doctors Manitoba* ont conclu une entente¹² qualifiée d'historique par l'ensemble des parties prenantes. Cette entente pluriannuelle vise à améliorer l'accès aux soins, stabiliser la pratique médicale et favoriser la rétention et le recrutement des médecins dans l'ensemble de la province, notamment dans les milieux ruraux et nordiques. Elle reflète une volonté claire de bâtir un système de santé durable en partenariat avec la profession médicale, et non contre elle.

Fruit de mois de négociations, cette entente repose sur plusieurs piliers structurants. Elle prévoit une amélioration significative de la rémunération, mais va bien au-delà du simple ajustement financier. Elle reconnaît le besoin de flexibilité pour les médecins afin de répondre à la diversité des besoins de la population, intègre des incitatifs pour la pratique dans les régions moins bien desservies, et introduit des mesures pour mieux soutenir les médecins dans leur quotidien, notamment sur le plan administratif.

Le tout s'accompagne d'engagements clairs sur la modernisation des outils cliniques et l'amélioration des communications entre les professionnels de la santé. Cette entente a été chaleureusement accueillie par les médecins manitobains¹³, qui y ont vu un signal clair de respect et de reconnaissance de leur rôle au sein du système public. Cet accord marque un tournant majeur dans les relations entre la profession médicale et l'État, en mettant fin à des années d'incertitude et de démobilisation.

Nouvelle-Écosse : une entente quadriennale qui mise sur la stabilité et la concertation

En juillet 2023, la Nouvelle-Écosse a conclu une nouvelle entente¹⁴ de quatre ans avec les médecins de la province, représentant un autre exemple concret d'approche fondée sur le dialogue et la reconnaissance des besoins du terrain. Cette entente, négociée entre le gouvernement provincial et *Doctors Nova Scotia*, vise à garantir la stabilité financière du réseau de la santé, à améliorer l'accès aux soins, et à assurer la rétention des effectifs médicaux dans un contexte de pénurie accrue.

L'entente conclue entre les médecins de la Nouvelle-Écosse et la province pour 2023–2027 prévoit des hausses salariales, de meilleurs congés parentaux et des mesures pour soutenir la médecine familiale, particulièrement en milieu rural. Elle introduit un nouveau modèle de rémunération pour les médecins de famille, fondé sur les heures travaillées, les services rendus et la taille de la patientèle, ainsi qu'un soutien financier pour ceux et celles qui restent au paiement à l'acte.

L'accord permet aussi aux médecins d'embaucher d'autres professionnels de la santé alliés, comme des physiothérapeutes ou des diététistes, afin d'élargir l'offre de soins en

cabinet. La Nouvelle-Écosse démontre qu'il est possible d'aborder les enjeux d'accès aux soins autrement qu'en recourant à des mesures coercitives.

En misant sur la stabilité, le respect professionnel et l'engagement mutuel, cette entente vient consolider l'idée que les réformes réussies sont celles qui se construisent avec les médecins, et non à leurs dépens.

Saskatchewan : une entente de quatre ans pour stabiliser le réseau médical

En février 2024, le gouvernement de la Saskatchewan et l'*Association médicale de la Saskatchewan* (SMA) ont ratifié une nouvelle entente de quatre ans¹⁵ visant à renforcer la stabilité du système de santé provincial et à soutenir les médecins dans leur pratique. Cette entente reflète une volonté politique claire de travailler en partenariat avec la profession médicale pour améliorer l'accessibilité des soins, particulièrement dans les régions rurales et éloignées.

Ce contrat est également le fruit d'un dialogue soutenu entre les représentants du gouvernement et ceux de la SMA. Il a été approuvé par la grande majorité¹⁵ des médecins de la province, qui y ont vu une avancée significative vers la reconnaissance des défis auxquels ils font face au quotidien.

La Saskatchewan choisit ainsi de miser sur la stabilité, la concertation et le respect mutuel pour améliorer l'accès aux soins. Plutôt que de pénaliser ou de contraindre, elle investit dans des solutions partagées qui renforcent à la fois la motivation des professionnels et la résilience du réseau.

Alberta : une réforme du modèle de rémunération pour mieux soutenir les soins de première ligne

En 2024, le gouvernement de l'Alberta a annoncé la mise en œuvre d'un nouveau modèle de rémunération pour les médecins de premier recours, dans le but d'améliorer l'accès aux soins primaires dans l'ensemble de la province. Le nouveau modèle est structuré pour encourager les pratiques à temps plein, la prise en charge de panels de patients élargis, et la prestation de soins en dehors des heures normales. Il prévoit aussi des incitatifs pour l'utilisation d'outils technologiques, la mise en place d'équipes de soins intégrées et l'optimisation des opérations cliniques.

Ce modèle tient compte non seulement du nombre de patients, mais aussi de la complexité des cas et du temps consacré aux soins directs et indirects. Cette réforme a été élaborée en concertation avec les représentants de la profession médicale, notamment l'*Association médicale de l'Alberta*. Elle reflète un engagement du gouvernement à reconnaître que la performance d'un système de santé ne peut être évaluée uniquement en fonction du nombre d'actes médicaux, mais doit aussi tenir compte de la qualité du suivi, de la charge administrative et de l'environnement de pratique.

En offrant aux médecins de famille des conditions plus prévisibles et plus respectueuses de leur réalité, l'Alberta cherche à améliorer la rétention dans la première ligne, à encourager les jeunes médecins à choisir cette voie, et à désengorger les soins d'urgence. Cette approche, fondée sur l'écoute et la co-construction, contraste avec celle adoptée par le Québec, où la performance est mesurée sans que les moyens correspondants soient garantis.

Conclusion

Le projet de loi 106 ne constitue pas une réponse adéquate à la crise d'accès qui touche le réseau de la santé au Québec. En désignant les médecins comme responsables d'un échec systémique, en leur imposant des cibles irréalistes sans leur fournir les moyens de les atteindre, le gouvernement prend le risque, inutile et hautement dangereux, de faire exploser un partenariat déjà fragilisé. Il semble également rechercher, par le fait même, à se déresponsabiliser de cet échec, alors que la santé devrait, et doit, être l'une des missions fondamentales de l'État.

L'approche coercitive reflétée dans ce projet de loi, unique au pays, et, par son intensité, au sein des pays développés, témoigne d'une incompréhension des conditions de pratique et détourne le regard des vrais leviers de changement : l'investissement dans les ressources humaines, la modernisation des outils cliniques, la réduction du fardeau administratif et la valorisation de la pratique médicale. Ce mémoire démontre que des solutions efficaces existent. Elles sont mises en œuvre ailleurs au Canada, dans des provinces qui ont choisi la voie du dialogue, du respect professionnel et de la coresponsabilité. De la Colombie-Britannique à la Nouvelle-Écosse, en passant par l'Île-du-Prince-Édouard et le Manitoba, les gouvernements ont compris que l'adhésion des médecins est un préalable incontournable à toute réforme durable de la première ligne. Et ces provinces évoluent dans le même cadre fédératif que le Québec. Le progrès est possible et nous serions fiers de vous accompagner dans la recherche de vraies solutions.

L'AMC exhorte le gouvernement du Québec à faire preuve d'un leadership éclairé. Retirer le projet de loi 106 ne serait pas un recul, mais un acte de lucidité et une offre de sincère collaboration. Ce geste permettrait de repartir sur des bases saines, avec les médecins, et non contre eux. Il est encore temps de corriger le cap, de renouer avec une culture de concertation, et de bâtir ensemble un système de santé qui répond réellement aux besoins des Québécois et des Québécoises.

La première ligne ne se redressera pas à coups de pénalités et de règles imposées. Elle se renforcera par des politiques fondées sur la confiance, la connaissance du terrain et le respect mutuel. L'AMC demeure prête à contribuer activement à cette reconstruction. Mais cela commence par une décision simple et courageuse : reprendre le dialogue.

Si le gouvernement du Québec veut bien tendre la main aux médecins, ce sera avec plaisir que nous lui offririons notre plus grande collaboration. Notre porte est grande ouverte.

Références

-
- ¹ Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Questions and answers: Physician Master Agreement. Victoria (C.-B.)* : Gouvernement de la Colombie-Britannique; 31 oct. 2022. Accessible ici : https://divisionsbc.ca/sites/default/files/Divisions/Victoria/Newsflash%20Uploads/2022-10/QA_Physician%20Master%20Agreement%20October%2031.pdf (consulté le 27 mai 2025).
- ² Santé Canada. *Les soins offerts aux Canadiens : l'avenir de l'effectif en santé au Canada. Étude sur l'éducation, la formation et la répartition de l'effectif en santé au Canada*. Sommaire. Ottawa : Santé Canada; jan. 2025. Accessible ici : <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/health-care-system/health-human-resources/workforce-education-training-distribution-study/etude-education-formation-repartition-effectif.pdf> (consulté le 27 mai 2025).
- ³ Boulanger E, Breton M, Groulx A, et al. *Orientations ministérielles pour améliorer l'accès à la première ligne de soins de santé*. Québec : Gouvernement du Québec; 8 mai 2025. Accessible ici : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/salle-presse/2025-05-08_rapport-orientations-1ere-ligne.pdf (consulté le 27 mai 2025).
- ⁴ Inforoute Santé du Canada. *Programme de transcription par IA. Moins de paperasse, plus de temps*. Toronto : Inforoute Santé du Canada; 2025. Accessible ici : <https://aiscribe.infoway-inforoute.ca/fr> (consulté le 27 mai 2025).
- ⁵ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Médecins*. Ottawa : ICIS; 10 oct. 2024. Accessible ici : <https://www.cihi.ca/fr/medecins> (consulté le 27 mai 2025).
- ⁶ Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). *Pratiques exemplaires pour une réforme de la rémunération des médecins de famille*. Mississauga (Ont.) : CMFC; 2024. Accessible ici : <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Policy/CFPC-2024-Fair-FP-Renumeration-FR-Final-web.pdf> (consulté le 27 mai 2025).
- ⁷ Watson B. B.C. launching new payment model for family doctors in 2023. *CBC News*. 31 oct. 2022. Accessible ici : <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-doctor-supports-announcement-1.6635200> (consulté le 27 mai 2025).
- ⁸ Doctors of BC. *Physician Master Agreement ratified by BC doctors*. Vancouver : Doctors of BC; 6 déc. 2022. Accessible ici : <https://www.doctorsofbc.ca/negotiations/2022/physician-master-agreement-ratified-bc-doctors> (consulté le 27 mai 2025).
- ⁹ Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard (MSPEI). *New five-year deal with physicians will lead to better access to care for Islanders and give PEI a competitive edge in recruitment and retention*. Charlottetown (Î.-P.-É.) : MSPEI; 3 fév. 2023. Accessible ici : <https://mspei.org/news-post/new-five-year-deal-with-physicians-will-lead-to-better-access-to-care-for-islanders-and-give-pei-a-competitive-edge-in-recruitment-and-retention/> (consulté le 27 mai 2025).
- ¹⁰ BC Family Doctors. *Congrats to PEI on new agreement with family doctors*. Vancouver : BC Family Doctors, 12 août 2024. Accessible ici : <https://bcfamilydocs.ca/congrats-to-pei-on-new-agreement-with-family-doctors/> (consulté le 27 mai 2025).
- ¹¹ Assemblée législative de l'Ontario. *Projet de loi 13, Loi de 2025 sur les soins primaires*.

Toronto : Assemblée législative de l'Ontario; 7 mai 2025. Accessible ici : <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-44/session-1/projet-loi-13> (consulté le 27 mai 2025).

¹² Gouvernement du Manitoba. *Manitoba government signs new agreement with Doctors Manitoba*. Winnipeg (Man.) : Gouvernement du Manitoba; 20 juil. 2023, Accessible ici : <https://news.gov.mb.ca/news/index.html?item=60055&posted=2023-07-20> (consulté le 27 mai 2025).

¹³ Doctors Manitoba. *Historic new agreement helps physicians and patients*. Winnipeg (Man.) : *Doctors Manitoba*; 3 mai 2024. Accessible ici : <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2024/february/05/saskatchewan-doctors-ratify-new-four-year-contract> (consulté le 27 mai 2025).

¹⁴ Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *Province, Doctors Nova Scotia reach new four-year agreements* [communiqué de presse]. Halifax (N.-É.) : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse; 20 juil. 2023. Accessible ici : <https://news.novascotia.ca/en/2023/07/20/province-doctors-nova-scotia-reach-new-four-year-agreements> (consulté le 27 mai 2025).

¹⁵ Gouvernement de la Saskatchewan. *Saskatchewan doctors ratify new four-year contract*. Regina (Sask.) : *Gouvernement de la Saskatchewan*; 5 fév. 2024. Accessible ici : <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2024/february/05/saskatchewan-doctors-ratify-new-four-year-contract> (consulté le 27 mai 2025).