MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI N° 106
MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC

Construire plutôt que déstabiliser : propositions alternatives pour une réforme de la première ligne

Québec, le mardi 27 mai 2025

PRÉSENTATION DE MQRP 3

COMMENTAIRES SUR LE PROJET DE LOI N° 106 4

La position de MQRP en bref 4
Une réforme précipitée, sans fondement empirique ni concertation 4
Un problème d'accès systémique qui appelle des solutions globales 5
Une réforme susceptible d'aggraver les inégalités 6
Pour des indicateurs de qualité, au-delà de la logique comptable 6
Une responsabilité collective à géométrie variable : la privatisation comme angle mort de la réforme 6
Conclusion 7

LES RECOMMANDATIONS DE MQRP 8

ANNEXES 9

PRÉSENTATION DE MQRP

Médecins québécois pour un régime public (MQRP) est un regroupement de médecins, résidents et étudiants en médecine voué à la défense du système public de santé. Créé en 2005 à la suite de l'arrêt *Chaoulli*, qui a ouvert une brèche légale permettant l'incursion du privé dans notre système de santé, MQRP milite activement pour contrer la marchandisation des soins et la croissance de la médecine à but lucratif, lesquelles exacerbent les inégalités en matière de santé.

La mission de MQRP est de bâtir un système de santé public fort. Pour ce faire,

- MQRP revendique l'application intégrale de la *Loi canadienne sur la santé*, l'inscription de ses principes dans les lois québécoises et l'extension de la couverture à tous les soins et services médicalement nécessaires.
- MQRP préconise une approche basée sur les principes d'universalité et d'équité pour assurer des soins de santé accessibles à toute la population du Québec.
- MQRP milite pour un meilleur accès public aux services médicalement nécessaires qui incluent les services des professionnels de la santé tels les psychologues, physiothérapeutes, orthophonistes, dentistes, ergothérapeutes, nutritionnistes, infirmières praticiennes, etc.
- MQRP revendique une assurance médicament universelle.
- MQRP milite pour que tout hôpital ou clinique médicale soit à but non lucratif dès qu'un médecin inscrit au régime public y pratique.
- MQRP s'oppose à la pratique hybride, soit le fait qu'un médecin puisse pratiquer à la fois dans le régime public et le régime privé.
- MQRP valorise la communication entre la population et ses institutions plutôt que des réformes visant à imposer les règles de la nouvelle gestion publique.

Nos moyens sont les suivants :

Regrouper des médecins de toutes catégories pour la défense du régime public de santé au Québec et la promotion des principes de la gestion publique, de l'intégralité, de l'universalité, de la transférabilité et de l'accessibilité ;

Proposer des solutions publiques, concrètes et équitables pour l'accès à tous les soins et services médicalement nécessaires ;

Collaborer avec d'autres organisations qui partagent les mêmes objectifs (notamment Canadian Doctors for Medicare - www.canadiandoctorsformedicare.ca).

COMMENTAIRES SUR LE PROJET DE LOI N° 106

La position de MQRP en bref

Encore une fois, le diagnostic est juste, mais le plan de traitement a été élaboré de manière précipitée, sans tenir compte de toutes les dimensions du problème. MQRP s'inquiète des répercussions cliniques et systémiques de l'adoption et la mise en œuvre hâtive d'une réforme partielle, fondée sur des indicateurs quantitatifs non validés. Une telle approche est susceptible d'entraîner une sélection de la patientèle et un désengagement des soignant·es.

MQRP n'est pas opposé à une réforme de la première ligne et de la rémunération médicale. Au contraire : nous la jugeons nécessaire, à condition qu'elle soit réfléchie, équitable et structurée, fondée sur la concertation, la transparence et les données probantes. Dans sa forme actuelle, le projet de loi n° 106 (PL 106) risque d'affaiblir durablement l'accès aux soins pour la population québécoise et de réduire l'offre de services dans le système public.

1. Une réforme précipitée, sans fondement empirique ni concertation

Le PL 106 suscite de sérieuses préoccupations quant à sa pertinence, sa faisabilité et ses impacts. Il semble avoir été élaboré dans l'urgence, sans s'appuyer sur un fondement empirique rigoureux, ni faire l'objet d'une consultation adéquate des expert·es du système de santé ni des professionnel·les du terrain. Le rapport sur la première ligne commandé par le MSSS semble lui-même ne pas avoir été pris en compte.

Bien que MQRP salue la mention dans le projet de loi d'une obligation de consultation des différents groupes (organismes représentant les médecins et les personnes assurées) dans l'élaboration des objectifs, celle-ci nous apparaît insuffisante. En effet, la prise de décision demeure largement centralisée entre les mains du ministre.

Le PL 106 introduit une série de mesures (capitation, bonis collectifs, exigences de prise en charge) qui alourdissent la pression sur les médecins de première ligne et génèrent une lourde bureaucratie fondée sur une collecte massive de données nécessaires à la réalisation de calculs complexes. Les indicateurs de performance proposés négligent en grande partie les soins réellement dispensés, les particularités locales ainsi que la diversité et la complexité des besoins des populations, en plus d'encourager une « médecine de volume » au détriment de la qualité, de la continuité et de la pertinence des soins.

L'expérience passée, notamment avec la loi 20, a déjà mis en lumière les effets pervers des mécanismes de bonification ou de pénalités : adaptation stratégique des pratiques pour répondre aux indicateurs (« gaming »), perte de motivation professionnelle, démobilisation, priorisation des cas simples au détriment des patients plus vulnérables et érosion du lien de confiance entre les soignant·es et le système de santé. Selon MQRP, une telle approche compromet les fondements mêmes d'une médecine de première ligne qui se veut universelle et accessible.

2. Un problème d'accès systémique qui appelle des solutions globales

Le PL 106 impose aux médecins la responsabilité de résoudre les enjeux d'inscription et d'accès, sans proposer de mesures pour remédier aux obstacles structurels qui limitent actuellement l'accessibilité. Ces enjeux résultent entre autre d'un manque de ressources humaines et structurelles, d'une organisation inefficace, d'une sous-représentation des professionnel·les non-médecins au sein du système public, d'une coordination insuffisante des soins au sein du réseau, ainsi que d'une privatisation croissante touchant tous les aspects des soins de première ligne. Le gouvernement ne peut pas se déresponsabiliser de ses propres devoirs quant au fonctionnement et au financement du système dans son ensemble sous le couvert de la « responsabilité collective » et de l'« imputabilité » des médecins.

Bien que le nouveau modèle proposé par le PL 106 semble permettre une rémunération des médecins pour des soins confiés à d'autres professionnel·les, aucun changement n'y est prévu concernant l'offre de soins non médicaux. Comme nous l'avons exprimé dans plusieurs publications, une solution durable doit passer par une approche interprofessionnelle, incluant des soins prodigués par divers professionnels couverts par l'assurance maladie, une planification territoriale adaptée, ainsi qu'une utilisation optimale des ressources existantes.

Les études démontrent que les approches intégrées, centrées sur la collaboration entre les professionnel·les en médecine, soins infirmiers, pharmacie, travail social et autres domaines de la santé sont plus efficaces pour améliorer l'accès de façon réelle, durable et équitable que les approches seulement centrées sur l'offre de soin par les médecins. (Campbell et al., 2000).

3. Une réforme susceptible d'aggraver les inégalités

Le PL 106, en augmentant le paiement par capitation et en introduisant des cibles de performance uniformes de groupes, comporte des risques particulièrement préoccupants pour l'équité, et ce, tant pour les patient·es que pour les professionnel·les de la santé.

Les modèles de rémunération soumis créent une incitation à privilégier les patient·es en meilleure santé, au détriment de ceux et celles qui présentent des besoins plus complexes, souvent liés à des déterminants sociaux tels que la pauvreté, l'isolement ou l'immigration récente. Ces facteurs, absents des critères de modulation proposés par le projet de loi, sont pourtant centraux pour évaluer la charge réelle de soins. Sans l'intégration d'indicateurs sociaux validés, le modèle de paiement par capitation risque de renforcer les inégalités d'accès et de nuire à la qualité des soins.

Les milieux qui desservent des clientèles plus vulnérables requièrent davantage de coordination interprofessionnelle et de temps clinique, lesquels sont invisibilisés par les indicateurs de performance inscrits dans le PL 106. En ne tenant pas compte de ces réalités, la réforme pénalise et décourage les pratiques axées sur les soins aux personnes plus vulnérables.

Cette réforme risque également d'affecter de manière disproportionnée les femmes médecins, qui assument fréquemment des charges professionnelles invisibles — coordination, supervision, soutien aux équipes — et qui sont plus susceptibles d'être considérées comme

travaillant à temps partiel en raison des congés de maternité ou des responsabilités familiales et de proche aidance qu'elles assument. En invisibilisant ces formes d'engagement professionnel, la réforme perpétue des biais genrés et envoie un signal dissuasif aux nouvelles générations de médecins.

4. Pour des indicateurs de qualité, au-delà de la logique comptable

MQRP appelle à une réforme axée davantage sur la qualité des soins plutôt que sur des objectifs purement quantitatifs. Les indicateurs retenus doivent être validés scientifiquement, sensibles aux contextes cliniques variés, élaborés avec les professionnel·les du terrain et arrimés aux besoins réels de la population.

L'amélioration des soins passe par la valorisation de la relation thérapeutique, ainsi que sur la continuité et la pertinence des soins — autant d'éléments que le PL 106 néglige au profit d'une logique de performance comptable : nombre de patients affiliés, rapidité d'accès, fréquence des actes facturables, performance de groupe (plutôt qu'individuelle). Cette vision technocratique du travail médical fait abstraction d'une part essentielle de la pratique : les activités cliniques invisibles non codifiables, mais essentielles à la qualité et à la durabilité des soins, par exemple la coordination interdisciplinaire, les communications cliniques, l'engagement dans l'amélioration continue des soins, l'enseignement, la supervision, la formation des pairs et la participation aux activités académiques. Une véritable réforme de la première ligne devrait valoriser ces contributions fondamentales, qui prennent du temps et ne peuvent être évaluées à l'aune des indicateurs proposés.

Il faut souligner que la formation des futures générations de médecins repose sur un engagement significatif des clinicien·nes, exigeant du temps, de la préparation et une présence active auprès des apprenant·es. Le PL 106 risque de nuire à l'attractivité de ces tâches, de fragiliser la qualité de l'enseignement, de décourager les milieux de soins à mission universitaire et de compromettre ainsi la relève médicale.

5. Une responsabilité collective à géométrie variable : la privatisation comme angle mort de la réforme

La réforme proposée vise à confier aux médecins une responsabilité collective pour la prise en charge de l'ensemble de la population québécoise. Or, cette ambition repose sur une incohérence majeure : aucune mesure n'est prévue pour rapatrier les médecins qui exercent actuellement dans le secteur privé, ni pour les intégrer à cet effort collectif. Une part non négligeable du corps médical échappe ainsi à cette responsabilité.

Au début de l'année 2025, on comptait déjà 502 médecins omnipraticien·nes exerçant exclusivement dans le secteur privé, soit environ 5 % de l'effectif total. Ce nombre est appelé à croître rapidement, notamment sous l'effet de l'accélération du recrutement par les entreprises privées et du climat d'incertitude créé par le dépôt du projet de loi n° 106, perçu par plusieurs comme contraignant.

Il est essentiel de rappeler que le retour de ces quelque 500 omnipraticien·nes dans le système public permettrait potentiellement d'assurer la prise en charge de 500 000 à 1 000 000 patient·es actuellement sur des listes d'attente. Dans le contexte de pénurie d'accès à un·e médecin de famille, il s'agit d'une capacité significative qui ne peut être ignorée.

Toute réforme sérieuse visant une responsabilité collective doit inclure des mécanismes concrets pour s'attaquer à cette échappatoire structurelle. Cela pourrait notamment impliquer l'abolition du statut de médecin non participant à la RAMQ, ainsi que le recours à l'article 30.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*, qui permet au gouvernement d'obliger le retour des médecins au régime public.

Conclusion

MQRP soutient une réforme de la première ligne et une refonte du mode et du montant de rémunération, à condition qu'elles favorisent réellement une meilleure prise en charge, par le bon professionnel, au bon moment, pour le bon patient. Cependant, le projet de loi 106 rate une occasion précieuse d'améliorer durablement l'accès aux soins de première ligne en privilégiant une approche technocratique et descendante, plutôt qu'un changement constructif fondé sur la science, l'écoute et la collaboration.

Une réforme d'une telle envergure ne peut pas être improvisée ni dictée par des négociations entre le gouvernement et les fédérations médicales. Elle doit s'appuyer sur une analyse rigoureuse des risques, ainsi qu'une concertation avec les milieux cliniques et les expert·es du terrain. C'est dans cet esprit que MQRP formule ses recommandations : non pas pour s'opposer à la réforme, mais pour l'ancrer dans une vision responsable, équitable et durable du système public de santé, garantissant un accès universel et de qualité; faute de quoi, les effets secondaires de cette réforme pourraient être plus dommageables que les problèmes qu'elle tente de corriger.

LES RECOMMANDATIONS DE MQRP

Compte tenu des préoccupations exprimées, MQRP recommande de :

- Suspendre l'étude du projet de loi n° 106 pour permettre une révision complète de ses fondements et de ses impacts;

- Mettre en oeuvre les recommandations du comité d'experts sur l'accès aux soins de première ligne (Boulanger, Groulx et Breton);

- Réformer la rémunération à la lumière des recommandations d'un comité d'expert·es indépendant·es, avec la participation de médecins, d'autres professionnel·les de la santé, d'universitaires et de représentant·es du public;

- Adopter des indicateurs de qualité validés et sensibles à la complexité clinique et contextuelle;

- Mettre en place les mesures de manière intégrée, graduelle et évaluable, afin d'éviter de déstabiliser un système déjà fragilisé;

- Protéger et valoriser l'offre publique de soins de première ligne, contribuant à renforcer le contrat social qui lie les médecins à la population et leur engagement à soigner les patient·es au sein d'un système de santé universel, gratuit et public;

- Réaffirmer le rôle du gouvernement comme gardien du système de santé public, notamment en assurant des conditions de travail justes aux diverses professions de la santé;

- Assurer la couverture des soins de première ligne offerts par d'autres professions (psychologie, physiothérapie, orthophonie, ergothérapie, etc.) par leur intégration rapide dans l'offre de soins publique;

- Assurer un financement récurrent, prévisible, suffisant et à la mission des organismes communautaires œuvrant en première ligne;

- Recourir à l'article 30.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* pour freiner la désaffiliation de médecins, abolir le statut de médecin non-participant à la RAMQ (indépendamment du nombre d'années de pratique), et interdire la mixité de pratique en télémédecine ainsi que les pratiques d'affiliation et désaffiliation répétées.

ANNEXE 1 : Références

Breton, M., & Groulx, A. (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/

Breton et al. (2019). *Organization and delivery of primary care in Quebec: Lessons from a complex and changing system.* Canadian Journal of Public Health, 110(5), 519-526.

Campbell SM, et al. (2000). Quality of primary care: a systematic review of the evidence. Health Technology Assessment.

Echevin, D., Fortin, B., & Houndetoungan, A. (2024). *Healthcare Quality by Specialists under a Mixed Compensation System: an Empirical Analysis.*

Marmot M. (2015). *The health gap: the challenge of an unequal world.* The Lancet.

MQRP (2016). *Pour une collaboration publique: Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec.* ttps://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2016-autres-prof.pdf

MQRP (2022). *Accès aux soins en santé mentale: Un portrait québécois alarmant.* https://drive.google.com/file/d/1_GG-vIqFpHIrkt8MQD_x2PDAtjMIqUJv/view

Pampalon R, et al. (2012). *Indices de défavorisation matérielle et sociale: outils pour la recherche et la santé publique.* INSPQ.

Tousignant et al. (2020). *Collaboration interprofessionnelle en santé : un levier pour améliorer l'accès aux soins au Québec.* Revue canadienne de santé publique, 111(3), 311-317.

ANNEXE 2 : Recommandations du comité d'experts sur l'accès aux soins de première ligne (Boulanger, Groulx et Breton)

Recommandations

Ces recommandations sont indissociables.

01 **Élaborer une stratégie de développement des ressources humaines en SSPL de façon à augmenter la capacité des équipes et des réseaux locaux de services (RLS) à répondre aux besoins de la population à l'intérieur du système public**

- Augmentation des effectifs et valorisation des rôles.
- Aiguillage simplifié avec ancrage dans les milieux cliniques.
- Participation des usagers et pairs aidants.

02 **Maintenir l'inscription à un(e) médecin de famille ou un(e) infirmier(-ière) praticien(ne) de première ligne (IPS-PL) 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**

- Désignation d'un professionnel principal responsable.
- Responsabilité de l'État dans l'inscription formelle comme mécanisme administratif.
- Alignement des capacités du réseau et diversité des pratiques.

03 **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**

- Décentralisation au niveau des RLS ou des CLSC.
- Coordination territoriale avec les partenaires intersectoriels et les services spécialisés.
- Participation des usager(-ère)s à la gouvernance.

04 **Investir dans la production du savoir en SSPL pour le déploiement d'un réel système de santé apprenant**

- Déploiement d'une infrastructure de données accessible et agile.
- Élaboration de stratégies de soutien à la recherche et à l'innovation définies avec les parties prenantes.
- Renforcement des capacités d'analyse et d'innovation.

05 **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**

- Octrois de leviers financiers destinés à la gouvernance locale.
- Élargissement de la couverture publique à des professionnel(le)s dans la communauté.
- Encadrement des milieux privés financés publiquement.

06 **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**

- Cibles des résultats à forte valeur ajoutée.
- Mesures de résultats définies avec les parties prenantes.
- Développement de tableaux de bord transparents et concertés.