

Mai 2025

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

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Commissaire à la santé et au bien-être

880, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1S 2L2
Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca

Rédaction, révision linguistique et édition

CSBE

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN : 978-2-555-01346-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2025

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et abréviations.....	4
Introduction.....	5
1. Le Commissaire à la santé et au bien-être.....	6
1.1. Mandat.....	6
1.2. Fonctions.....	7
1.3. Vision.....	7
1.4. L'approche du Commissaire.....	8
2. Contexte du projet de loi N° 106.....	10
3. Les stratégies du projet de loi.....	11
3.1. La réforme des modes de rémunération.....	12
3.2. Des responsabilités nouvelles pour les DTMF.....	16
4. Les observations du Commissaire sur le projet de loi n° 106.....	17
Conclusion.....	19
Liste des recommandations.....	20

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
DTMF	Département territorial de médecine familiale
LCSBE	<i>Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être</i>
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PL106	Projet de loi n° 106, <i>Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux</i> (43 ^e législature, 1 ^{re} session)
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SQ	Santé Québec

INTRODUCTION

Le projet de loi n°106 (PL106), présenté le 8 mai 2025 par le ministre de la Santé dans le but d'instituer la *Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux*¹, s'inscrit dans la continuité des efforts déployés pour améliorer la performance du système de santé et de services sociaux du Québec. Il vise à instaurer une responsabilisation collective des médecins quant aux résultats de santé de la population en misant sur une réforme des modes de rémunération, l'affiliation obligatoire de la population à un milieu clinique et le renforcement du rôle des milieux locaux de soins dans l'organisation des services.

Le Commissaire à la santé et au bien-être (Commissaire), dont le mandat est d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux et d'éclairer les choix collectifs, accueille favorablement cette volonté de transformation.

Le PL106 propose une évolution importante de la gouvernance clinique et du financement des services médicaux, qui est compatible avec l'approche centrée sur la valeur et sur la santé populationnelle que porte le Commissaire.

Cette réforme est un élément parmi d'autres initiatives qui ont le potentiel d'améliorer l'accès aux soins et aux services de santé, mais elle comporte son lot de défis.

En premier lieu, elle devra être accompagnée de mécanismes robustes de mise en œuvre, d'un soutien adapté aux acteurs, incluant des systèmes d'information intégrés, ainsi que d'une vision claire et partagée du système à construire. L'histoire récente du système de santé et de services sociaux québécois montre que l'échec à atteindre les objectifs de régulation repose, entre autres, sur la déficience dans la mise en œuvre des conditions concrètes de leur exécution.

Il faudra aussi être attentif aux effets pervers possibles des incitatifs proposés par ce projet de loi. Un équilibre devra être recherché pour éviter à la fois l'exclusion des personnes les plus vulnérables et une répartition inéquitable des ressources. Par exemple, certains mécanismes pourraient en effet favoriser – involontairement – les cas simples, au détriment des personnes aux conditions de santé complexes, marginalisées ou carrément exclues du système,

¹ 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* (43^e législature, 1^{re} session), présenté le 8 mai 2025.

notamment les personnes en situation d'errance médicale, qui exigent plus de temps, de continuité et de souplesse. À l'inverse, un financement ciblé sur les clientèles vulnérables, s'il est mal calibré, pourrait entraîner une concentration excessive des efforts sur certains profils, au détriment de la diversité des besoins.

Ces risques illustrent l'importance de porter une attention aux choix de mise en œuvre. C'est dans cette optique que le Commissaire souhaite partager ses constats et formuler des recommandations afin de bonifier le projet de loi. Ses propositions visent à renforcer l'alignement du PL106 avec une logique de santé populationnelle.

Elles s'adressent au législateur avec l'intention de contribuer à une réforme qui tienne ses promesses : un système de santé et de services sociaux plus accessible, mieux coordonné et plus orienté vers ce qui compte réellement pour la population en matière de santé et de bien-être.

1. LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

1.1. Mandat

Institué par la *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être* (RLRQ, chapitre C-32.1.1, ci-après LCSBE), le Commissaire est responsable d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux en prenant en compte l'ensemble des éléments systémiques interactifs de ce dernier². Il a aussi pour mandat de fournir à la population les éléments nécessaires à une compréhension globale des actions entreprises par le gouvernement eu égard aux grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux³. Pour ce faire, le Commissaire doit considérer la qualité, l'accessibilité, l'intégration, l'assurabilité et le financement des services, en plus de tenir compte des déterminants de la santé et du bien-être, des aspects éthiques liés à la santé et au bien-être, des médicaments ainsi que des technologies⁴.

² LCSBE, art. 2, al. 1.

³ LCSBE, art. 2, al. 1.

⁴ LCSBE, art. 2, al. 2.

1.2. Fonctions

Aux fins de la réalisation de son mandat, le Commissaire est notamment investi des fonctions suivantes⁵ :

- 1) évaluer l'ensemble des éléments du système de santé et de services sociaux afin d'en déterminer la pertinence;
- 2) apprécier périodiquement les résultats obtenus par le système de santé et de services sociaux en fonction des ressources qui y sont affectées et des attentes raisonnables qui peuvent en découler;
- 3) informer le ministre de la Santé et la population de la performance globale du système de santé et de services sociaux, des changements qu'il propose afin d'en améliorer, notamment, l'efficacité ou l'efficience de même que des enjeux et des implications de ses propositions;
- 4) rendre publiques les informations permettant un débat au sein de la population sur les enjeux et les choix nécessaires à la viabilité du système de santé et de services sociaux et une compréhension globale, par la population, de ceux-ci;
- 5) donner des avis au ministre sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population, notamment par l'analyse rétrospective des impacts des politiques gouvernementales sur cet état.

1.3. Vision

La vision du Commissaire est d'être un intervenant public de confiance qui contribue à l'évolution du système au bénéfice de la population.

En d'autres mots, le Commissaire vise à éclairer la prise de décision, tant pour les décideurs que pour le public, en incarnant les valeurs d'équité, de transparence, d'impartialité et de rigueur. Il s'emploie à révéler les faiblesses du système de santé et de services sociaux et le potentiel d'amélioration de la valeur pour la population, à soutenir l'adaptation du système aux besoins réels, à contribuer à lever les obstacles systémiques, à encourager la participation citoyenne et à appuyer le passage à l'action, dans le respect des enjeux éthiques.

⁵ LCSBE, art. 14.

1.4. L'approche du Commissaire

Le CSBE a placé la valeur au centre de son cadre d'analyse d'appréciation de la performance du système québécois de santé et de services sociaux.

Le Commissaire définit la valeur comme l'ensemble des résultats importants pour la population, obtenus par le système, en tenant compte des ressources utilisées et des valeurs de la société.

Un système de santé et de services sociaux crée de la valeur lorsqu'il :

- améliore la santé et le bien-être de la population;
- répond aux besoins et aux priorités des personnes;
- assure sa viabilité et la protection financière face aux besoins de santé;
- agit de manière équitable et efficiente.

La valeur d'un système de santé et de services sociaux correspond à sa capacité à produire les résultats de santé et de bien-être qui sont importants pour la population, en considérant les ressources consenties et les valeurs sociétales.

Une telle approche implique :

- une évaluation des services selon leur impact réel sur les résultats prioritaires collectifs;
- une imputabilité partagée entre les acteurs du système (incluant les médecins);
- un système de financement qui soutient l'atteinte des résultats et non les volumes d'actes;
- un cadre organisationnel favorisant la coordination, la prévention et la pertinence des soins;
- une utilisation efficiente des ressources pour assurer la viabilité du système.

Les leviers d'une approche centrée sur la valeur

La littérature scientifique, les expériences internationales et les travaux d'experts s'entendent : plusieurs leviers sont nécessaires pour mettre en place une gouvernance axée sur la valeur en santé. Parmi ces leviers figurent les éléments suivants :

- l'organisation intégrée des soins et des services en fonction des besoins de la population;
- la mesure des résultats et des coûts pour tous les usagers pour tout le cycle de soins et de services;
- le financement, par capitation⁶ ou paiement regroupé pour tous les soins et services requis pour un épisode de soins;
- la prestation de soins et de services de manière intégrée par les différents établissements;
- la construction d'un système d'information soutenant les soins de santé et de services sociaux basés sur la valeur (systèmes intégrés et données qui suivent l'usager, peu importe où il se trouve dans le système).

L'approche de santé populationnelle pour améliorer la valeur

Le concept de santé populationnelle repose sur l'idée d'intervenir avant que les problèmes de santé ne surviennent. Il est fondé sur le partage de la responsabilité de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être d'une population entière entre tous les acteurs de santé d'un territoire. Elle s'effectue au sein d'un territoire donné.

Elle vise deux objectifs principaux :

- répondre de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- réduire les inégalités de santé et favoriser l'équité en santé.

Cette approche implique d'aligner les incitatifs sur des résultats collectifs, plutôt que sur des actions individuelles isolées. Elle nécessite :

- d'assurer une offre de services tout au long du continuum de soins (en accordant une place centrale à la première ligne et à la santé publique);
- de diviser la population en segments qui présentent des caractéristiques et des besoins homogènes (et non pas uniquement en fonction de la maladie);

⁶ La capitation consiste à verser un montant fixe par usager inscrit, indépendamment du nombre ou du type de services fournis. Dans la majorité des pays, la capitation couvre tous les services requis par une personne ou une population pour une période donnée, favorisant ainsi une approche plus populationnelle et préventive. (Source : Fonds de recherche du Québec (FRQ). (2021)). Rémunération médicale et gouvernance clinique : Rapport final, https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/08/rapport_remuneration_medicale_et_gouvernance_clinique.pdf

- de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé et les besoins psychosociaux;
- de développer une offre holistique locale (communautaire);
- d'adapter les mécanismes de financement pour encourager la prise en charge d'une population donnée;
- et de se donner des systèmes d'information efficaces, ainsi que la capacité d'analyser les données pour repérer les risques (p. ex. complications), prévoir les besoins selon les caractéristiques de la population et évaluer les résultats. Tout cela exige de posséder des données fiables, de bons outils et des compétences en analyse.

2. CONTEXTE DU PROJET DE LOI N° 106

L'enjeu de l'accès au système québécois de santé et de services sociaux perdure depuis au moins les 30 dernières années. Les résultats parlent d'eux-mêmes : l'augmentation des budgets et les incitatifs à augmenter les activités, dont la rémunération à l'acte, n'ont pas réglé cet enjeu. Revoir les mécanismes de financement est un des éléments incontournables pour améliorer l'accès, au même titre que l'allocation et la configuration des ressources, la capacité d'influence du corps médical sur la gouvernance ainsi que la gestion et l'organisation des services. Tant que les mécanismes de financement ne seront pas alignés avec les objectifs de santé, il n'y aura pas d'amélioration.

Le PL106 vient justement modifier les modes de rémunération des médecins pour pallier les désavantages du financement principalement à l'acte. Il met aussi en place des dispositifs afin de mitiger les risques associés aux modes de rémunération alternatifs.

Cependant, les travaux parlementaires entourant le projet de loi se déroulent dans un environnement complexe alors que plusieurs chantiers se déroulent simultanément, et leurs résultats auront un impact déterminant sur la capacité de ce projet de loi à générer les effets voulus dont l'amélioration de l'accès, notamment :

- les négociations en cours avec les fédérations médicales sur les enveloppes dédiées aux soins médicaux et sur les indicateurs de résultats;

- la stratégie de mise en œuvre des politiques sur la première ligne, de prévention et de soutien à domicile, lesquelles influenceront la manière dont les milieux de soins de proximité seront organisés et soutenus;
- et, à l'arrière-plan, la poursuite de la transformation de la gouvernance du système de santé et services sociaux amorcée par la création de Santé Québec.

Ainsi, toutes ces stratégies doivent agir en synergie avec le PL106. C'est pourquoi il importe pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Santé Québec de se doter d'une vision et d'un plan d'action intégrés.

Au-delà de ces enjeux, il serait regrettable que le Québec se prive des bénéfices potentiels de la transformation des mécanismes de rémunération des médecins proposée par le PL106 sous prétexte que sa mise en œuvre n'est pas complètement définie. Cela dit, cette mise en œuvre méritera une attention particulière, car c'est essentiellement d'elle que dépendront le succès de cette réforme et l'atteinte des résultats souhaités.

De plus, bien que le débat public soit plutôt centré sur les incitatifs à la « performance », c'est selon nous le principe de la capitation qui s'avère le plus susceptible de générer le changement.

3. LES STRATÉGIES DU PROJET DE LOI

Le PL106 vise principalement à améliorer l'accès aux soins médicaux en affiliant toute la population assurée à un milieu clinique, en modifiant le mode de rémunération des médecins, en instaurant une responsabilisation collective dans les milieux de pratique et en encourageant la pratique interprofessionnelle. Ces intentions se manifestent par l'entremise des mécanismes d'incitatifs collectifs et l'introduction de modes de rémunération combinés (par capitation, horaire et à l'acte).

Élément majeur à souligner, le PL106 marque un pas important vers la décentralisation du pouvoir de décision. En confiant la responsabilité aux médecins eux-mêmes de décider comment répartir au niveau local les fonds alloués par capitation et pour les incitatifs collectifs, le projet de loi traduit l'intention du gouvernement de décentraliser les décisions et de redonner plus d'autonomie aux médecins et, par extension, aux milieux locaux par l'entremise du leadership médical.

3.1. La réforme des modes de rémunération

Le PL106 introduit un mode de rémunération composé de quatre éléments : la capitation, un supplément collectif comme mesure incitative, le taux horaire et la rémunération à l'acte pour certains cas particuliers.

La capitation

Celle-ci est ajustée selon un indice de vulnérabilité, établi par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et dont le niveau serait révisé annuellement.⁷ Ainsi, la capitation est établie en fonction du niveau de vulnérabilité des personnes affiliées à leur milieu. Elle est versée au milieu clinique qui décide de sa répartition. La capitation devrait représenter la plus grande proportion du salaire du médecin.

Avantages

Nous voyons au moins trois avantages à ce type de rémunération :

- 1) les médecins sont encouragés à prendre en compte l'ensemble des facteurs qui peuvent affecter la santé lors d'une visite, et ce, sans qu'ils soient pénalisés;
- 2) ils sont aussi encouragés à déléguer des actes et des consultations à d'autres professionnels sans être pénalisés;
- 3) les médecins d'un même milieu répartissent eux-mêmes les revenus en fonction des critères qu'ils auront eux-mêmes établis.

Risques

Cela dit, nous y voyons également des risques :

- 1) les soins pourraient être concentrés sur une part limitée de la population à moins que l'on prévoie des mécanismes pour s'assurer que toutes les personnes ayant des besoins de consultation reçoivent des services (y compris les personnes considérées en bonne santé et celles qui sont plus vulnérables). De plus, le système doit s'assurer que les incitatifs ne renforcent pas les logiques d'exclusion déjà présentes, en négligeant les personnes moins visibles, plus difficiles à inscrire, à suivre ou à stabiliser;
- 2) la fréquence de révision des niveaux de vulnérabilité sera déterminante afin que les fonds versés aux milieux cliniques correspondent réellement

⁷ PL106, article 16. Cette disposition introduit la nouvelle section III.0.1 (articles 38.0.1 à 38.0.15) dans la [Loi sur l'assurance maladie](#) (chapitre A-29). Le principe de la capitation est prévu aux articles 38.0.1 et 38.0.2.

aux besoins de la clientèle. Un mécanisme de révision rétroactive des budgets pourrait diminuer le risque autant pour les prestataires de services que pour la clientèle.

RECOMMANDATION 1

Le Commissaire recommande que le PL106 introduise, dans les modifications prévues à la *Loi sur l'assurance maladie* (chapitre A-29) concernant la rémunération par capitation, la possibilité d'une mise à jour plus fréquente (au besoin) des indices de vulnérabilité, ainsi qu'un mécanisme d'ajustement rétroactif des budgets cliniques si l'évolution des besoins le justifie.

L'introduction d'incitatifs collectifs

Le projet de loi prévoit que le montant du supplément collectif ne peut excéder un montant correspondant à 25 % de la rémunération d'un médecin.⁸

Cette part de la rémunération serait accordée en fonction de l'atteinte d'objectifs de performance fixés par règlement. Encore ici, la rémunération serait versée au milieu clinique (national ou local), qui déciderait de sa répartition.

Le Commissaire observe que ce dispositif soulève des questions et des désaccords avec les parties prenantes sur la notion de « performance », utilisée dans le projet de loi pour désigner les objectifs à atteindre. Cette notion, souvent associée à des indicateurs d'activité, est difficile à définir de manière consensuelle et utile dans une logique de responsabilisation collective. Le Commissaire recommande donc d'utiliser plutôt l'expression « **résultats de santé** », mieux alignée sur la mission des professionnels de la santé et sur une approche centrée sur la valeur.

⁸ PL106, article 26, modifiant la [Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée](#) (chapitre A-2.2) pour y introduire le nouveau chapitre III.1 (articles 29.19 à 29.54). Le principe est prévu à l'article 29.20.

Avantages

Cette mesure nous semble comporter des avantages :

- si elle se fondait sur les résultats, cette mesure encouragerait les prestataires de soins et services à centrer collectivement leur attention sur les résultats de toute la population dont ils ont la responsabilité;
- ceci aurait donc pour effet de répartir les efforts entre eux et avec d'autres professionnels pour maximiser les résultats de santé de toutes les personnes affiliées à leur milieu.

Risques

Certains effets non souhaitables sont aussi possibles :

- si les objectifs retenus sont fondés sur des indicateurs de volume, ils risquent de reproduire les effets pervers du financement à l'acte⁹;
- si les médecins n'ont pas d'influence sur les objectifs retenus, ils risquent de moins adhérer aux objectifs;
- enfin, la pertinence des objectifs sera limitée si les priorités à poursuivre sont déterminées sans inclure le point de vue des personnes concernées, dont les citoyens, les usagers inscrits et les professionnels interdisciplinaires.

Sur le plan des risques, nous croyons que des indicateurs de résultats fondés sur la quantité vont générer les mêmes biais que le financement à l'acte. Il faudra donc plutôt adopter des indicateurs de résultats qui informent sur la santé de la population et sur lesquels les milieux cliniques exerceront une influence. Par ailleurs, il serait opportun d'adopter des indicateurs liés aux résultats qui sont prioritaires pour les personnes concernées.

Par exemple, si l'on part du principe selon lequel la population d'un milieu souhaite être plus en santé et pouvoir elle-même le constater, l'informer d'une baisse du nombre des visites à l'urgence et des hospitalisations pourrait lui fournir une preuve, ne serait-ce qu'indirecte, d'une amélioration de sa santé.

⁹ Voir les nouveaux articles 29.23 et 29.28 de la [Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée](#), introduits par l'article 26 du PL106.

RECOMMANDATION 2

Le Commissaire recommande de remplacer, lorsqu'approprié, le terme « performance » par l'expression « résultats de santé » dans le texte du projet de loi, afin de mieux refléter une logique de responsabilisation collective centrée sur la valeur.

RECOMMANDATION 3

Le Commissaire recommande que le projet de loi soit modifié afin d'encadrer plus explicitement la définition des indicateurs liés aux objectifs incitatifs collectifs.

Plus particulièrement, les indicateurs devraient :

- être liés aux résultats prioritaires pour les personnes concernées;
- être centrés sur les résultats de santé et de bien-être observables, sur lesquels les milieux cliniques peuvent exercer une influence (p. ex. réduction des hospitalisations évitables, continuité des suivis);
- faire l'objet d'une révision périodique, afin de garantir leur pertinence.

La rémunération à taux horaire

Ce mode est proposé pour reconnaître le temps consacré aux activités cliniques et non cliniques, ce qui représente une avancée à notre avis¹⁰. En effet, il permet de valoriser des tâches comme la supervision, la coordination ou la participation à l'organisation des soins, qui sont importantes, mais non couvertes dans les modes de rémunération à l'acte.

Le paiement à l'acte

Celui-ci serait maintenu de façon résiduelle pour certains services définis¹¹.

Nous n'avons pas de commentaires particuliers sur ces deux derniers modes de financement, qui selon nous portent peu à confusion ou à controverse.

¹⁰ PL106, article 17. Cette disposition édicte le nouveau *Règlement sur le mode de rémunération composée applicable aux médecins omnipraticiens*. Voir la section 1 de ce Règlement.

¹¹ Voir le nouveau *Règlement sur le mode de rémunération composée applicable aux médecins omnipraticiens*, article 2.

3.2. Des responsabilités nouvelles pour les DTMF

Le projet de loi confère un rôle accru aux départements territoriaux de médecine familiale (DTMF). Ceux-ci seront responsables d'affilier chaque personne assurée à un milieu clinique de proximité, selon son lieu de résidence, son indice de vulnérabilité et les capacités locales. Ils devront aussi élaborer des plans de couverture territoriaux et contribuer à la planification des effectifs médicaux.

Avantages

Cette nouvelle répartition des responsabilités pourrait engendrer plusieurs bénéfices :

- elle favoriserait une approche populationnelle de l'organisation des soins, en fonction des besoins réels des territoires;
- elle permettrait une meilleure coordination entre les ressources disponibles et la couverture de services attendue;
- elle créerait les conditions propices pour une responsabilisation locale accrue quant à l'accès et à la continuité des soins.

Risques ou désavantages

Cette stratégie comporte toutefois certains risques :

- les mécanismes d'affiliation pourraient devenir rigides, ce qui limiterait la capacité d'adaptation aux réalités individuelles et locales;
- s'il est trop complexe ou basé sur des outils inadéquats, le processus d'évaluation de la vulnérabilité pourrait entraîner des effets indésirables sur le financement ou l'accès aux soins;
- sans soutien adéquat, les DTMF pourraient manquer de leviers pour assumer efficacement leurs nouvelles responsabilités;
- en se concentrant uniquement sur les personnes assurées, le processus d'affiliation pourrait laisser en périphérie des groupes vulnérables qui échappent déjà aux circuits formels de soins (personnes désaffiliées, réfugiées, récemment immigrées, etc.).

4. LES OBSERVATIONS DU COMMISSAIRE SUR LE PROJET DE LOI N° 106

Au-delà des observations plus particulières formulées au sujet des stratégies du projet de loi, le Commissaire souhaite faire part de ses constats généraux à son égard, et de quelques mises en garde.

D'une part, la transformation de la rémunération des médecins constitue un changement important de la gouvernance des services de santé et des services sociaux. Cette transformation a selon nous le potentiel d'améliorer l'accès aux soins et aux services, ainsi que les résultats de santé. En plus, elle offre une occasion réelle de décentralisation des décisions vers les milieux de pratique. D'autre part, quelques nuances et mises en garde nous semblent ici indiquées pour qu'il s'agisse d'une stratégie parmi plusieurs autres stratégies cohérentes alignées sur une vision concertée.

Une réforme prometteuse, mais encore incomplète et sans vision partagée

La réforme de la rémunération s'inscrit dans une vision plus large de la transformation du système qui, bien qu'amorcée, n'a pas encore été terminée ni communiquée. Cet exercice sera déterminant pour l'atteinte des objectifs de la réforme proposée par le PL106.

Bref, une vision et un plan d'action intégrés s'imposent pour s'y rendre, lesquels devront tenir compte du transfert des ressources vers les milieux locaux. Ce plan d'ensemble devra préciser comment les ressources et les décisions opérationnelles seront transférées vers les milieux locaux. Il faudra également planifier de quelle manière les ressources professionnelles, à qui l'on déléguera des actes, seront financées, ainsi que les étapes concrètes du déploiement de cette transformation.

Une décentralisation nécessaire, mais exigeante

Le projet prévoit une responsabilisation accrue des milieux locaux. Cette décentralisation est souhaitable, mais devra être bien soutenue et accompagnée. Le succès de la responsabilité collective dépendra, notamment :

- de la qualité des outils de mesure utilisés;
- du soutien concret à l'organisation locale des soins;
- du niveau d'autonomie laissé aux milieux de pratique.

Une transformation culturelle incontournable et à soutenir

La réforme exigera bien plus qu'un changement structurel : elle nécessite une transformation culturelle, une évolution des pratiques fondée sur la coopération, la gestion du risque et une approche populationnelle. Cela requiert un accompagnement soutenu : formation continue, leadership local et soutien au changement.

RECOMMANDATION 4

Le Commissaire recommande que le projet de loi prévoie explicitement des mesures d'appui à la transformation organisationnelle et culturelle qu'entraînera la responsabilisation accrue des milieux cliniques.

Ces mesures devraient inclure :

- un programme de formation et d'accompagnement adapté aux réalités locales;
- un financement adéquat des fonctions de coordination et de gestion clinique;
- une allocation de ressources professionnelles établie en fonction de la population affiliée;
- un déploiement progressif des réformes.

RECOMMANDATION 5

Le Commissaire recommande également que le projet de loi précise les rôles respectifs de Santé Québec et des DTMF afin de soutenir un équilibre fonctionnel entre encadrement et autonomie locale.

CONCLUSION

Le PL106 suscite déjà des débats importants, ce qui est normal et prévisible, sachant qu'il touche à des leviers sensibles, dont la rémunération, la responsabilité, et l'organisation des soins.

On ne doit cependant pas perdre de vue l'objectif collectif d'améliorer durablement l'accès aux soins et services offerts par le système, dans le respect des besoins de la population. Cela exige un système mieux coordonné, plus équitable, et capable de produire des résultats concrets en santé.

Nous croyons qu'avec ce projet de loi, le législateur a entre les mains une occasion réelle d'orienter le système vers plus de valeur pour la population. Les objectifs en sont louables, mais ils sont rattachés à des enjeux à la fois culturels, socio-économiques et sociétaux complexes. Si la réforme à laquelle nous invite le PL106 est bien orchestrée, s'inscrit dans une plus large vision de la transformation de notre système de santé et se donne les moyens nécessaires pour s'implanter en s'inspirant des leçons apprises ailleurs dans le monde, elle pourrait marquer un tournant historique dans notre approche de la santé et du bien-être collectif, et devenir une référence pour les juridictions confrontées aux mêmes défis que la nôtre.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1

Le Commissaire recommande que le PL106 introduise, dans les modifications prévues à la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) concernant la rémunération par capitation, la possibilité d'une mise à jour plus fréquente (au besoin) des indices de vulnérabilité, ainsi qu'un mécanisme d'ajustement rétroactif des budgets cliniques si l'évolution des besoins le justifie.

RECOMMANDATION 2

Le Commissaire recommande de remplacer, lorsqu'approprié, le terme « performance » par l'expression « résultats de santé » dans le texte du projet de loi, afin de mieux refléter une logique de responsabilisation collective centrée sur la valeur.

RECOMMANDATION 3

Le Commissaire recommande que le projet de loi soit modifié afin d'encadrer plus explicitement la définition des indicateurs liés aux objectifs incitatifs collectifs.

Plus particulièrement, les indicateurs devraient :

- être liés aux résultats prioritaires pour les personnes concernées;
- être centrés sur les résultats de santé et de bien-être observables, sur lesquels les milieux cliniques peuvent exercer une influence (p. ex. réduction des hospitalisations évitables, continuité des suivis);
- faire l'objet d'une révision périodique, afin de garantir leur pertinence.

RECOMMANDATION 4

Le Commissaire recommande que le projet de loi prévoie explicitement des mesures d'appui à la transformation organisationnelle et culturelle qu'emportera la responsabilisation accrue des milieux cliniques.

Ces mesures devraient inclure :

- un programme de formation et d'accompagnement adapté aux réalités locales;
- un financement adéquat des fonctions de coordination et de gestion clinique;
- une allocation de ressources professionnelles établie en fonction de la population affiliée;
- un déploiement progressif des réformes.

RECOMMANDATION 5

Le Commissaire recommande également que le projet de loi précise les rôles respectifs de Santé Québec et des DTMF, afin de soutenir un équilibre fonctionnel entre encadrement et autonomie locale.

