



Collège québécois
des médecins de famille

catalyser l'innovation

MÉMOIRE

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

Mai 2025

Mission du Collège québécois des médecins de famille (CQMF)

Le Collège québécois des médecins de famille (CQMF) a pour mission d'inspirer et de soutenir les médecins de famille et leurs partenaires dans l'adoption de meilleures pratiques au bénéfice de la santé de la population. Concrètement, il soutient ses membres en leur proposant des services ainsi que des outils cliniques et de formation pertinents et adaptés à la première ligne.

Le CQMF regroupe plus de 4 000 membres. Ses activités sont assurées par des médecins de famille bénévoles et engagés envers la profession et la collectivité. Le CQMF est l'aile québécoise du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), l'organisme professionnel responsable d'établir les normes et de procéder à l'agrément des programmes de formation postdoctorale en médecine de famille dans les 17 facultés de médecine du pays.

INTRODUCTION

Le Collège québécois des médecins de famille (CQMF) remercie la Commission de la santé et des services sociaux pour la possibilité offerte de déposer un mémoire afin de contribuer aux réflexions sur le projet de loi n° 106. Le mémoire que nous soumettons expose clairement notre position et fait également état des recommandations que nous formulons à l'égard de la première ligne, de la valorisation de la médecine de famille, du projet de loi spécifiquement et du contexte précipité qui caractérise son dépôt.

Le CQMF est un partenaire clé et engagé dans l'amélioration de l'accès à des soins pertinents, humains et respectueux. Faute d'avoir pu nous faire entendre dans le cadre des consultations particulières, nous émettons par écrit nos profondes préoccupations quant à l'avenir de la médecine de famille au Québec.

Le dépôt du projet de loi n° 106 a pris tout le monde par surprise et les discours qui l'entourent sont particulièrement choquants. Tout cela est d'autant plus surprenant qu'un rapport pour soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne au Québec, mandaté par le gouvernement à un comité d'experts, venait tout juste d'être rendu public par le ministre de la Santé. Il était logique de présumer que le rapport serait pris en considération et qu'une politique de première ligne, élaborée en collaboration avec les actrices et les acteurs de la première ligne, serait ensuite présentée. Or, quelques jours après la publication du rapport, sans la politique de première ligne pourtant promise et attendue, un projet de loi est déposé soudainement, assorti d'un discours de confrontation et de dénigrement dès l'annonce.

Nous constatons non seulement que la politique de première ligne – qui devrait guider l'organisation puis la rémunération en première ligne, et l'ordre est crucial – manque encore à l'appel, alors qu'elle devrait précéder un éventuel projet de loi, mais aussi que le projet de loi ne s'arrime pas, ou très peu, avec le contenu du rapport d'experts. Cela est particulièrement troublant, autant en matière de procédure que de contenu. Pire, le projet de loi menace encore davantage l'autonomie de pratique des soignantes et soignants, autonomie qui est déjà mise à mal, et s'immisce dans l'organisation des soins à un tel point que cela pose un risque grave à la pertinence clinique. Dans sa forme actuelle, le projet de loi n° 106 menace ni plus ni moins que l'avenir de la médecine de famille au Québec et par la même occasion les fondements de la première ligne et du système de santé.

Pour un accès à des soins pertinents, humains et respectueux

Nous partageons pleinement l'objectif d'améliorer l'accès aux soins. Mais cet accès ne peut se faire au détriment de la qualité, de la pertinence des soins, de la relation soignant-soigné développée au fil des ans, ni aux dépens de l'autonomie professionnelle et du respect des médecins. Toute transformation de la première ligne doit impérativement être développée avec les parties prenantes. C'est d'ailleurs le cadre consultatif très ouvert qui rendait la démarche collaborative du comité d'experts mandaté par le gouvernement porteuse d'espoir. C'est pourquoi nous avons été nombreux à prendre part aux consultations, et ce, malgré un échéancier des plus serrés. Imposer des mesures douteuses, qui semblent improvisées, et cela, dans une logique de confrontation n'est pas une solution efficace à des enjeux complexes.

Une profession à bout de souffle

La réalité des médecins de famille sur le terrain est celle d'une profession extraordinaire, mais dont les soignantes et soignants sont déjà à bout de souffle et manquent cruellement de soutien. Les médecins de famille accomplissent un travail exigeant, complexe, souvent dans l'ombre. Ces médecins connaissent leurs patientes et patients, les communautés desservies et les réalités régionales; la gestion actuelle, centralisatrice, est déjà largement critiquée. Les médecins de famille adaptent déjà, au possible, les soins aux besoins locaux, connaissant ces besoins bien mieux qu'une administration centrale ne le peut.

Pourtant, on leur impose toujours plus de règles, de cibles et de contrôles externes. Maintes fois, ces règles semblent complètement arbitraires à celles et ceux qui agissent sur le terrain et sont contre-productives. Le climat des récentes années dévalorise la profession et participe au départ de professionnelles et professionnels, soit vers une retraite prématurée, le secteur privé ou une autre province. Ces départs aggravent le manque d'accès aux soins et cela risque fort d'empirer avec le projet de loi n° 106. La situation était déjà critique avant le dépôt du projet de loi; l'escalade se poursuit.

Une vision centralisatrice inadaptée

Le ministre de la Santé et son ministère ne peuvent pas tout régler depuis Québec. Des réformes et « solutions » centralisatrices ont déjà été tentées et ont été peu ou pas efficaces. Il serait plus pertinent d'explorer des solutions qui existent déjà, sur le terrain, pour améliorer l'accès, en plus de valoriser adéquatement la prise en charge et la première ligne. Les médecins, tout comme d'autres soignantes et soignants, veulent mettre en place des solutions et veulent que le système fonctionne pour les patients, mais il faut leur laisser cette place. De la flexibilité – et des leviers de gouvernance – selon les régions, les communautés et les besoins, voilà ce qui est préconisé

dans le rapport des expertes et experts mandatés par le ministre et son gouvernement. Il faut faire confiance à celles et ceux qui connaissent leur milieu. Décentraliser, c'est à la fois respecter l'expertise clinique et les spécificités locales. Ce sont aussi des solutions plus efficaces, plus acceptées et pérennes.

Nous devons bâtir un système de santé où le travail interprofessionnel est non seulement valorisé dans les faits – plutôt que des déclarations vantant son importance –, mais où il est surtout et réellement la norme. Or, sur le terrain, on constate le développement, soutenu par la gouvernance actuelle, de lieux de soins qui ne sont pas interprofessionnels dans leur conception (ex. cliniques avec comme seul groupe de professionnel(le)s des IPSPL); on constate aussi l'ampleur du nombre de postes non comblés ou non remplacés en première ligne. Les médecins de famille ne s'opposent pas à l'interprofessionnalisme, mais il est évident qu'on ne peut travailler en collaboration avec une chaise vide, ou trop souvent vide. Le rapport d'experts fait bien mention que le ratio infirmière : médecins, en première ligne, est largement inférieur à ce qui est vu ailleurs ou ce qui est recommandé. L'objectif, dans l'ensemble du réseau, doit être le bien-être des patientes et des patients ainsi que de la population et non une performance purement administrative. Une volumétrie d'inscriptions ou de rendez-vous ne crée pas un réel accès. Nous espérons, contre toute espérance, une politique de première ligne qui propose une vision à la population et aux soignantes et soignants, qui viendrait améliorer l'accès à plusieurs corps professionnels en santé, tout en reconnaissant la situation difficile dans laquelle les soins sont actuellement donnés.

Une gouvernance et une logique industrielle du soin

On ne peut pas gouverner la médecine, ou l'accès et l'inscription, comme on gérerait une chaîne de montage. Nos patientes et patients ne sont ni des couleurs ni des numéros et méritent d'être traités, considérés et soignés comme des humains à part entière. À cet égard, le projet de loi est particulièrement déshumanisant.

La pratique de la médecine est un art autant qu'une science, une pratique fondée sur une relation humaine, sur la confiance, sur la continuité. Ce sont ces aspects clés qui font que l'investissement dans une première ligne forte diminue la mortalité des populations et atténue les inégalités. Le projet de loi n° 106 semble d'une part vouloir transformer les médecins en machines distributrices de soins – toutes et tous pareils, déplaçables, devant produire une quantité fixe et dite « performante » de soins – et d'autre part leur faire porter le fardeau de l'accès au réseau, alors qu'elles et ils n'en sont qu'une partie; une partie importante, voire cruciale, mais les médecins ne représentent pas l'ensemble du réseau. On ne devrait pas leur faire porter le poids de tout un système.

La recherche de cibles arbitraires quant au délai pour un rendez-vous, ou une consultation à l'urgence ou toute autre volumétrie similaire, est un risque grave à la pertinence des soins, autant en première ligne qu'à l'hôpital. S'il devient impératif d'offrir une quantité de rendez-vous, la

durée, la pertinence et l'efficacité de ceux-ci pourraient diminuer. S'il devient impératif d'offrir des rendez-vous plus rapidement, peu importe l'urgence clinique, on risque à la fois de faire attendre des patientes et des patients avec des considérations urgentes ou semi-urgentes et de traiter, en toute urgence, des situations absolument moins pertinentes. Les cliniciennes et cliniciens savent prioriser les rendez-vous selon l'urgence exigée et le fait de devoir remplir un quota administratif ne peut que nuire à leur efficacité.

Une approche punitive et un dialogue absent

Une réforme imposée n'est certainement pas la prémisse d'une réforme productive. Le ton de nos leaders politiques, indépendamment du contenu de ce projet de loi, est franchement contre-productif. À cet égard, le Programme d'aide aux médecins de Québec (PAMQ) sonnait récemment l'alarme quant aux conséquences du discours actuel sur les soignantes et soignants, évoquant pour plusieurs une perte de sens et un découragement. Le projet de loi pourrait être la goutte de trop pour des médecins qui ne tiennent qu'à un fil; or, nous devrions tout faire pour garder nos médecins en première ligne le plus longtemps possible en poste, plutôt que de dévaloriser un rythme de pratique qui est essentiel pour certaines et certains. Il va sans dire que l'enseignement aussi n'est pas une activité clinique optionnelle dans un système de santé. La relève se forme; l'enseignement préclinique et la supervision clinique occupent avec raison nombre de médecins dont la tâche clinique peut sembler à temps « partiel », mais dans les faits la tâche complète est ... plus que pleine.

Plutôt que d'ouvrir un dialogue, nous avons constaté que la confrontation et les menaces ont été utilisées dès le départ. Ce climat détruit la confiance nécessaire au soutien d'une réforme et à l'avenir de la profession. Il faut à tout prix éviter de répéter une formule qui n'a pas produit les résultats espérés dans le passé : la centralisation, les mesures coercitives et la dévalorisation publique de la profession ne sont pas des nouveautés; leurs conséquences non plus.

Les réformes de ce type n'ont pas amélioré l'accès à la première ligne ni la qualité des soins, au contraire. Il serait temps d'apprendre des tentatives de transformation du passé. Car bien que l'accès soit un problème urgent, une solution inefficace adoptée à la hâte ne règle en rien cette urgence.

Nos recommandations

1. Valoriser véritablement la médecine de famille, son expertise, sa réalité et sa contribution au système.

Cela implique de redoubler la présence du MSSS et du gouvernement à la Table nationale de concertation sur la valorisation de la médecine de famille et de revoir l'ensemble des communications publiques concernant les médecins de famille et la médecine de famille comme discipline, au niveau politique et au sein des ministères.

2. Ouvrir un réel dialogue avec les médecins et leurs représentants, au moyen d'un arbitrage avec les fédérations si l'on considère que les négociations en cours ne sont pas assez rapides ou efficaces.

Ce mécanisme est commun dans d'autres juridictions et évite de s'embourber dans des négociations peu efficaces et dans une logique de confrontation.

3. Favoriser la décentralisation et l'interprofessionnalisme, pour tenir compte des réalités régionales et locales, de même que des expertises respectives.

Il y a présentement trop de pression mise sur la nécessité de consulter un médecin, et cela, parce que souvent les soins dispensés par d'autres professionnels ne sont pas accessibles ou ne font pas partie du panier de services.

4. Revoir les conditions de pratique des médecins de famille pour les rendre plus flexibles et attractives afin d'attirer la relève, mais surtout de la retenir. Le but ne devrait pas être de contraindre les médecins à rester au Québec quelques années, mais plutôt de leur donner la possibilité d'avoir une carrière entière au Québec, sans que celle-ci les malmène au point de vouloir quitter la profession, ou la province.

5. Reconsidérer impérativement le projet de loi n° 106 et l'échéancier actuel, qui ne permet pas un véritable dialogue ni une analyse adéquate du projet de loi et des alternatives.

L'horaire des consultations en commission parlementaire a été conclu rapidement et des groupes concernés, dont le CQMF, n'ont pu être consultés. L'accès aux soins est primordial, mais n'est pas un nouveau problème. Tenter de le régler dans l'urgence sans collaboration n'est pas la solution. L'échéancier donne l'impression d'une tentative de règlement précipité, alors qu'il devrait prévoir le temps nécessaire aux principaux intéressés de commenter de façon productive les mesures considérées.

CONCLUSION

Les médecins de famille veulent que le système de santé fonctionne : pour leurs patientes et patients, pour leurs différentes communautés, pour leur profession. Mais nos médecins doivent être écoutés, respectés et soutenus. Le CQMF appelle à un virage : vers une vraie valorisation, vers de la collaboration, vers la reconnaissance du travail effectué. Vers des échanges dans le respect. Nous avons besoin de l'engagement des soignantes et soignants pour améliorer la première ligne. Ce n'est qu'ensemble que nous relèverons les défis du système de santé.