

COMMENTAIRES DE LA FMOQ

CONCERNANT LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE SUR LES
SOINS ET SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Septembre 2025



FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

Table des matières

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC.....	3
INTRODUCTION	4
COMMENTAIRES GÉNÉRAUX	5
CONCLUSION	9

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) est composée de 18 associations autonomes affiliées. Nous rassemblons près de 10 000 médecins de famille québécois œuvrant dans le système public de santé. La Fédération est la voix de la médecine de famille au Québec.

La Fédération est l'un des principaux partenaires des autorités gouvernementales et des différentes institutions liées au domaine de la santé au sein du réseau public. L'organisation est notamment reconnue pour son expertise dans l'organisation des soins médicaux généraux, en première et en deuxième ligne, et ce, pour l'ensemble du territoire québécois.

La FMOQ négocie enfin avec le Conseil du Trésor et le ministre de la Santé et des Services sociaux les conditions de pratique et les conditions de rémunération de ses membres au sein du réseau public de soins de santé.

Son actuel président-directeur général est le docteur Marc-André Amyot.

INTRODUCTION

À titre d'acteur névralgique du système de santé québécois, la FMOQ a toujours collaboré – et a toujours souhaité collaborer – avec les différentes instances gouvernementales pour faire évoluer le système de santé en première ligne.

Depuis le tout début de son existence, elle a été à même de constater que le dialogue constructif et la collaboration permettaient systématiquement l'advenue de résultats beaucoup plus intéressants pour les patients et pour les soignants que la confrontation, l'imposition ou la coercition, comme cela semble être la tendance de fond en ce moment, au Québec. La confrontation n'a jamais amélioré les systèmes de santé, que ce soit ici ou ailleurs. C'est pourquoi la FMOQ la déplore sans réserve, et continuera de la condamner si elle tend à persister dans le temps.

La FMOQ salue toutefois les grandes orientations qui se dégagent de la Politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne, orientations qui permettront au gouvernement, s'il y inclut tous les moyens nécessaires, d'établir un modèle d'organisation contemporain pour les soins en première ligne au Québec qui tient compte des réalités régionales et locales toutes québécoises.

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Le médecin de famille se retrouve maintenant noyé dans le vocable « professionnel de la santé ». Bien que la Politique cadre l'ensemble des améliorations nécessaires dans le réseau de première ligne, l'équipe de soins, dont le médecin de famille est le cœur, a été complètement évacuée de la politique, et ce, malgré les recommandations du comité d'experts pour le développement de la Politique et les commentaires de la FMOQ lors des consultations tenues en 2025.

En raison de son niveau très développé d'expertise et de l'étendue de ses connaissances fondamentales sur la santé humaine, le médecin de famille doit pourtant demeurer au cœur de l'équipe de soins pour qu'elle puisse arriver à bon port. La Politique devrait permettre d'identifier cette clé essentielle, ce qui n'est actuellement pas le cas. Il faut également rappeler que la correction de la pénurie d'environ 2000 médecins de famille est une condition essentielle au succès de la Politique.

La simple notion de clinique médicale n'est pas exprimée dans la Politique. Où se pratiquera la médecine dans cette Politique ? Difficile de le savoir.

La plupart des grandes orientations, et leurs cibles de changement, nécessiteront une gestion du changement planifiée, structurée, accompagnée adéquatement pour les professionnels et les intervenants, mais aussi progressive.

Par ailleurs, la Politique proposée n'identifie pas suffisamment les engagements nécessaires de la part du gouvernement pour soutenir les milieux dans cette gestion du changement.

La formation des professionnels de santé, tant celle des médecins de famille que celle des autres professionnels, face à tous ces changements (utilisation d'outils numériques, travail interprofessionnel, cogestion médico administrative, collaboration avec patient partenaire, approche intégrative des proches-aidants, exploitation des données en lien avec des indicateurs, etc) doit faire partie intégrante de cette gestion du changement. Le tout nécessitera un investissement, financier et en temps, qui devrait être plus clairement explicité dans la Politique.

Le principe d'affiliation et d'association comme principe remplaçant l'inscription individuelle doit demeurer un principe, et non une obligation rigide. Le droit au choix de son médecin demeure présent sur le plan légal en raison de la LGSSSS. Cette souplesse est exprimée dans la politique et doit y être maintenue dans sa version finale.

La Politique favorise la participation citoyenne, autant pour la co-construction du parcours du patient au sein du réseau de première ligne que dans la gestion locale via les tables de gestion locales. C'est une approche très louable et qui recèle un fort potentiel pour répondre aux besoins de la population. Cependant, la Politique ne semble pas avoir prévu les remparts nécessaires pour contrer la vision de gestion très centralisée, à haut niveau, actuellement appliquée par le gouvernement. Bien que le développement de la Politique suive son cours au-delà des représentants politiques au fil des années à venir, la FMOQ estime que la Politique devrait plus clairement camper la gestion locale et décentralisée, en fonction des besoins locaux, sans le risque d'une ingérence constante venue de paliers hiérarchiques supérieurs. Le principe de subsidiarité devrait également être défini plus clairement et protégé de la gestion excessive par ces paliers.

La Politique n'aborde pas les difficultés et les délais de suivi en première ligne découlant de l'accès laborieux au plateau technique ainsi qu'à l'imagerie, sans parler de l'accès aux médecins spécialistes, un frein net à la fluidité du parcours du patient dans sa prestation de soins et de services. La Politique ne tenant pas compte de ces difficultés extrinsèques aux équipes de soins en première ligne, ce sont donc les médecins de famille et la gouvernance locale en première ligne qui devront répondre de l'incapacité d'atteindre les cibles de certains indicateurs, et donc en être imputables. Les médecins de famille déplorent donc l'absence totale de prise en compte de cette réalité dans la Politique, et estiment que la prochaine mouture de la Politique devrait y remédier sans tarder.

Le développement et l'optimisation du travail interprofessionnel, favorisé largement dans la Politique, est en revanche un très bon axe à développer. Or, il ne faut pas réaliser ce développement de façon erratique non plus si le gouvernement souhaite optimiser l'utilisation des différents professionnels de la santé.

Bien que l'élargissement des champs de pratique soit une avenue intéressante, une saine coordination des professionnels au sein d'une équipe de soins est essentielle afin d'éviter la redondance de certains soins ou de visites ayant pour unique but de « réaliser pleinement son champ d'expertise ». Le champ de compétence ou le champ d'expertise n'est pas une fin en soi. Ce problème a par ailleurs été fréquemment soulevé par la FMOQ. La Politique devrait mieux exprimer ce besoin de coordination et de pertinence.

Un nombre suffisant de professionnels de la santé est essentiel à la couverture des besoins populationnels en matière de soins et services de santé de première ligne. Bien que la politique ait couvert les enjeux du nombre croissant de professionnels nécessaires à ces soins et services, des défis de formation, ainsi que des difficultés d'attractivité et de rétention pour le travail en première ligne, la Politique n'engage toutefois pas le gouvernement à considérer ce défi quantitatif de la main-d'œuvre pour atteindre les cibles

des indicateurs identifiés. Là aussi, ce seront d’office les médecins de famille et la gouvernance locale qui seront imputables si les cibles des indicateurs ne sont pas atteintes, ce que les médecins de famille ne peuvent accepter. Cette réalité devrait donc être sérieusement prise en compte dans la Politique.

La Politique favorise le déploiement et l’utilisation d’outils numériques, à l’usage des professionnels du réseau, dans un objectif d’accès à l’information pertinente au bon moment, et d’amélioration de la fluidité du flux de travail des professionnels. La Politique aborde la notion de productivité accrue, comme si les soins de santé « produisaient » des unités de santé, alors que la santé est ontologiquement variable et imprévisible. Avant d’atteindre cette amélioration du « processus de travail », le gouvernement devra investir dans les outils d’une part, et dans la gestion du changement d’autre part afin que les différents professionnels – tous les professionnels par ailleurs – adhèrent à ces outils et les utilisent de manière adéquate et optimale. Ces investissements essentiels devraient être mentionnés plus clairement dans la Politique.

La FMOQ voit positivement l’attribution de financement dédié et protégé aux activités de première ligne au sein de la Politique. Cependant, la gestion locale administrative proposée dans la Politique présente un cadre administratif qui pourrait se révéler lourd et coûteux. Cette administration amputera une partie du budget censé se consacrer à la première ligne, et servira donc à réaliser autre chose que de prodiguer des soins. De plus, les indicateurs de suivi non définis dans la politique et une imputabilité tout aussi peu définie ne permettent pas d’apprécier si cette nouvelle de budget exclusif amènera avec elle la réalisation de ses promesses de succès, soit de donner les soins et services attendus sur le terrain.

La Politique mentionne également les difficultés du système public à fournir un accès à divers professionnels de la santé, ces derniers n’étant pas dans le panier de services assurés, notamment la dentisterie, l’optométrie et la physiothérapie. Sans un élargissement du panier de services publics, même dans l’optique d’un développement de corridors de services accrus par ces professionnels, leur accès ne peut pas être équitable au sein de la population. Ce seront donc encore les médecins de famille qui devront répondre à ces besoins auxquels on ne répond pas. Considérant cette couverture élargie par le médecin de famille, et sachant que cela peut donc avoir des impacts notoires sur l’atteinte de cible d’indicateurs, la Politique devrait mieux tenir compte de cette réalité.

La Politique souligne la nécessité de modifier les modalités d’attribution des budgets de fonctionnement et d’un mode de rémunération adapté pour les médecins de famille, sous forme de capitation, pour favoriser le travail interprofessionnel et assurer l’accès à des soins pour les clientèles les plus vulnérables.

La FMOQ est favorable à ces principes, mais le cadre d'application de ces derniers devra être négocié avec elle si on souhaite favoriser l'adhésion des médecins au modèle, et non pas se présenter sous forme punitive ou coercitive. Dans ce volet financement, il est important de ne pas oublier de maintenir la stabilité financière des cliniques médicales et ainsi permettre la pérennité de ces milieux de soins.

La Politique ne tient pas compte du besoin de développer des milieux permettant de recevoir des apprenants, tout particulièrement en médecine de famille, et globalement dans toutes les professions évoluant dans le réseau de la santé. Gardons en tête qu'à la dernière année de l'augmentation récente significative des entrées en faculté de médecine, soit en septembre 2026, il y aura au Québec, toutes spécialités confondues, approximativement 1 apprenant (étudiant, externe ou résident) pour 2 médecins en pratique. La Politique doit tenir compte de cette réalité, et ce, sous toutes ses facettes.

La Politique consacre enfin une section complète sur l'accès à des données de qualité, à leur exploitation et à leur transposition en actions pour l'amélioration de la pratique clinique, du parcours de soins et de la satisfaction du patient. Ces objectifs sont cohérents avec un réseau de soins et services en première ligne digne du 21^e siècle.

Cependant, la Politique suggère le développement d'indicateurs quantitatifs de productivité et qualitatifs sur l'état de santé de la population.

La FMOQ, ainsi que le groupe d'experts consultés pour le développement de la Politique, recommandent pourtant très clairement d'utiliser des indicateurs qualitatifs et non quantitatifs. L'utilisation d'indicateurs de suivi doivent permettre d'évaluer l'amélioration de la santé de la population, puisque c'est là l'objectif ultime de la Politique, et non de faire état d'une micro-gestion de la pratique des professionnels de la santé, et tout particulièrement de la pratique des médecins de famille.

CONCLUSION

La FMOQ salue l'intention du gouvernement de mieux structurer l'organisation des soins et services de première ligne, et donc de produire une Politique solide en amont.

Cependant, une politique doit normalement précéder – et non suivre – un plan d'action. Comment justifier que des projets législatifs, comme le projet de loi 106, soient déjà engagés alors que la Politique n'est pas finalisée et que son plan d'action n'a pas encore été fixé ?

Le comité d'experts mandaté par le gouvernement a pourtant été clair dans ses recommandations : plus de soignants; moins de bureaucratie; un professionnel désigné pour chaque patient; du pouvoir local pour organiser les soins; un réseau qui apprend et s'améliore; un financement aligné sur les vrais besoins; des résultats qui comptent pour les patients. La FMOQ est pleinement alignée sur ces six recommandations. Elle invite donc le gouvernement à retourner à la planche à dessin en compagnie des représentants de la Fédération pour préciser le contenu de sa Politique – louable dans ses intentions, mais encore incomplète dans sa formulation.

Dans le même esprit, la FMOQ demande au gouvernement de retirer le projet de loi 106, qui démontre une vision incomplète et réductrice de la première ligne. Tant que la Politique n'aura pas été finalisée et qu'un véritable plan d'action négocié n'aura pas été établi quant à la participation des médecins de famille, il serait hasardeux de se lancer dans des projets législatifs ne reposant pas sur des bases consensuelles solides, cohérentes et partagées avec les principaux acteurs du réseau.

Car une telle politique orientera la manière de structurer les soins en première ligne, créera un nouveau modèle de soins et influencera durablement le quotidien des patients comme celui des professionnels qui en prennent soin. À commencer par les médecins de famille, dont le rôle demeure central et incontournable.