Le 22 décembre 2025

Tout ça pour ça?

Une entente sans vision, ou quand le *statu quo* l'emporte sur les soins

Le vendredi 12 décembre dernier, la FMOQ annonçait à ses membres les détails de l'entente de principe conclue avec le gouvernement. Cette suspension de la mise en vigueur des articles de la Loi 2, repoussée du 1er janvier au 28 février, vient avec une promesse de recul sur plusieurs mesures qui ont alimenté la grogne:

- le système de *pastilles de couleur;*
- les pénalités pour le départ vers le privé ou d'autres provinces;
- les pénalités pour les médecins qui mènent des « actions concertées », le pouvoir discrétionnaire du ministre de décréter des changements sans passer par les négociations;
- les pénalités liées à la performance[1].

Alors que la FMOQ se dit « satisfaite »[2] de cette entente de principe et que la FMSQ quémande des augmentations salariales[3], MQRP est profondément déçue du manque de vision pour le futur de notre régime public.

Un système public en souffrance

Pendant que l'on négocie des suspensions, le système public continue de s'éroder. La première ligne perd des médecins. Le recrutement s'effondre. La retenue devient un défi majeur. Les jeunes médecins hésitent à s'engager dans un modèle perçu comme instable, punitif et déconnecté du sens même du soin. Au-delà des départs annoncés - qui n'auront pour la plupart pas lieu suite à l'entente - des médecins déjà en pratique, il faut réfléchir à l'impact que les mesures contraignantes (PL83 et PL2) auront sur l'attractivité du système québécois pour les futurs médecins. Déjà, lors du jumelage en 2025 des finissants en médecine on comptait 72 postes non comblés en spécialité et 63 en médecine familiale, soit près des deux tiers des postes non pourvus au Canada[4,5].

Plus important encore, beaucoup d'enjeux structuraux ne peuvent être résolus par une simple renégociation du salaire des médecins. Dans la maintenant très populaire page Facebook *Spotted: soigner au Québec*, les médecins de tout horizon et type de pratique ont

---

[1]Côté, S. (12 décembre 2025). Loi 2 : Québec abandonne ses cibles de performance pour les médecins de famille. *Radio-Canada*. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2213419/entente-principe-medecins-details-quebec
[2]Infolettre FMOQ. (n.d.). https://www.fmoq.org/infolettres/fmoq/2025/le-point-fmoq-11-decembre-2025
[3]Lemay, É. Y. (17 décembre 2025). «Pas d'entente bâclée»: les médecins spécialistes veulent que Québec ouvre ses coffres. *Le Journal De Québec*. https://www.journaldequebec.com/2025/12/17/pas-dentente-baclee--les-medecins-specialistes-veulent-que-quebec-ouvre-ses-coffres
[4]Deuxième tour du CaRMS. (n.d.). https://www.fmoq.org/dossier-actualites/deuxieme-tour-du-carms-postes-a-pourvoir-en-medecine-de-famille/
[5]CaRMS. (2024). *Postes vacants après le deuxième tour du jumelage des spécialités médicales de 2025*. https://www.carms.ca/pdfs/7fpR24tqn43_MSM_2_OverviewByUniversity_FR.pdf

dénoncé les conditions de travail qui ne leur permettent pas de bien soigner: manque de ressources humaines et matérielles, bureaucratie trop lourde s'étant dédoublée avec Santé Québec, règlements bidons... Cette entente n'apporte **aucune réponse** à ces enjeux fondamentaux.

Un besoin de réforme qui inclut les patients

Dans la présentation de l'entente, la FMOQ se réjouit de pouvoir « favoriser un partenariat d'affaires au bénéfice des patients ». On en comprend que cette entente s'inscrit dans une tendance lourde d'**affairisation des soins,** ou de médecine entrepreneuriale. Les décisions sont guidées par des logiques de contrôle, de rendement et de gestion des comportements médicaux à coups de primes et de pénalités, plutôt que par les besoins des patients. Comme l'entente préserve le *statu quo* et donc les intérêts lucratifs des médecins/corporations médicales, devrions-nous crier victoire?

Dans cette entente, où sont les mesures pour améliorer les soins aux patients? Où sont représentés les intérêts des patients? Où sont les mesures pour que les autres professionnels de la santé fassent partie intégrante de la solution? La réponse est: **nulle part**. Le soin n'est plus la finalité : il devient un sous-produit d'un système obsédé par la conformité administrative et de plus en plus guidé par la recherche de profit.

Le modèle GMF ne fonctionne pas

Notons également que l'entente évite soigneusement de nommer l'éléphant dans la pièce : le modèle actuel des groupes de médecine familiale (GMF) ne fonctionne pas. Instauré en 2002 par François Legault sous la bannière du Parti Québécois (PQ), ce modèle centré sur le regroupement de médecins sous un modèle entrepreneurial avait pour but d' « accroître l'accès de la population aux médecins de famille, favoriser le désengorgement des urgences et améliorer l'accès aux services psychosociaux de première ligne »[6].

Le projet de loi 2 met en lumière des enjeux qui gangrénaient déjà le modèle GMF. Celui-ci est instable, vulnérable aux fermetures, et repose sur une aberration structurelle, **soit que les lieux de dispensation des soins soient financés, en grande partie, à même le revenu des médecins.** De ce fait, ce modèle expose les cliniques à des risques financiers importants et fait porter aux médecins une responsabilité qui devrait relever de l'État.

Les conséquences sont bien réelles : fermetures de cliniques, ruptures de suivi, patients laissés sans soins, et un climat propice à l'exploitation stratégique (et légalement ambiguë) des règles de facturation afin de maximiser les revenus, plutôt qu'à l'innovation clinique. La capitation, souvent évoquée comme solution miracle, demeure pour l'instant un concept sur papier, sans déploiement crédible ni équitable.

---

[6] Plourde, A. (2022). Bilan des groupes de médecine (GMF) de famille après 20 ans d'existence – Un modèle à revoir en profondeur. (n.d.-b). Institut De Recherche Et D'informations Socioéconomiques. https://iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/

Des pistes de solution tangibles pour la première ligne

Alors que cette saga politique termine en queue de poisson, il devient de plus en plus évident qu'il faudrait avoir une transformation de la première ligne qui ne repose pas uniquement sur la négociation du salaire des médecins. Le gouvernement avait d'ailleurs mandaté un comité d'expert duquel il a ignoré les recommandations[7]. MQRP appelle à saisir l'opportunité d'avoir des *États généraux* de la santé, afin:

1. De revoir le système de patients « inscrits ou non-inscrits », qui prive des milliers de québécois d'un accès à des soins de première ligne;
2. De revoir le modèle GMF dans son ensemble, d'interdire les actionnaires privés des GMF et de séparer le financement des cliniques en lien avec la rémunération des médecins;
3. De repenser l'organisation multidisciplinaire de la première ligne pour s'inspirer du modèle initial des CLSC, qui reposait sur des équipes intégrées, accessibles et orientées vers les besoins populationnels;
4. Revoir la rémunération des médecins à la suite d'une consultation sérieuse, afin de corriger les incitatifs pervers qui encouragent le sans rendez-vous — notamment via le GAP — au détriment de la prise en charge continue, tout en répondant adéquatement aux besoins réels de la population;
5. D'abolir les cliniques à but lucratif qui peuvent favoriser les profits au lieu des soins;
6. De permettre en priorité l'accès public aux professionnels de la santé comme les psychologues et physiothérapeutes;
7. D'impliquer les soignants et patients dans les gouvernances locales, en réparation à la centralisation catastrophique des ères Barrette-Dubé.

[7]Drolet, M. (8 mai 2025). *Rapport et recommandations pour soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec*. Unité Soutien SSA Québec. https://ssaquebec.ca/nouvelles/rapport-premiere-ligne-quebec/