

CANADA

PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

COUR SUPÉRIEURE
(Chambre civile)

NO :

**FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**,
personne morale sans but lucratif
constituée en vertu de la Loi sur les
syndicats professionnels, RLRQ c. S-40,
ayant son siège social 3500, boulevard de
Maisonnette Ouest, Westmount, Québec,
H3Z 3C1, district de Montréal

Demanderesse

c.

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC,
ayant un bureau au Palais de justice de
Montréal, 1, rue Notre-Dame Est, bureau
8.00, Montréal, Québec, H2Y 1B6, district
de Montréal

Défendeur

**DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE DE POURVOI
EN CONTRÔLE JUDICIAIRE
(Articles 76, 77, 509 et 529 et suivants C.p.c.)**

**AU SOUTIEN DE SA DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE, LA
DEMANDERESSE SOUMET RESPECTUEUSEMENT CE QUI SUIT :**

I. INTRODUCTION

1. La Demanderesse Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (**FMOQ**) demande une déclaration d'invalidité des articles 1 à 4, 9, 12, 14, 17 à 19, 21, 22, 24, 26, 33-34, 42 à 55, 59, 65, 83, 106 à 122, 131 (1^o) à (3^o), 133 al. 2, 187, 208 et 209 (**Dispositions visées**) de la *Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services* adoptée sous bâillon le 25 octobre 2025 et sanctionnée le même jour (**Loi 2**).

2. La Loi 2 constitue une attaque sans précédent aux droits constitutionnels de la FMOQ et de ses membres. Mais pire encore, la Loi 2 va directement à l'encontre de l'objectif cardinal de la FMOQ, qui est d'améliorer l'accessibilité à des soins de santé de qualité pour l'ensemble de la population.
3. La FMOQ dépose ainsi la présente demande pour des raisons qui vont bien au-delà de l'intérêt des médecins de famille au Québec. Elle est tout autant guidée par la nécessité de protéger les patients contre une loi inconstitutionnelle qui met en péril l'accessibilité à des soins de qualité au sein du système public.

II. SURVOL

4. Il est de notoriété publique qu'une partie significative de la population québécoise a des difficultés d'accès aux services médicaux offerts dans le régime public de soins de santé au Québec, incluant aux consultations et soins de première ligne.
5. En effet, préalablement à l'adoption de la Loi 2, la FMOQ estimait qu'il manquait déjà plus de 2 000 médecins de famille au Québec. Pour sa part, le ministère de la Santé et des Services sociaux (**MSSS**) estimait, en 2024, qu'il manquait l'équivalent d'approximativement 1 460 médecins de famille travaillant à temps plein en première ligne pour répondre adéquatement au besoin de prise en charge de la population, tel qu'il appert de la copie de la correspondance du MSSS du 11 septembre 2024 communiquée comme **pièce P-1**.
6. Or, sous le couvert de vouloir remédier aux enjeux d'accès à la médecine familiale, le gouvernement du Québec (**Gouvernement**) a entrepris en 2025 une réforme d'une ampleur inédite destinée à transformer radicalement les modalités d'accès aux soins de première ligne et des modes de rémunération des médecins de famille œuvrant au sein du régime public. Cette réforme a culminé avec l'adoption de la Loi 2 dans la nuit du 24 au 25 octobre 2025.
7. Cette réforme s'inscrit dans la continuité d'une offensive législative amorcée au printemps 2025 avec l'adoption d'une loi qui, à toutes fins pratiques, contraint les médecins de famille œuvrant au sein du régime public à y demeurer, en les empêchant de migrer vers la pratique privée en dehors de celui-ci¹.
8. Il découle de ces réformes des changements drastiques aux conditions d'exercice et de rémunération des médecins de famille qui n'ont fait l'objet d'aucun processus véritable de négociation collective avec la FMOQ.
9. La FMOQ a, certes, été conviée à des négociations de façade, lesquelles ont été accompagnées d'une vaste campagne de relations publiques par laquelle le Gouvernement s'est employé à marteler à la population que les médecins portaient collectivement l'odieux de l'accès déficient aux services médicaux offerts dans le régime public.

¹ Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux, RLRQ c. E-20.002.

10. À en croire les représentants du Gouvernement, la population n'en a « pas pour son argent » parce que les médecins « doivent en faire plus », véhiculant ainsi le stéréotype, gratuit et erroné, selon lequel les médecins ne travaillent pas assez et qu'un accroissement de leur productivité suffirait à régler les problèmes structurels qui affligent le réseau public de soins de santé au Québec.
11. Ce narratif trompeur imputant la responsabilité aux médecins plutôt qu'aux défaillances systémiques visait délibérément à détourner l'attention des véritables enjeux et à légitimer l'imposition unilatérale d'une réforme sans précédent qui modifie de manière irréversible le système de santé québécois.
12. Malgré les invitations répétées de la FMOQ, le Gouvernement a obstinément refusé qu'un arbitre décide de la juste rémunération des médecins de famille, et ce, malgré que la FMOQ se soit publiquement engagée à respecter l'issue d'un tel arbitrage, incluant dans l'éventualité où une sentence conclurait à la nécessité d'une baisse de la rémunération des médecins de famille.
13. Ce refus délibéré illustre la volonté du Gouvernement de se soustraire à tout mécanisme impartial susceptible de tempérer cette réforme sans précédent imposée unilatéralement et qui est décriée par la quasi-totalité des experts.
14. L'adoption de la Loi 2 sous bâillon, moins de 24 heures après son dépôt, est la consécration de la stratégie de négociation de mauvaise foi du Gouvernement.
15. En abrogeant et en modifiant des ententes dûment négociées et en imposant unilatéralement des conditions d'exercice et de rémunération des médecins omnipraticiens, la Loi 2 retire d'importants sujets de la négociation collective avec la FMOQ, entrave substantiellement le droit à un processus de négociation véritable, et viole le droit à la liberté d'association des membres de la FMOQ.
16. Cette imposition unilatérale de conditions d'exercice et de rémunération est le dernier chapitre d'une décennie de négociations sous menace de législation punitive et est assortie, au surplus, de restrictions totales aux moyens de pression déjà particulièrement limités dont disposent les médecins.
17. La Loi 2 va encore plus loin. Non seulement opère-t-elle une transformation irréversible du système de santé et hautement préjudiciable pour la patientèle, mais elle consacre également des mesures liberticides destinées à priver les médecins de tout rapport de force dans les négociations avec le Gouvernement.
18. Devant ces attaques sans précédent à ses propres droits fondamentaux ainsi qu'à ceux de ses membres, la FMOQ n'a d'autre choix que de requérir l'intervention de cette Cour pour faire respecter les droits constitutionnels garantis par la *Charte des droits et libertés de la personne* (**Charte québécoise**) et la *Charte canadienne des droits et libertés* (**Charte canadienne**)².

² Ci-après collectivement désignées comme les **Chartes**.

19. La présente demande aborde, dans l'ordre, les sujets suivants :

- les parties (partie III);
- les modes de pratique de la médecine et les ententes collectives régissant la pratique de la médecine familiale au sein du régime public (partie IV);
- les menaces récurrentes de lois et règlements pour soutirer des ententes modifiant les conditions d'exercice et de rémunération des omnipraticiens depuis la dernière décennie (partie V);
- la rupture historique dans la pratique de la médecine familiale imposée par la Loi 2 (partie VI);
- les atteintes aux droits constitutionnels des membres de la FMOQ (partie VII).

III. LES PARTIES

A. LA FMOQ

20. La FMOQ est un organisme à but non lucratif constitué en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels*³, tel qu'il appert de la copie de l'extrait pertinent du registre des entreprises communiquée comme **pièce P-2**.
21. Aux fins de la négociation de toute entente découlant de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*⁴ (**LAM**), la FMOQ est l'organisme reconnu par le MSSS (également désigné ci-après comme la **Partie gouvernementale** lorsqu'agissant conjointement avec le Secrétariat au Conseil du trésor) comme étant l'organisme représentatif de tous les médecins qui détiennent, exclusivement, un certificat de spécialiste en médecine de famille (**Omnipraticien**), tel qu'il appert de l'article 2.01 de la copie de l'*Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation* (**Entente générale**) communiquée comme **pièce P-3**.
22. En vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels*, la FMOQ peut exercer les droits appartenant à ses membres, dont celui d'ester en justice⁵.
23. La FMOQ a un intérêt réel, né et actuel afin d'intenter le présent pourvoi.

B. Le Procureur général du Québec

24. Le Procureur général du Québec a la responsabilité, en vertu de l'article 4 de la *Loi sur le ministère de la Justice*⁶, de défendre toute réclamation en justice formée contre l'État québécois.

³ RLRQ, c. S-40.

⁴ RLRQ, c. A-29.

⁵ Art. 9 de la *Loi sur les syndicats professionnels*, RLRQ, c. S-40.

⁶ RLRQ, c. M-40.

25. Le MSSS est le ministère chargé du fonctionnement du système de santé et de services sociaux au Québec.

26. Le ministre de la Santé et des Services sociaux (**Ministre**) est responsable de l'application de la Loi 2 et des règlements pris en vertu de celle-ci. Depuis le 20 octobre 2020, le titulaire de ce poste est M. Christian Dubé.

IV. MODES DE PRATIQUE ET ENTENTES COLLECTIVES RÉGISSANT LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE FAMILIALE DANS LE RÉGIME PUBLIC

A. Les modes de pratique

27. Au Québec, la *LAM* instaure un régime public d'assurance couvrant, notamment, les coûts des « services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical » (**Régime public**). Tels coûts sont assumés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (**RAMQ**)⁷.

28. Tout médecin légalement autorisé à fournir des services assurés est désigné par la *LAM* comme un « professionnel » ou un « professionnel de la santé »⁸.

29. Au sens de la *LAM*, tout professionnel est classé selon un des trois modes de pratique suivants :

- le « professionnel non participant » : celui qui (1) exerce sa profession en dehors du cadre du régime institué par la *LAM* et qui n'accepte pas d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une « entente », ou qui fait l'objet d'une ordonnance de non-participation, et (2) dont tous les patients assument seuls le paiement des honoraires⁹ (**Professionnel non participant**);
- le « professionnel désengagé » : celui qui (1) exerce sa profession en dehors du cadre du régime institué par la *LAM*, mais qui (2) accepte d'être rémunéré suivant le tarif prévu à une « entente » et dont le montant des honoraires est payé à ses patients par la RAMQ¹⁰ (**Professionnel désengagé**); et
- le « professionnel soumis à l'application d'une entente » : celui qui (1) exerce sa profession dans le cadre du régime institué par la *LAM*, (2) qui est rémunéré suivant le tarif prévu à une « entente », et (3) dont le montant des honoraires lui est payé par la RAMQ, ou directement par une personne assurée, selon que cette dernière ait présenté sa carte d'assurance maladie ou non¹¹ (**Professionnel participant**).

⁷ *LAM*, art. 3.a).

⁸ *LAM*, art. 1.b).

⁹ *LAM*, art. 1.e).

¹⁰ *LAM*, art. 1.d).

¹¹ *LAM*, art. 1.c).

30. Les « ententes » auxquelles font référence ces modes de pratique sont des ententes conclues sous l'égide de l'article 19 de la *LAM* entre les organismes représentatifs reconnus pour le compte des professionnels de la santé des différents domaines de la santé, dont la FMOQ, et le Ministre.
31. L'article 19 de la *LAM* prévoit effectivement que le Ministre « peut, avec l'approbation du Conseil du trésor, conclure avec les organismes représentatifs [...] toute entente pour l'application de la [*LAM*] ».

B. La liberté de choix non absolue du mode de pratique

32. La *LAM* prévoit que tout professionnel de la santé peut donner « avis » à la RAMQ de sa décision d'exercer comme Professionnel non participant, ou comme Professionnel désengagé¹².
33. Le Professionnel non participant n'étant pas tenu d'être rémunéré en fonction des tarifs négociés avec le Ministre, il peut contracter à des conditions différentes avec sa clientèle, dans le cadre d'une pratique privée.
34. La *LAM* y prévoit deux exceptions à la liberté de choix des médecins :
- lorsque le Ministre estime que le nombre de Professionnels non participants est tel que les services assurés ne peuvent continuer à être rendus selon des « conditions uniformes » sur un territoire (art. 30); et
 - lorsque le Ministre estime que la qualité ou la suffisance des services médicaux offerts sur un territoire par les Professionnels participants serait affectée par une augmentation du nombre de Professionnels non participants exerçant un même genre d'activités (art. 30.1).
35. Ces mêmes articles confèrent au Ministre des pouvoirs qui lui permettent, dans le premier cas, de plafonner temporairement la rémunération pouvant être exigée par les Professionnels non participants au même niveau que celle prévue à une entente conclue sous l'article 19 de la *LAM* et, dans le deuxième cas, de temporairement suspendre le droit d'un médecin de devenir un Professionnel non participant, et ce, même rétroactivement.

C. L'état de la pratique de la médecine de famille au Québec

36. Selon les données de facturation de la RAMQ pour l'année 2024-2025, il existait 9 907 Omnipraticiens pratiquant à titre de Professionnels participants (**Omnipraticiens participants**) pendant cette période.
37. Considérant que la RAMQ dénombrait 544 Omnipraticiens qui pratiquait à l'extérieur du Régime public au 11 décembre 2024, c'est dire qu'au Québec, environ 95 % des Omnipraticiens pratiquent comme Omnipraticiens participants.

¹² *LAM*, art. 26.

D. Cadre de négociation des conditions d'exercice et de rémunération

(1) ENTENTE GÉNÉRALE ET GARANTIES DE LIBERTÉS PROFESSIONNELLES

38. Depuis le 1^{er} novembre 1976, les conditions d'exercice et la rémunération des Omnipraticiens participants sont régies notamment par l'Entente générale, fruit de négociations continues entre le Gouvernement et la FMOQ.
39. Par la formation de l'Entente générale, le Ministre et la FMOQ convenaient que les objets de la négociation entre eux étaient :

[...] les modes de participation d'un médecin au régime, les normes afférentes à sa rémunération¹³ et les conditions d'exercice de sa profession dans le cadre du [Régime public, ainsi que, selon les modalités qui y sont déterminées, sur] la répartition des effectifs médicaux et sur les normes relatives à l'activité professionnelle des médecins en milieu institutionnel.

tel qu'il appert des articles 3.01 et 3.02 de l'Entente générale, pièce P-3.

40. L'Entente générale est aussi assortie de garanties visant à éviter tout empiètement potentiel sur l'autonomie professionnelle des Omnipraticiens participants, laquelle vise à assurer la qualité des soins prodigués.
41. L'Entente générale énonce qu'elle ne confère à aucun médecin le statut de « fonctionnaire » et que ses dispositions « ne limitent pas l'exercice de la médecine », tel qu'il appert de l'article 7.01 de l'Entente générale, pièce P-3.
42. Le Ministre y déclare en effet que le respect des « libertés professionnelles reconnues » est « assuré », notamment la « liberté thérapeutique », le « libre choix du lieu d'exercice », le « caractère personnel et de droit privé de l'entente directe entre le patient et le médecin », et la sauvegarde du secret professionnel, tel qu'il appert de l'article 7.02 de l'Entente générale, pièce P-3.

(2) LE RENOUVELLEMENT DE L'ENTENTE GÉNÉRALE PAR ACCORDS-CADRES

43. La LAM prévoit qu'une entente conclue en vertu de son article 19 continue d'avoir effet après son expiration, jusqu'à la conclusion d'une nouvelle entente¹⁴.
44. La LAM instaure donc un processus continu de négociations collectives et de renouvellement des conditions d'exercice et de rémunération.
45. L'Entente générale y fait écho en prévoyant une procédure de renouvellement, tel qu'il appert de l'article 36 de l'Entente générale, pièce P-3.

¹³ Sauf indication contraire, tous les soulignements dans la présente demande sont des avocats soussignés.

¹⁴ LAM, art. 20.

46. Depuis son entrée en vigueur en 1976, l'Entente générale a été renouvelée, et incidemment mise à jour, par la conclusion d'« accords-cadres » successifs dûment négociés entre la FMOQ et la Partie gouvernementale, dont le dernier a été conclu le 13 mars 2018 (**Accord-cadre 2015-2023**).
47. L'Accord-cadre 2015-2023 est entré en vigueur rétroactivement au 15 avril 2015 et a expiré le 31 mars 2023, tel qu'il appert de la copie dudit accord-cadre communiquée comme **pièce P-4**.
48. Malgré son expiration le 31 mars 2023, l'Accord-cadre 2015-2023 est demeuré en vigueur jusqu'à l'entrée en vigueur de la Loi 2, le 25 octobre 2025.

(3) AUTRES ENTENTES

49. Bien qu'elles soient les principales, l'Entente générale et les accords-cadres l'ayant renouvelée ne sont que quelques-unes des ententes conclues entre le Ministre et la FMOQ depuis 1976.
50. Compte tenu de l'ampleur et de la complexité du Régime public, le MSSS et la FMOQ se sont régulièrement entendus, en marge des négociations entourant directement le renouvellement de l'Entente générale, sur de nombreuses lettres d'entente, ententes particulières, protocoles d'accord, autres accords et lettres d'intention, le tout au terme de négociations collectives dans le cadre desquelles le MSSS, le Ministre et le Gouvernement ont toujours reconnu le rôle de la FMOQ en tant qu'agent exclusif des Omnipraticiens participants dans le cadre de la négociation de leurs conditions de rémunération et d'exercice.
51. En général, ces ententes traitent des conditions de rémunération et de pratique dans divers champs et milieux de pratique de la médecine familiale.

V. LES MENACES RÉCURRENTES DE LOIS ET RÈGLEMENTS POUR SOUTIRER DES ENTENTES MODIFIANT LES CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION DES OMNIPRATICIENS PARTICIPANTS

52. Les problèmes d'accès aux soins de première ligne sont connus et débattus dans l'espace public depuis longtemps.
53. Or, ni la FMOQ ni ses membres ne contrôlent, d'aucune manière, les leviers fondamentaux et structurels de l'efficacité du Régime public, à commencer par le nombre de professionnels qui y exercent, qu'il s'agisse des Omnipraticiens participants ou des autres professionnels de la santé, la disponibilité de ces autres professionnels, l'organisation du travail interdisciplinaire ainsi que l'efficacité et la mise à jour des outils matériels et technologiques du réseau.
54. Qu'à cela ne tienne, depuis la dernière décennie, des acteurs politiques ont choisi de faire pression sur les médecins, dont les Omnipraticiens participants, au moyen de menaces de recours au pouvoir législatif et réglementaire, comme si le niveau d'engagement des médecins était la cause des problèmes structurels qui affligent le Régime public et qui sont connus depuis fort longtemps.

55. Certes, l'annonce d'entente(s) conclue(s) sous la menace de l'adoption de lois et règlements peut apparaître comme une stratégie gouvernementale efficace, mais à l'écart des urnes et des médias, elle a manifestement atteint sa limite et les Omnipraticiens participants ne peuvent être pressurisés à l'infini.
56. Malgré l'illusion que le Gouvernement entretient, la Loi 2 ne constitue pas un coup de baguette législatif qui va soudainement garantir à toute la population du Québec un accès rapide et véritable à un médecin de famille.

A. La pression du *Projet de loi 20* du 28 novembre 2014

(1) LA MENACE DU PROJET DE LOI 20

57. Des élections générales provinciales sont tenues le 7 avril 2014.
58. Le 23 avril 2014, M. Gaétan Barette est nommé Ministre.
59. À l'automne 2014, la FMOQ est conviée à ce qu'elle croit alors être un forum de discussion et de négociation de mesures destinées à améliorer l'accès à un médecin de famille, qui s'est tenu les 11 et 12 novembre 2014.
60. La FMOQ est vite rattrapée par la réalité.
61. Loin d'un dialogue constructif, le Ministre y annonce considérer que les Omnipraticiens participants ne travaillent pas suffisamment, et qu'il exige des solutions de la FMOQ, sous peine de mesures unilatérales contraignantes.
62. Seulement deux semaines plus tard, le 28 novembre 2014, le Ministre présente le *Projet de loi 20 – Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (Projet de loi 20)*, tel qu'il appert de la copie communiquée comme **pièce P-5**.
63. Tel qu'il appert de ses notes explicatives, le *Projet de loi 20* prévoit, pour un Omnipraticien participant, l'obligation d'« assurer le suivi médical d'un nombre minimal de patients », à défaut de quoi sa rémunération sera réduite.
64. L'article 3 du *Projet de loi 20* prévoit en effet, et notamment, que tout Omnipraticien participant doive : (1) « assurer le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients », et (2) « exercer un nombre minimal d'heures d'activités médicales autorisées par une agence parmi les activités médicales [prévues à une liste à être constituée] ». Il y est aussi prévu que le Gouvernement puisse prévoir les modalités y afférentes par simple règlement, tel qu'il appert du *Projet de loi 20*, pièce P-5.

65. Le Projet de loi 20 est la première menace d'introduction d'une approche simpliste réduisant la patientèle à des cas identiques et cherchant à la faire cadrer dans une gestion statistique de type « *one size fits all* », c'est-à-dire sans égard à la condition de chaque patient, la complexité réelle de sa prise en charge ou aux circonstances de vie personnelles de chaque Omnipraticien participant.
66. L'accord-cadre alors en vigueur expire dans cinq mois – le 31 mars 2015.
67. Cette menace de mesures unilatérales contraignantes visant les conditions d'exercice et la rémunération des Omnipraticiens participants est alors dénoncée par la FMOQ et ses membres, dont près de 3 000 se réunissent pour manifester à Montréal et Québec les 17 et 18 décembre 2014.

(2) LE SURSIS D'APPLICATION DU PROJET DE LOI 20

68. Le 19 mars 2015, malgré l'approche coercitive inacceptable du Ministre, la FMOQ persiste dans ses efforts de collaboration et soumet une proposition formelle de mesures visant à améliorer l'accès aux services de médecine de famille à même son mémoire relatif au Projet de loi 20, tel qu'il appert de la copie dudit mémoire communiquée comme **pièce P-6**.
69. Le 2 juin 2015, la FMOQ et le MSSS concluent l'*Entente de principe intervenue entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître l'accessibilité aux services médicaux de première ligne (Première entente sur l'accès)*, tel qu'il appert de la copie de ladite entente communiquée comme **pièce P-7**.
70. La FMOQ s'y engage à ce que les Omnipraticiens participants atteignent des cibles d'assiduité et d'inscription de la population d'ici le 31 décembre 2017, tel qu'il appert des articles 13 et 27 de la Première entente sur l'accès, pièce P-7.
71. Pour sa part, le MSSS s'y engage – condition essentielle à la mise en œuvre de l'entente – à déployer toutes les ressources nécessaires pour que les Omnipraticiens participants soient effectivement en mesure d'atteindre ces cibles, dont un dossier médical électronique et suffisamment de ressources spécialisées dans les établissements de santé du Régime public, tel qu'il appert des articles 19 à 22 de la Première entente sur l'accès, pièce P-7.
72. De son côté, bien qu'il soumettrait le Projet de loi 20 au vote de l'Assemblée nationale, le Ministre s'y engage : (1) à suspendre l'application des dispositions relatives aux Omnipraticiens participants s'y trouvant, et (2) au plus tard le 30 juin 2018, ou avant la fin de la session parlementaire du printemps 2018, à déposer un projet de loi les abrogeant, sous réserve de l'atteinte des cibles, tel qu'il appert des articles 34 et 36 de la Première entente sur l'accès, pièce P-7.

73. Le Projet de loi 20 – tel que modifié au terme de la procédure législative – est adopté par l'Assemblée nationale le 10 novembre 2015 (**Loi 20**)¹⁵.
74. À l'instar de l'insuffisance des ressources du réseau documentée en 2025 (tel qu'il sera vu ci-après), le MSSS est déjà, à cette époque, incapable de fournir les ressources attendues et nécessaires aux Omnipraticiens participants.
75. Au 31 décembre 2017, la cible d'assiduité de la Première entente sur l'accès est atteinte par les Omnipraticiens participants, mais la cible d'inscription de la population ne peut l'être en raison de l'insuffisance des ressources.
76. Le 13 mars 2018, environ trois ans après l'expiration de l'accord-cadre précédent, le Ministre et la FMOQ concluent l'Accord-cadre 2015-2023.
77. Les dispositions de la Loi 20 relatives aux Omnipraticiens participants n'entreront pas en vigueur, mais ne seront pas abrogées. La menace d'une prise en charge minimale sous peine de sanctions relatives à leur rémunération plane toujours, ce qui faisait partie de la stratégie de la Partie gouvernementale.

B. La pression du Projet de loi 11 du 11 novembre 2021

78. Des élections générales provinciales sont tenues le 1^{er} octobre 2018.
79. Le 18 octobre 2018, Mme Danielle McCann est nommée Ministre.
80. Le 13 novembre 2018, la Ministre confirme à la FMOQ que l'équipe gouvernementale nouvellement au pouvoir n'a aucune intention de faire entrer en vigueur les dispositions de la Loi 20 visant les Omnipraticiens participants.
81. Durant l'hiver 2019, afin de trouver des solutions aux enjeux d'accès aux soins de première ligne, la FMOQ, la Ministre et le président du Conseil du trésor de l'époque, M. Christian Dubé, conviennent d'entamer des discussions relatives aux modes de rémunération des Omnipraticiens participants.
82. Le 19 mars 2019, les parties concluent la *Lettre d'entente no 349 – Concernant la création d'un forum de discussions sur la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec* (**Lettre d'entente no 349**).
83. Aux termes de celle-ci, les parties y expriment leur volonté « d'ajouter une étape préalable » aux négociations de renouvellement de l'Entente générale à intervenir – à l'expiration de l'Accord-cadre 2015-2023. L'objectif de la mise sur pied de ce forum est, notamment, de :

Réviser et convenir, s'il y a lieu, d'un mode de rémunération par capitation des médecins omnipraticiens afin de favoriser la prise en charge et d'améliorer l'accès aux soins de première ligne. Notamment, seront discutés dans le cadre de ce mandat :

¹⁵ L'article 3 du Projet de loi 20, précité, est devenu l'article 4 de la Loi 20.

le ou les modèles de rémunération en tenant compte des particularités du Québec;

l'implication des autres professionnels de la santé de première ligne;

la proposition des indicateurs de performance et l'établissement des cibles à atteindre lesquels devront être convenus par les parties aux présentes sur la base de la probabilité, la raisonnabilité, la fiabilité et l'efficacité.

tel qu'il appert de la copie de la Lettre d'entente no 349 communiquée comme **pièce P-8**.

84. À compter de février 2020, les travaux de ce forum sont interrompus en raison de la pandémie mondiale de COVID-19. Dans la foulée de celle-ci, le 20 octobre 2020, M. Christian Dubé est nommé Ministre.
85. Or, plutôt que de reprendre les travaux du forum, le 9 juillet 2021, le Ministre annonce faire table rase et qu'une « remise au jeu » est nécessaire. Il annonce que les Omnipraticiens participants doivent élaborer des solutions « différentes des précédentes » pour prendre en charge les quelque 750 000 patients alors inscrits au Guichet d'accès à un médecin de famille, et les lui soumettre au plus tard le 30 juillet 2021, tel qu'il appert de la copie de la lettre du Ministre du 9 juillet 2021 communiquée comme **pièce P-9**.
86. Le changement annoncé à la FMOQ est si drastique que le Ministre exige une telle prise en charge pour le mois d'octobre 2022 qui, incidemment, coïncide avec la date prévue pour les prochaines élections générales provinciales.
87. En d'autres mots, malgré que le forum eût été conçu, aux termes de la Lettre d'entente no 349, comme une étape préalable à la négociation du renouvellement de l'Entente générale expirant le 31 mars 2023, le Ministre renonce au forum et décide de commencer à faire pression induite sur la FMOQ.
88. La FMOQ ne baisse pas pavillon et tente de relancer les négociations en formulant des propositions au MSSS entre le 28 juillet et le 7 octobre 2021.
89. En guise de réponse, le 11 novembre 2021, le Ministre présente le *Projet de loi 11 – Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre* (**Projet de loi 11**), tel qu'il appert de la copie du projet de loi communiquée comme **pièce P-10**.
90. L'article 1 du Projet de loi 11 modifie la Loi 20 en prévoyant notamment que :
 - tout Omnipraticien participant doit se rendre disponible auprès des patients au moyen d'un système de prise de rendez-vous mis sur pied par la RAMQ;
 - le Gouvernement peut, par règlement, « déterminer la mesure dans laquelle un médecin doit se rendre disponible [par ce système de rendez-vous] »; et

- le Gouvernement peut, par règlement, « déterminer le pourcentage des plages horaires de disponibilité d'un médecin qui doivent être offertes du lundi au vendredi, avant 8 h et après 19 h, ainsi que le samedi et le dimanche [...] ».

tel qu'il appert du Projet de loi 11, pièce P-10.

91. Le même jour, en conférence de presse, le Ministre déclare qu'il avait averti le président de la FMOQ, le Dr. Louis Godin, que : « si on ne s'est pas entendus à la fin d'octobre [2021], j'aurai d'autres solutions », tel qu'il appert de la copie de la transcription de la conférence du Ministre communiquée comme **pièce P-11**.
92. Ce faisant, le Ministre admet publiquement recourir à la menace d'une intervention législative pour imposer unilatéralement des conditions d'exercice aux Omnipraticiens participants.
93. Les Omnipraticiens participants ne le savaient pas encore, mais cet épisode constituait le prélude à la stratégie de mauvaise foi que le Ministre déploiera pour le reste de son mandat et qui culminera avec la Loi 2.
94. Lors des consultations particulières du Projet de loi 11 tenues le 1^{er} février 2022, la FMOQ dénonce à nouveau ce *modus operandi*.
95. Encore, le MSSS et la FMOQ parviennent à une entente. Celle-ci instaure pour la première fois le concept de prise en charge collective de patients auprès de groupes d'Omnipraticiens participants et d'autres professionnels de la santé (**Deuxième entente sur l'accès**), tel qu'il appert de la copie communiquée comme **pièce P-12**. Elle prend effet le 1^{er} juin 2022.
96. La Deuxième entente sur l'accès, qui doit expirer le 31 mai 2024, se veut un outil transitoire dans l'attente de la mise en œuvre d'un nouveau modèle d'organisation des soins de première ligne dans le Régime public.
97. Or, l'Assemblée nationale adopte le Projet de loi 11 le 31 mai 2022, soit moins d'un mois après la signature de la Deuxième entente sur l'accès. Il devient ainsi la *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne et à améliorer la gestion de cette offre (Loi 11)*. La Loi 11 prévoit que l'article 1 précité, notamment, n'entrerait en vigueur qu'à la date déterminée par le Gouvernement.
98. Pour élaborer un nouveau modèle d'organisation de la première ligne, la FMOQ propose le lancement de travaux conjoints avec le MSSS. Celui-ci accepte et délègue donc des représentants pour travailler de manière conjointe, notamment avec des représentants de la FMOQ, sur l'élaboration d'un nouveau modèle d'organisation de la première ligne (**Comité conjoint**).
99. Une première rencontre est tenue le 26 septembre 2023. Ses travaux s'échelonneront jusqu'en novembre 2024, incluant par comité restreint à compter du 21 août 2024.

100. Les travaux du Comité conjoint auront une incidence importante sur les négociations de renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023 l'année suivante.

C. Les négociations de façade visant le renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023

101. En août 2024, la FMOQ, le MSSS et le Secrétariat du Conseil du trésor entament les négociations du renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023 (et incidemment de l'Entente générale).

(1) LE DÉBUT DES NÉGOCIATIONS ET LE PRÉTENDU CHANTIER CONJOINT DE DÉVELOPPEMENT D'UN NOUVEAU MODÈLE DE LA PREMIÈRE LIGNE

102. Une première rencontre de négociations est tenue le 27 août 2024. La Partie gouvernementale y dépose une première proposition (**Première Proposition MSSS**), tel qu'il appert de la copie communiquée comme **pièce P-13**.
103. La Première proposition MSSS n'a rien à voir avec les propositions antérieures de négociation de renouvellement d'accords-cadres.
104. En préambule, le MSSS y énonce que cette négociation doit être abordée différemment, en ce que les parties doivent identifier des solutions concrètes pour « maximiser l'efficacité des ressources en place, dans le cadre des sommes déjà allouées [...] afin d'offrir davantage de soins et services adaptés ».
105. Le MSSS annonce vouloir lancer trois chantiers de négociations.
106. L'un de ces chantiers est l'« [a]ccès à la première ligne et [le] nouveau mode de rémunération ». À ce sujet, le MSSS :
- propose de « poursuivre » les travaux portant sur un nouveau modèle d'organisation de la première ligne et de prise en charge de la population, pour éventuellement :
 - (1) « convenir de projets-vitrines dont l'objectif est de mettre à l'essai différentes composantes de ce nouveau modèle d'organisation de la première ligne », et
 - (2) « conclure un mode de rémunération pour tous les milieux de prise en charge permettant de soutenir le nouveau modèle d'organisation de la première ligne, une fois celui-ci convenu »;
 - réfère à l'introduction d'indicateurs de performance reconnus et des incitatifs lors de l'atteinte d'objectifs, ou des pénalités dans le cas contraire,
- tel qu'il appert de la Première proposition MSSS, pièce P-13.
107. Les négociations s'annoncent substantielles, le MSSS déclarant même souhaiter convenir d'ententes intérimaires et partielles dans l'attente d'une entente globale.

108. Bien que très générale, la Première proposition MSSS laisse déjà entrevoir une volonté du MSSS de modifier de façon drastique et fondamentale les conditions d'exercice et la rémunération des Omnipraticiens participants, sans toutefois préciser les moyens envisagés ni le financement y associé.
109. Cela dit, puisque la Première proposition MSSS ne contient aucune mesure de réforme concrète, ni quantification de quelque nature que ce soit, la FMOQ est alors sous l'impression d'une réelle ouverture du MSSS à ce qu'un nouveau modèle d'organisation de la première ligne soit développé conjointement.
110. La FMOQ perçoit la « poursuite des travaux portant sur un nouveau modèle d'organisation de la première ligne et de prise en charge de la population » comme étant une référence aux travaux du Comité conjoint, ce que la Partie gouvernementale se garde de confirmer ou d'infirmer.

(2) LA VISION DE LA FMOQ

111. Le 27 septembre 2024, lors d'une deuxième rencontre, la FMOQ présente au MSSS sa contreproposition (**Première proposition FMOQ**), tel qu'il appert de la copie communiquée comme **pièce P-14**.
112. La FMOQ y énonce ses neuf priorités, dont « [i]nstaurer un nouveau modèle de soins de première ligne ». Elle y inclut aussi sa vision d'un nouveau modèle, qui doit nécessairement tenir compte du contexte de pénurie d'Omnipraticiens participants et de l'accroissement et du vieillissement de la population, tel qu'il appert de la page 12 de la Première proposition FMOQ, pièce P-14.
113. Le modèle envisagé par la FMOQ vise à diriger « le bon patient, au bon endroit, au bon moment, par le bon professionnel » (**Principe de pertinence**).
114. Concrètement, la FMOQ propose une offre d'inscription collective à une clinique de première ligne : (1) volontaire, (2) interprofessionnelle et optimisant la contribution de chaque type de professionnels, soit les infirmières (praticiennes spécialisées, cliniciennes, techniciennes et auxiliaires), les travailleurs sociaux, les pharmaciens, et/ou tout autre professionnel, le tout selon les besoins de la population desservie, et (3) gérée notamment par un « médecin responsable » tel qu'il appert des pages 16 et 17 de la Première proposition FMOQ, pièce P-14.
115. La FMOQ propose que les médecins soient rémunérés par un mode mixte incluant : (1) capitation et forfaits de groupe, (2) tarif horaire et (3) tarif à l'acte, tel qu'il appert des pages 17 et 18 de la Première proposition FMOQ, pièce P-14.
116. Selon la Première proposition FMOQ, la gouvernance du système serait complétée par deux autres autorités ayant un pouvoir décisionnel :
- une autorité de gouvernance territoriale – financée, autonome, responsable et imputable – coordonnant l'offre de services de première ligne sur son territoire, et redistribuant aux cliniques de première ligne un financement *per capita* pour leur soutien organisationnel et professionnel; et

- une autorité de gouvernance médicale territoriale regroupant des médecins – dont la participation serait rémunérée sur une base horaire – en cogestion avec l'autorité de gouvernance territoriale, responsable notamment de décider le partage de la clientèle sur le territoire;

tel qu'il appert des pages 14 à 16 de la Première proposition FMOQ, pièce P-14.

117. La Première proposition FMOQ requiert :

- l'apport et l'imputabilité de tous les professionnels (dont un professionnel par médecin) et intervenants du réseau;
- le déploiement d'outils accessibles favorisant la pertinence des consultations et des soins, par exemple un guichet d'accès à la première ligne filtrant les appels et dirigeant les patients vers l'autosoins ou le bon professionnel;
- un principe de tandem médecin-infirmière;
- du support technologique; et
- la mise sur pied d'un comité de suivi paritaire dont l'objectif serait d'assurer l'implantation du modèle sur le territoire et d'y apporter les ajustements nécessaires en cours de déploiement,

tel qu'il appert des pages 13 à 15 de la Première proposition FMOQ, pièce P-14.

118. En somme, la FMOQ envisage un modèle à inscription collective à participation volontaire, dont les modalités attrayantes viseraient notamment à rallier les professionnels de la santé de la première ligne et à créer un engouement tel que la multiplication de ces cliniques multidisciplinaires permettrait éventuellement la prise en charge collective de l'ensemble de la population québécoise.

119. Malgré ce qui précède, il est entendu que la vision de la FMOQ est présentée notamment dans l'attente de la fin des travaux du Comité conjoint, dont les résultats seraient éventuellement présentés à la table de négociations du renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023. Toute vision présentée par la FMOQ reste aussi conditionnelle à l'approbation de ses membres et au financement nécessaire pour sa mise en œuvre et son opérationnalisation.

(3) LE TRAVAIL INCOMPLET DU COMITÉ CONJOINT

120. Les représentants du MSSS sur le Comité conjoint annoncent la fin de ses travaux le 5 novembre 2024.

121. La cinquième rencontre de négociations du renouvellement de l'accord-cadre et de l'Entente générale est tenue le 21 novembre 2024. Elle est aussi l'occasion de discuter du résultat des travaux du Comité conjoint.

122. Il y est présenté un modèle dont les fondements sont, notamment, à l'instar du modèle suggéré par la FMOQ : (1) des cliniques de première ligne multidisciplinaires, (2) la mobilisation de la communauté complète de soignants de proximité (infirmières, pharmaciens, physiothérapeutes, dentistes, etc.) et (3) l'efficacité d'un filtre de pertinence – c'est-à-dire d'un mécanisme apte à mettre en œuvre le Principe de pertinence, tel qu'il appert notamment de la copie de la présentation du 21 novembre 2024 communiquée comme **pièce P-15**.
123. Dès cette rencontre du 21 novembre 2024, la FMOQ :
- questionne le MSSS sur les prochaines étapes et l'échéancier;
 - questionne le MSSS sur l'implication des autres soignants de proximité, leurs obligations et leur imputabilité; et
 - lance la discussion sur la faisabilité financière et organisationnelle du modèle, considérant la pénurie de main-d'œuvre dans l'ensemble du réseau de la santé, et que le MSSS n'a toujours pas proposé de nouvelle enveloppe budgétaire dans cette négociation entamée depuis deux mois.
124. Le MSSS rétorque qu'il reste beaucoup de travail à faire, qu'une deuxième série de rencontres serait nécessaire pour la mise en œuvre du modèle et affirme avoir eu des discussions à haut niveau avec les autres professionnels concernés, qui seraient prétendument prêts à aller de l'avant.
125. Ce faisant, le MSSS n'exprime toujours aucune vision concrète du nouveau modèle de soins et refuse de discuter de l'enveloppe budgétaire avec la FMOQ.
126. Lors des rencontres de négociations suivantes des 6 et 18 décembre 2024, la FMOQ réitère ses demandes visant à obtenir du MSSS des clarifications sur la mise en œuvre du nouveau modèle et sur son financement. Elle insiste sur le fait qu'une entente sur l'enveloppe budgétaire globale et sur le nouveau modèle de soins de première ligne constitue la base même de toute négociation sérieuse.
127. Pour seule réponse, la FMOQ se fera laconiquement dire par le MSSS qu'il y aura une annonce éventuelle quant à la création de nouveaux comités.

(4) LA NOMINATION SURPRISE D'UN COMITÉ D'EXPERTS

128. Le 23 janvier 2025, le Ministre annonce l'octroi d'un mandat-surprise à un nouveau comité d'experts en soins de première ligne (**Comité d'experts**).
129. Sa mission annoncée est de fournir au plus tard le 31 mars 2025, de manière à court-circuiter les négociations que la FMOQ croyait alors être menées de bonne foi, « des recommandations scientifiques permettant de repenser les services de première ligne en santé et services sociaux », tel qu'il appert de la copie du communiqué du Ministre communiquée comme **pièce P-16**.

130. Face au public, le Ministre résume le mandat du comité comme visant à se prononcer sur la vision du MSSS : « [...] là on n'est pas avec des négociations des fédérations, c'est [sic] vraiment des gens qui font ça tous les jours, de nous dire : est-ce que la vision que vous avez qui est sur la table en ce moment, c'est la bonne? », tel qu'il appert de l'enregistrement de l'entrevue du 23 janvier 2025 de Christian Dubé à TVA Nouvelles communiquée comme **pièce P-17**.
131. Le mandat du Comité d'experts n'est donc pas de travailler à la mise en œuvre du modèle élaboré par le Comité conjoint – comme tous auraient pu s'y attendre vu les représentations du MSSS – mais au contraire, de contre-vérifier l'opportunité de la vision et du modèle suggéré par celui-ci.
132. Or, à compter du 19 mars 2025, les événements débouleront et dévoileront que les travaux du Comité d'expert n'étaient qu'un simulacre permettant au Ministre de gagner du temps pour préparer en catimini un projet de loi qui allait marquer un point de rupture et confirmer la mauvaise foi de sa stratégie de négociations.

(5) LE RETRAIT UNILATÉRAL DE SUJETS DE NÉGOCIATION D'IMPORTANCE, LE DÉBUT DE LA CONSTRUCTION PAR LE GOUVERNEMENT D'UN NARRATIF STRATÉGIQUE ET LE PIÉTINEMENT VOLONTAIRE DES NÉGOCIATIONS

133. Le 19 mars 2025 se tient une première rencontre de négociations depuis le 17 janvier 2025 et la nomination du Comité d'experts. La Partie gouvernementale y dépose une deuxième proposition (**Deuxième proposition MSSS**), tel qu'il appert de la copie communiquée comme **pièce P-18**.
134. Contre toute logique, le MSSS publie cependant le même jour, sans attendre le rapport du Comité d'experts attendu d'ici le 31 mars 2025, le *Document consultatif sur la vision du Ministère de la Santé et des Services sociaux visant à rendre disponibles et accessibles les soins et les services médicaux, en temps opportun, à l'ensemble des citoyens du Québec* (**Document consultatif**), tel qu'il appert de la copie communiquée comme **pièce P-19**.
135. Le Document consultatif énonce une série de principes, que le MSSS caractérise comme « ne faisant pas partie du processus de renouvellement de [l']Accord-cadre » et « [étant] soumis à la FMOQ uniquement à titre consultatif ».
136. Or, ces principes portent sur des éléments fondamentaux de la négociation collective avec la FMOQ, tels que le mode de rémunération des Omnipraticiens participants, la liaison d'une portion de leur rémunération à l'atteinte d'objectifs collectifs de type volumétrique et l'abolition du financement des frais de cabinets, tel qu'il appert du Document consultatif, pièce P-19.
137. Autrement dit, le MSSS annonce alors à la FMOQ que des éléments fondamentaux des conditions d'exercice et de rémunération des Omnipraticiens participants ne sont plus négociables, et ce, alors que la Première proposition MSSS, notamment, reconnaissait expressément le contraire.

138. Dans un effort dénué de subtilité pour justifier sa volte-face et masquer le fait que le MSSS a jusqu'alors toujours refusé, notamment, d'entamer la négociation de l'enveloppe budgétaire globale et qu'il n'a toujours pas communiqué de plan quelconque de finalisation et de mise en œuvre du modèle du Comité conjoint, ce que la FMOQ le pressait de faire depuis novembre 2024 – la Partie gouvernementale affirme « constater » que les négociations à ce jour ne sont pas « concluantes », tel qu'il appert des pages 2 et 3 de la Deuxième proposition MSSS, pièce P-18.
139. Cette dernière affirmation illustre une stratégie visant à dresser un constat d'échec artificiel pour légitimer l'imposition d'une réforme prédéterminée.
140. La Partie gouvernementale prétend alors « donner un nouvel élan aux discussions » en déposant de « nouvelles propositions », qui, en réalité, traduisent une volonté d'imposer unilatéralement :
- un mode de rémunération, à en assujettir une partie à la performance volumétrique collective, et à abolir le financement des frais de cabinet, comme annoncé au Document consultatif;
 - une prise en charge universelle de la population, sans coût supplémentaire pour le Gouvernement; et
 - l'abolition d'ententes ou parties d'ententes dûment négociées,
- tel qu'il appert des pages 7 à 9 de la Deuxième proposition MSSS, pièce P-18.
141. La Deuxième proposition, au surplus, ne propose aucune structure de gouvernance d'un nouveau modèle de soins, aucune référence à la contribution obligatoire ou à l'imputabilité d'autres professionnels, ni aucune garantie quelconque d'outils de mise en œuvre du Principe de pertinence.
142. En rencontre, la FMOQ dénonce l'inertie manifeste du MSSS. Elle réitère notamment qu'il est impensable de prendre en charge l'ensemble de la population sans financement additionnel, de même que sans contribution obligatoire et sans imputabilité des autres professionnels de la santé.
143. Bref, alors que la Partie gouvernementale doit négocier de bonne foi avec la FMOQ le renouvellement de l'Entente générale, elle utilise plutôt les séances de négociation non pas pour négocier, mais pour présenter à la FMOQ, uniquement « à titre consultatif », sa vision d'une réforme du Réseau public qui transformera, unilatéralement et au mépris des droits de la FMOQ et de ses membres, les conditions d'exercice et la rémunération des médecins omnipraticiens.

D. Le transfert comme Omnipraticien non-participant rendu illusoire par un resserrement surprise de l'emprise de l'État

144. Le 1^{er} avril 2025 s'amorce l'étude détaillée du *Projet de loi 83 – Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux (Projet de loi 83)*, par la Commission de la santé et des services sociaux (**Commission**) de l'Assemblée nationale.
145. Le Projet de loi 83 avait été présenté par le Ministre le 3 décembre 2024.
146. À cette date, le projet de loi visait notamment à obliger tout nouveau médecin de famille à pratiquer pendant cinq ans comme Omnipraticien participant avant d'être éligible à pratiquer comme Professionnel non participant, tel qu'il appert de la copie du Projet de loi 83 communiquée comme **pièce P-20**.
147. Le 1^{er} avril 2025, le Ministre annonce cependant des amendements qui restreignent encore davantage la liberté et la mobilité des médecins. Il déclare vouloir conférer à l'État le pouvoir d'interdire à un médecin pratiquant comme Professionnel participant de devenir Professionnel non participant, révélant ainsi une stratégie visant à maintenir les médecins sous contrôle étatique.
148. Le Ministre explique souhaiter qu'un tel changement de statut soit désormais soumis à une « autorisation », qu'un médecin « justifie » une demande d'autorisation, et que l'agence nouvellement créée, Santé Québec, procède à l'évaluation de la « pertinence » d'une telle demande :

[...] ce qu'on veut, c'est mettre en place une façon d'évaluer la pertinence des demandes des médecins. O.K.? Donc, les médecins vont devoir justifier leurs demandes d'aller au privé [...] Et maintenant [...] c'est Santé Québec qui serait responsable d'évaluer la pertinence des demandes de médecins qui veulent aller travailler dans le réseau privé. Ça fait que ça, c'est un changement important parce qu'on passe d'un avis à une demande d'autorisation [...]

tel qu'il appert de la copie d'un extrait du Journal des débats de la Commission (1^{er} avril 2025, 9h30) communiquée comme **pièce P-21**.

149. Dans la foulée, le Ministre admet candidement qu'il perçoit cette procédure comme une manière d'empêcher le mouvement des médecins vers le statut de Professionnel non participant, qu'il qualifie d'« hémorragie » :

Ce qui nous a préoccupés beaucoup pour amener ces amendements-là dans le cadre de ce projet de loi, puis je termine là-dessus, M. le Président, c'est les données, hein? Puis je veux que les Québécois comprennent bien. Pour moi, il y a deux groupes de médecins qui pratiquent au privé. Il y a ceux qui sont déjà là à temps plein. Puis ça, on le sait, il y en a à peu près 800. 800 sur 22 000, je pense que c'était important, par ce projet de loi là, d'arrêter cette hémorragie-là, parce qu'il y en a eu près d'une soixantaine qui se sont ajoutés pour arriver à peu près à 800 au cours des derniers mois. Donc, ça va être une façon d'arrêter cette hémorragie-là vers le privé.

tel qu'il appert de l'extrait du Journal des débats de la Commission, pièce P-21.

150. Devant l'importance des amendements au Projet de loi 83 introduits sans préavis par le Ministre le 1^{er} avril 2025, une motion préliminaire visant à permettre aux fédérations médicales de faire des représentations est soumise au vote. Les députés de la Coalition Avenir Québec, incluant le Ministre, votent contre. La motion est ainsi rejetée, tel qu'il appert de la copie d'un extrait du Journal des débats de la Commission (1^{er} avril 2025, 11h30) et du Rapport de l'étude détaillée Projet de loi 83 communiquée en liasse comme **pièce P-22**.
151. Le Projet de loi 83 tel qu'amendé à l'initiative du Ministre est adopté le 24 avril 2025, devenant ainsi la *Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux (Loi 83)*.
152. L'article 2 de la Loi 83 énonce que le médecin qui désire devenir Professionnel non participant doit y être autorisé par Santé Québec, et que toute demande à cette fin doit contenir, notamment, les « motifs qui soutiennent sa demande ».
153. En date du 13 novembre 2025, 59 demandes d'autorisation visant 55 Omnipraticiens participants ont été soumises à Santé Québec.
154. Aucune n'a été autorisée.
155. La Loi 83 a ainsi pour effet d'emprisonner les Omnipraticiens participants dans le réseau public de soins de santé au Québec. Bien que la FMOQ ait toujours supporté un réseau public fort, il demeure qu'historiquement, les Omnipraticiens participants ont toujours disposé de la possibilité de devenir non participants, que ce soient pour des raisons personnelles, organisationnelles ou afin de se soustraire aux contraintes de la pratique au sein du Régime public.
156. Cette possibilité n'existe plus à l'heure actuelle en raison de l'entrée en vigueur de la Loi 83¹⁶, accroissant ainsi significativement la vulnérabilité des Omnipraticiens participants dans leurs rapports avec l'État.

E. Projet de loi 106 et jeu politique

(1) LES TENTATIVES DE DISCUSSIONS EN COMITÉ RESTREINT

157. Le 4 avril 2025, en parallèle au Projet de loi 83 et devant l'inertie du MSSS qui apparaissait alors incompréhensible qui, selon la FMOQ, confrontait les parties à une impasse, les représentants à haut niveau de chacune d'entre elles se rencontrent. L'objectif est la recherche d'une façon de relancer les négociations.
158. Il est convenu dans les jours suivants d'amorcer des discussions de type « exploratoire » en comité restreint de la table de négociations.

¹⁶ Le Chapitre 1 de la Loi 83 a préséance sur toute disposition inconciliable de la *LAM*, y compris son article 26.

159. Ce comité tiendra huit rencontres, dont six entre le 14 avril et le 7 mai 2025.
160. La FMOQ dépose par ailleurs sa deuxième proposition (**Deuxième proposition FMOQ**) le 15 avril 2025. Elle tente notamment de recadrer la négociation en rappelant ses demandes, essentiellement ignorées par le MSSS depuis l'automne 2024, et en dénonçant ce qui semble être l'imposition unilatérale d'un nouveau modèle de soins – changeant drastiquement les conditions d'exercice et le mode de rémunération des Omnipraticiens participants, tel qu'il appert de la copie de la Deuxième proposition communiquée comme **pièce P-23**.

(2) DÉBUT DE CAMPAGNE DE RELATIONS PUBLIQUES ET PROJET DE LOI 106

161. Or, le 7 mai 2025, soit deux semaines après l'adoption du Projet de loi 83 et la journée même d'une rencontre en comité restreint, le Gouvernement dévoile soudainement qu'un autre projet de loi modifiant unilatéralement la rémunération des médecins et la liant à des indicateurs de performance sera déposé à l'Assemblée nationale dès le lendemain.
162. Le même jour, le Premier ministre du Québec se lance dans une campagne publique de dénigrement des Omnipraticiens participants et de la FMOQ :

« Je l'ai dit souvent, on n'aura jamais un réseau de la santé qui est efficace tant qu'on n'aura pas une prise en charge de tous les québécois, à commencer par les médecins de famille »;

« Je ne vais pas reculer, contrairement aux autres gouvernements qui ont toujours reculé avec le syndicat des médecins »;

Le tiers des médecins « doivent en faire plus »;

« C'est quelque chose qu'on discute depuis plusieurs années. Le syndicat des médecins a toujours refusé de prendre en charge, de prendre ses responsabilités »;

« C'est certain que ça va brasser »;

« Les Québécois, ils ont le droit d'être prise en charge, et on dépose un projet de loi demain, c'est non négociable ».

tel qu'il appert de la copie d'extraits des quotidiens La Presse+ et Le Journal de Québec du 7 mai 2025 communiquée en liasse comme **pièce P-24**.

163. Le Ministre déclare à son tour que « les Québécois n'en avaient pas pour leur argent », tel qu'il appert de la copie d'extraits de ces quotidiens, pièce P-24.
164. Ces propositions sont immédiatement démenties par la professeure Mylaine Breton de la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, l'un des trois experts mandatés par le Gouvernement en janvier 2025 pour lui fournir des recommandations sur la réforme des services de première ligne et dont le rapport a finalement été déposé le 31 mars 2025, tel qu'il appert de la copie communiquée comme **pièce P-25**.

165. La professeure Breton révèle alors au public que la recommandation principale formulée dans le rapport du Comité d'experts est précisément à l'effet contraire :

Là, [le gouvernement] est vraiment dans le discours qu'il faut que les médecins de famille en fassent plus. Mais il y a un déséquilibre structurel: il n'y a pas assez de médecins ni de professionnels en première ligne. On n'y arrivera jamais.

La recommandation principale, c'est d'investir en première ligne. On dit que c'est la base d'un système de santé, il faut doter les équipes et les [soutenir dans le] changement.

tel qu'il appert de la copie d'extrait du quotidien La Presse+ du 8 mai 2025 communiquée comme **pièce P-26**.

166. Qu'à cela ne tienne, le 8 mai 2024, le Ministre présente à l'Assemblée nationale le *Projet de loi 106 - Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins (Projet de loi 106)*, tel qu'il appert de la copie communiquée comme **pièce P-27**.

167. Cette présentation survient sans aucune consultation préalable avec la FMOQ, qui conservait encore espoir de négociations de bonne foi pour le renouvellement de l'Entente générale, et ce, malgré les rencontres tenues depuis l'automne 2024 et la teneur du Document consultatif, qui ne dénotaient à regret aucune telle intention réciproque de la Partie gouvernementale.

168. Le Projet de loi 106 est un projet de loi complexe de 40 pages et de 52 articles prévoyant la modification de huit autres lois et édicte un nouveau règlement.

169. Pour l'essentiel¹⁷, le Projet de loi 106 visait à imposer unilatéralement des réformes majeures et fondamentales aux conditions d'exercice et à la rémunération des Omnipraticiens participants, plus particulièrement :

- la prise en charge obligatoire de l'ensemble de la population à leur milieu de pratique – affiliation décidée par les départements territoriaux de médecine familiale (**DTMF**);
- le mode de rémunération annoncé aux termes de la Deuxième proposition; et
- la liaison d'une partie de la rémunération de tous les médecins Professionnels participants (incluant aussi les spécialistes) à l'atteinte d'objectifs collectifs décidés par le Gouvernement,

tel qu'il appert du Projet de loi 106, pièce P-27.

(3) CONFIRMATION DES NÉGOCIATIONS DE FAÇADE

¹⁷ Tel qu'expliqué ci-dessous, le Projet de loi 106 a été quasi-intégralement reproduit dans la Loi 2.

170. À en juger par la complexité du Projet de loi 106, il ne fait aucun doute que la Partie gouvernementale y travaillait depuis longtemps en catimini, ce qui permet, en rétrospective, de comprendre la teneur du Document consultatif, pièce P-19, et de constater la volonté du Ministre d'imposer unilatéralement aux Omnipraticiens participants des conditions de rémunération et de pratique sans avoir à négocier avec la FMOQ selon un processus véritable et empreint de bonne foi.
171. Le caractère superficiel de la Première proposition, la volonté de la Partie gouvernementale de conclure des ententes intérimaires et partielles, son refus de négocier l'enveloppe budgétaire globale, son absence d'empressement à poursuivre la mise en œuvre du nouveau modèle de soins de première ligne, la nomination surprise du Comité d'experts, le dépôt soudain d'amendements au Projet de loi 83 et, pour couronner le tout, le dépôt du Projet de loi 106 prennent désormais tout leur sens : sans le savoir, la FMOQ était engagée dans une négociation de façade qui ne visait qu'à donner au Ministre du temps pour préparer une réforme qui imposerait des modifications aux conditions d'exercice et de rémunération des Omnipraticiens participants qu'il n'a jamais eu l'intention véritable de négocier de bonne foi.
172. Les négociations de façade sont confirmées tant par les dissonances entre le Projet de loi 106 et, d'une part, les recommandations du Comité conjoint que, d'autre part, celles du Comité d'experts que le Gouvernement n'a même pas daigné attendre avant de déposer unilatéralement le Document consultatif.
173. Des représentants désignés du MSSS sur le Comité conjoint sont eux-mêmes dans l'incompréhension totale. Alors qu'ils travaillaient à tenter de déployer des projets-vitrines en collaboration avec la FMOQ, notamment à Rivière-du-Loup, Saint-Donat et possiblement Montréal, ils constatent que le Projet de loi 106 ne reflète tout simplement pas le modèle élaboré, tel qu'il appert de l'enregistrement de l'entrevue de M. Martin Forgues accordée au 98,5 FM le 24 octobre 2025 communiqué comme **pièce P-28**.
174. La volonté du Ministre d'imposer unilatéralement sa volonté est si évidente qu'il a tenu à l'écart les représentants du MSSS participant au Comité conjoint. Ceux-ci n'ont pas été consultés lors de l'élaboration du Projet de loi 106 et n'ont même pas eu le bénéfice d'en recevoir une présentation par les autorités supérieures du MSSS, tel qu'il appert de l'enregistrement de l'entrevue, pièce P-28.
175. Quant au Comité d'experts, alors que sa recommandation principale est un investissement de ressources additionnelles dans les soins de première ligne – une mesure demandée par la FMOQ et endossée par le Collège des médecins du Québec, le Projet de loi 106 prévoit essentiellement la pressurisation des Omnipraticiens participants sous peine de sanctions financières collectives.
176. L'absence de considération du Ministre pour le processus de négociations avec la FMOQ est aussi démontrée notamment par :

- l'absence de suivi, malgré l'insistance de la FMOQ en novembre et décembre 2024, pour le début de négociations de l'enveloppe budgétaire et d'échéanciers de mise en œuvre du nouveau modèle;
 - l'octroi du mandat au Comité d'experts le 23 janvier 2025, non pour faire progresser la mise en œuvre du nouveau modèle, mais pour prétendument faire confirmer si la « vision sur la table » était la bonne; et
 - le retrait exprès et assumé de sujets d'importance manifeste à la négociation collective, par le dépôt du Document consultatif et de la Deuxième proposition MSSS, le 19 mars 2025.
177. La FMOQ dénonce les représentations trompeuses du Ministre et du MSSS sur la cadence des négociations et toute allégation de prétendue impasse causée par la FMOQ à laquelle le Projet de loi 106 tenterait de remédier.

F. Les tentatives de négociations subséquentes

(1) LES TENTATIVES DE NÉGOCIATIONS ESTIVALES

178. Dès sa présentation, la FMOQ indique à la Partie gouvernementale qu'elle considérerait le Projet de loi 106 inconstitutionnel et a demandé son retrait, notamment aux termes du mémoire qu'elle a présenté à la Commission, tel qu'il appert de la copie de celui-ci communiquée comme **pièce P-29**.
179. Le 13 juin 2025, toujours désireuse d'en arriver au renouvellement de l'Entente générale dans l'intérêt de ses membres et de la population du Québec, la FMOQ écrit à Mme Sonia Lebel, à l'époque ministre responsable de l'Administration publique et présidente du Secrétariat du Conseil du trésor, afin de relancer les négociations, à condition que ces négociations ne soient pas interprétées comme étant relatives ou liées de quelque façon que ce soit au Projet de loi 106, un projet de loi inconstitutionnel, tel qu'il appert de la copie de la lettre communiquée comme **pièce P-30**.
180. À deux autres reprises au cours des négociations estivales, soit les 2 et 7 juillet 2025, la FMOQ réaffirme qu'elle est disposée à négocier les modalités d'un accord-cadre, mais non selon les contraintes énoncées au Projet de loi 106, et que la perspective d'une entente sans le retrait de celui-ci est illusoire, tel qu'il appert de la copie des lettres transmises par la FMOQ communiquée en liasse comme **pièce P-31**.
181. Les parties tiennent 14 rencontres de négociation en sous-comité composé d'un représentant de chaque partie en juin et juillet 2025, mais le MSSS reste inflexible et se refuse à toute concession sur les sujets d'importance à la FMOQ.
182. Le 13 août 2025, Dr. Marc-André Amyot, président et directeur général de la FMOQ, publie une lettre ouverte dénonçant la campagne de dénigrement du Gouvernement et expliquant au public, notamment :

- que les indicateurs de « performance » présentés à la population par le Gouvernement sont en fait des indicateurs volumétriques, et non de qualité ou de pertinence des soins et consultations;
- qu'il manque 2 000 Omnipraticiens participants, ce qui est d'ailleurs connu par le MSSS;
- que depuis le début des négociations, la FMOQ a avancé de nombreuses solutions sur des thèmes d'intérêt du Gouvernement – dont la mesure de la performance et la capitation – mais que l'intransigeance du gouvernement, dont la présentation du Projet de loi 106, ruinait tout effort de négociation; et
- que la FMOQ était disposée à participer à une approche collaborative, ou à s'en remettre à l'arbitrage,

tel qu'il appert de la copie d'un extrait du quotidien Le Journal de Montréal du 13 août 2025 communiquée comme **pièce P-32**.

183. Dès le lendemain, le 14 août 2025, le MSSS annonce subitement à la FMOQ que le Projet de loi 106 sera adopté lors de la reprise des travaux parlementaires à l'automne, confirmant ainsi que toute poursuite des négociations serait vaine.
184. Le 18 août 2025, la Partie gouvernementale dépose une troisième proposition (**Troisième proposition MSSS**), tel qu'il appert de la copie communiquée comme **pièce P-33**. Elle y reprend les modifications aux conditions d'exercice et à la rémunération des Omnipraticiens participants annoncées à la Deuxième proposition MSSS et, notamment :
 - prévoit une enveloppe budgétaire globale qui, lorsqu'ajustée pour l'inflation, est inférieure à celle prévue dans l'Accord-cadre 2015-2023 et dont une partie importante (20%) n'est pas garantie en ce qu'elle est liée aux indicateurs de performance volumétrique;
 - prévoit l'abolition pure et simple de 23 ententes dûment négociées et conclues avec la FMOQ;
185. Révélatrice de la stratégie de la Partie gouvernementale de ne dialoguer avec la FMOQ que sous la menace de l'adoption d'une loi inconstitutionnelle et préjudiciable à la FMOQ et à ses membres, cette Troisième proposition MSSS contient toujours la même mention selon laquelle le nouveau mode de rémunération et l'inclusion d'indicateurs de performance volumétrique sont soumis à la FMOQ « uniquement à titre consultatif ».
186. La Troisième proposition MSSS condamne ainsi les parties à faire du sur-place et les prive de toute possibilité raisonnable de parvenir à une entente.

(2) LES MOYENS DE PRESSION ET L'ULTIMATUM DU 22 OCTOBRE 2025

187. Devant le refus de la Partie gouvernementale de négocier de bonne foi, les membres de la FMOQ décident d'entamer des moyens de pression.
188. Ainsi, ils suspendent, à partir du 16 septembre 2025, leur participation à toutes les activités médico-administratives sans impact sur les soins aux patients.
189. Le 23 septembre, ils votent en faveur d'une augmentation des moyens de pression, soit la suspension des activités d'enseignement aux étudiants en médecine à partir du 1^{er} octobre 2015.
190. Le 24 septembre 2025, le MSSS propose à la FMOQ d'entamer un processus de médiation. La proposition est toutefois conditionnelle au maintien des principes du Projet de loi 106, qui sont pernicieusement présentés à la FMOQ et au public québécois par le Ministre comme étant non négociables.
191. La FMOQ soumet une contre-proposition de médiation le 29 septembre 2025, aux termes de laquelle elle y accepte le principe d'une médiation portant sur le renouvellement de l'Entente générale, mais refuse que le Projet de loi 106, qu'elle considère inconstitutionnel, fasse partie du mandat de médiation.
192. Le 30 septembre 2025, la FMOQ et le MSSS conviennent d'entamer un processus de médiation. Celui-ci débute le 1^{er} octobre 2025.
193. Le 15 octobre 2025, devant l'intransigeance de la Partie gouvernementale, la FMOQ annonce l'échec de la médiation et la suspension de l'enseignement dès le lendemain, représentant l'un des seuls moyens de pression à la disposition des Omnipraticiens participants dans le cadre des négociations avec le MSSS.
194. Le 22 octobre 2025, le Partie gouvernementale dépose une quatrième proposition intitulée *Proposition globale et finale du gouvernement du Québec en vue du renouvellement de l'Accord-cadre* (**Proposition finale et globale MSSS**).
195. Cette dernière, notamment :
- prévoit une enveloppe budgétaire globale qui est même inférieure à l'enveloppe budgétaire de la Troisième proposition MSSS, et dont 13,04 % n'est pas garantie en ce qu'elle est liée aux indicateurs de performance volumétrique;
 - prévoit l'abolition pure et simple de 25 ententes dûment négociées et conclues avec la FMOQ,
- tel qu'il appert de la copie communiquée comme **pièce P-34**.
196. Cette Proposition finale et globale MSSS démontre l'absence manifeste de volonté de la Partie gouvernementale de négocier de bonne foi des aspects fondamentaux des conditions d'exercice des Omnipraticiens participants qui, par le passé, ont toujours été négociés entre la FMOQ et la Partie gouvernementale.

197. Toujours le 22 octobre 2025, sans même attendre que la FMOQ se soit prononcée sur la Proposition finale et globale MSSS, le Premier ministre du Québec annonce théâtralement, par le biais d'une allocution préenregistrée et diffusée sur les réseaux sociaux peu après 19h00, visant à mousser une fausse impression d'urgence auprès de la population, qu'il déposerait une loi spéciale « pour changer [le] mode de rémunération [des médecins] et pour mettre fin aux moyens de pression » dès vendredi le 24 octobre 2025, tel qu'il appert de la copie de l'enregistrement communiquée au soutien des présentes, **pièce P-35**.

G. La Loi 2 adoptée sous bâillon

198. Dans la matinée du 24 octobre 2025, le Ministre dépose le *Projet de loi 2 – Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services*, qui sera adopté sous bâillon le lendemain.
199. La Loi 2 reprend les grands principes du Projet de loi 106, mais va beaucoup plus loin que celui-ci en incluant, entre autres, une série d'articles coercitifs visant la continuité des activités professionnelles des médecins, en plus d'imposer unilatéralement aux Omnipraticiens participants, par ailleurs enfermés dans le Régime public en raison de Loi 83, une nouvelle Entente générale.
200. La Loi 2 marque une rupture historique dans la manière dont la médecine est pratiquée au Québec.
201. Cette loi sans précédent contrevient aux droits et libertés fondamentaux de la FMOQ et de ses membres, notamment à la liberté d'association garantie par l'article 3 de la *Charte québécoise* et par l'alinéa 2d) de la *Charte canadienne*.

VI. LA LOI 2 : UNE RÉFORME IMPOSÉE UNILATÉRALEMENT MARQUANT UNE RUPTURE HISTORIQUE DANS LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE AU QUÉBEC

A. La Prise en charge obligatoire de toute la population sans égard à la capacité réelle de prise en charge des Omnipraticiens participants

202. La Loi 2 fait de la « prise en charge » par un Omnipraticien participant un service assuré au sens de l'article 3 de la LAM¹⁸.
203. Elle impose à la Régie de mettre en place un mécanisme visant à permettre à une personne admissible d'être « affiliée » à un milieu de pratique¹⁹.
204. Trimestriellement, chaque DTMF devra répartir les personnes admissibles parmi les milieux de pratique de son territoire – chaque personne ainsi « répartie » dans un milieu de pratique devient « dès lors affiliée à celui-ci »²⁰.

¹⁸ Loi 2, art. 29 modifiant l'article 3 (al. 1f) de la LAM.

¹⁹ Loi 2, art. 1 modifiant l'article 76 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux*, RLRQ c. G-1.021 (**LGSSSS**).

205. Cette affiliation de toute la population admissible représente, à terme, l'affiliation d'environ 1 700 000 patients de plus.
206. La Loi 2 prévoit que « le médecin de famille qui fournit des services assurés dans un milieu de pratique est responsable de la prise en charge des personnes qui y sont affiliées »²¹.
207. Elle prévoit en outre que la répartition décidée par un DTMF entre les milieux de pratique doit être « proportionnelle » à la capacité de prise en charge de ces milieux, et non limitée par cette capacité²².
208. En d'autres mots, que les milieux de pratique aient ou non la capacité de prendre en charge davantage de patients, le DTMF doit procéder à une répartition trimestrielle des patients, et les Omnipraticiens participants deviennent ainsi collectivement responsables de les prendre en charge.
209. Les Omnipraticiens participants ne bénéficient d'aucun droit de s'opposer à la répartition trimestrielle décrétée par leur DTMF, ou d'un quelconque droit de désaffilier des patients, sauf exception ciblée pour cause d'impossibilité d'établissement et de maintien d'un lien de confiance avec le patient²³.
210. L'effet net de ces articles est d'empêcher les Omnipraticiens participants de la faculté de décider s'ils peuvent ou non prendre en charge un patient dans le respect de leurs compétences, capacité et obligations déontologiques, un principe pourtant fondamental dans l'exercice de la médecine.
211. Avant l'entrée en vigueur de ces dispositions, les Omnipraticiens participants disposaient de latitude pour évaluer leur capacité à prendre en charge un patient, notamment en tenant compte de la complexité du cas, de leur charge actuelle ainsi que de la qualité de la relation thérapeutique qu'ils pouvaient établir – dont la considération de leurs compétences professionnelles individuelles.
212. Les nouvelles dispositions de la Loi 2 bouleversent cet équilibre.
213. Désormais, les Omnipraticiens participants devront prendre en charge tous les patients que le DTMF aura la tâche ingrate d'affilier à leur milieu de pratique, et ce, sans égard à la capacité réelle de prise en charge individuelle du médecin, ni à la qualité de la relation thérapeutique offerte aux patients, et sans engagement que des ressources additionnelles dans les milieux de soin seront financées.
214. Cette prise en charge forcée de toute la population est mise en œuvre sans égard à la pénurie actuelle d'environ 2 000 Omnipraticiens participants, que la Partie gouvernementale préfère ignorer pour plutôt justifier ses mesures

²⁰ Loi 2, art. 3 modifiant l'article 447 de la LGSSSS.

²¹ Loi 2, art. 4 introduisant un nouvel article 447.7 à la LGSSSS.

²² Loi 2, art. 4 introduisant un nouvel article 447.3 à la LGSSSS.

²³ Loi 2, art. 4 introduisant un nouvel article 447.6 à la LGSSSS.

législatives draconiennes en moussant l'idée, fausse et vexatoire, que les médecins omnipraticiens « ne travailleraient pas assez ».

B. Les conditions de rémunération des Omnipraticiens participants

215. La Loi 2 prévoit que tout Omnipraticien participant, lorsqu'il exerce dans un cabinet privé de services professionnels, en centre local de services communautaires, en centre médical spécialisé ou dans un autre milieu de pratique bénéficiant d'un programme établi en vertu de l'article 10.4 de *la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*²⁴, est rémunéré exclusivement suivant un nouveau mode de « rémunération composée »²⁵.
216. La rémunération composée comprend :
- une rémunération par capitation;
 - une rémunération à taux horaire; et
 - une rémunération additionnelle pour certains services (à l'acte)²⁶.
217. Comme mentionné ci-haut, la prise en charge d'un patient devient un service assuré au sens de l'article 3 de la *LAM*. La Loi 2 prévoit que, lorsque plus d'un Omnipraticien participant exercent dans un même milieu de pratique, ceux-ci ont collectivement droit à la rémunération versée pour la prise en charge²⁷.
218. Cette rémunération est versée trimestriellement selon un tarif par capitation qui varie en fonction du niveau de vulnérabilité de la personne prise en charge²⁸.
219. Lorsqu'un milieu de pratique est le lieu d'exercice de plus d'un Omnipraticien participant, la Loi 2 prévoit que ces derniers peuvent se doter de « règles de fonctionnement »²⁹. Ces règles, qui sont adoptées à la majorité³⁰, lient tous les Omnipraticiens participants au sein d'un même milieu de pratique³¹.
220. De même, la Loi 2 prévoit que lorsqu'un milieu de pratique est le lieu d'exercice de plus d'un Omnipraticien participant, ceux-ci peuvent se doter de « règles de ventilation ». Ces règles de ventilation, qui, sauf exceptions, sont également adoptées à la majorité³², visent à répartir entre eux la rémunération par capitation

²⁴ RLRQ c. M-19.2.

²⁵ Loi 2, art. 43. Notons que l'article 44 prévoit deux exceptions : (1) lorsqu'une entente conclue après la sanction de la Loi 2 prévoirait une rémunération à l'acte pour un service, et (2) l'exécution d'activités et tâches administratives visées au 15^e al. de l'article 3 de la *LAM* tel que modifié par l'article 16 de la Loi 2.

²⁶ Loi 2, art. 43.

²⁷ Loi 2, art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.1 (al. 2) à la *LAM*. Voir également Loi 2, art. 31 modifiant l'article 22 (al. 3) de la *LAM*.

²⁸ Loi 2, art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.1 (al. 1) à la *LAM*.

²⁹ Loi 2, art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.4 (al. 2) à la *LAM*.

³⁰ Loi 2, art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.5 (al. 1) à la *LAM*.

³¹ Loi 2, art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.5 (al. 2) à la *LAM*.

³² Loi 2, art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.9 à la *LAM*.

associée à la prise en charge. À l'instar des règles de fonctionnement, elles lient tous les Omnipraticiens participants au sein d'un même milieu de pratique³³.

221. Par ailleurs, la Loi 2 prévoit que les Omnipraticiens participants au sein d'un même milieu de pratique doivent désigner un « représentant » dont la fonction est d'agir à titre de mandataire de ces derniers auprès de la RAMQ³⁴.
222. Le représentant doit être enregistré à ce titre auprès de la RAMQ, sous peine que tous les Omnipraticiens participants au sein de son milieu de pratique perdent leur rémunération par capitation pour le trimestre visé par le défaut d'enregistrement³⁵. Au terme de chaque trimestre, celui-ci doit communiquer avec la RAMQ dans l'objectif de lui faire connaître la ventilation des honoraires dus à chaque Omnipraticien participant en fonction des règles en vigueur au sein de son milieu de pratique, toujours sous peine que tous les Omnipraticiens participants perdent leur rémunération par capitation pour le trimestre visé³⁶.
223. Ainsi, la Loi 2 met en place un régime bizarroïde par lequel une majorité de médecins détient le pouvoir de déterminer des composantes majeures de la rémunération de tous les Omnipraticiens participants au sein d'un même milieu de pratique. Un tel régime ne peut faire autrement que de paver la voie à une ère regrettable de conflits entre médecins sur la façon de répartir entre eux la rémunération par capitation à être versée par la RAMQ à chaque trimestre.
224. Poussé à l'extrême, ce régime permettrait à une majorité d'Omnipraticiens participants d'ostraciser une minorité de leurs collègues en leur attribuant 0 % de la rémunération par capitation versée par la RAMQ au cours d'un trimestre.
225. La Loi 2 va même plus loin en déléguant au gouvernement de larges pouvoirs réglementaires portant sur les conditions de pratique et les modes de rémunération des médecins omnipraticiens.
226. Elle habilite notamment le gouvernement, par règlement, à « établir les modes de rémunération des professionnels de la santé ainsi que les modalités relatives à la gestion de cette rémunération », « établir différents niveaux de vulnérabilité des personnes assurées [...] » et, aux fins de la rémunération des professionnels de la santé, à « définir des modalités de prise en charge d'une personne assurée par un professionnel de la santé et les obligations devant être exécutées par ce professionnel pour qu'il y ait une telle prise en charge »³⁷, tel qu'il appert de l'article 21.1 de la LAM, édicté par l'article 19 de la Loi 2.

³³ Loi 2, art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.9 à la LAM.

³⁴ Loi 2, art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.7 à la LAM.

³⁵ Loi 2, art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.11 (al. 3) à la LAM.

³⁶ Loi 2, art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.12 à la LAM.

³⁷ Loi 2, art. 19 introduisant un nouvel article 21.1 à la LAM.

C. L'assujettissement d'une partie de la rémunération à l'atteinte d'objectifs de performance collective

(1) L'INSTAURATION DE « COLLECTIVITÉS » RESPONSABLES DE L'ATTEINTE D'OBJECTIFS DONNANT DROIT À UN « SUPPLÉMENT »

227. La Loi 2 instaure un « supplément » collectif qu'elle prétend ajouter à la rémunération des Omnipraticiens pour « favoriser » l'atteinte d'objectifs en matière d'accès et de qualité des services médicaux³⁸.
228. Or, ce prétendu incitatif n'a rien d'un supplément.
229. La Loi 2 décrète plutôt une baisse de la rémunération de base des Omnipraticiens participants applicable à compter du 1^{er} janvier 2026³⁹. Le versement du « supplément » collectif, le cas échéant, ne leur permet donc, au mieux, que d'atteindre la même rémunération que celle prévalant avant la Loi 2.
230. Chaque objectif de performance est applicable à une ou des « collectivité(s) » nationale, territoriales ou locales⁴⁰. Chaque Omnipraticien participant est ainsi voué à faire partie de plusieurs collectivités médicales⁴¹.
231. La Loi 2 décrète qu'il « appartient » à chaque collectivité médicale de mettre en œuvre les « moyens » permettant l'atteinte des objectifs qui leur sont imposés⁴².
232. Ainsi, non seulement la Loi 2 diminue-t-elle unilatéralement la rémunération de base des Omnipraticiens participants, mais au surplus, la Loi 2 leur impute l'entière responsabilité de l'atteinte des objectifs volumétriques dans un contexte de pénurie criante de ressources professionnelles, matérielles et technologiques.
233. La Loi 2 fait donc écho aux propos décontextualisés, simplistes et inacceptables du Gouvernement selon lesquels les problèmes d'accès au Régime public relèveraient d'un niveau insatisfaisant de productivité des médecins.

(2) LES PREMIERS OBJECTIFS COLLECTIFS

234. La Loi 2 décrète des objectifs applicables aux Omnipraticiens participants⁴³.
235. Ils portent sur les sujets suivants :
- le délai de prise en charge des usagers se présentant aux services d'urgence, à compter de leur triage⁴⁴;

³⁸ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.19 à la *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée*, c. A-2.2 (**Loi sur l'accès**).

³⁹ Voir notamment Loi 2, art. 108.

⁴⁰ Loi 2, art. 65 introduisant de nouveaux articles 29.24 à 29.26 et 29.31 à 29.33 à la *Loi sur l'accès*.

⁴¹ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.34 à la *Loi sur l'accès*.

⁴² Loi 2, art. 65 introduisant de nouveaux articles 29.31 à 29.33 à la *Loi sur l'accès*.

⁴³ Loi 2, art. 83.

- le délai de consultation d'un spécialiste au service d'urgence, après une telle demande de consultation⁴⁵;
- la durée des séjours aux services d'urgence⁴⁶;
- le nombre de plages de rendez-vous rendu disponibles en médecine familiale⁴⁷;
- l'exécution de prestations médicales en matière de soins d'urgence, d'obstétrique et d'hospitalisation dans certaines installations⁴⁸;
- les taux d'affiliation à un milieu de pratique et d'association à un médecin⁴⁹; et
- la capacité de réponse aux demandes des usagers en centre d'hébergement et de soins de longue durée⁵⁰.

236. Chaque objectif énoncé par la Loi 2 est de type volumétrique.

237. La possibilité de satisfaire chacun dépend directement de l'ampleur de la demande – soit le nombre de patients et/ou leur état de santé – et de l'ampleur de l'offre de ressources – soit le nombre absolu de médecins et des autres professionnels de la santé disponibles pour rendre des services médicaux, de même que des infrastructures disponibles pour dispenser de tels services.

238. Les médecins ne contrôlent ni la demande, ni l'offre de ressources au sein du Réseau public. La Loi 2 impose donc unilatéralement aux Omnipraticiens participants des objectifs à l'égard desquels ils n'ont aucun contrôle.

(3) LA GESTION COLLECTIVE DU DROIT AU SUPPLÉMENT

239. À l'instar du régime de gestion collective qu'elle instaure pour la rémunération par capitation de la Prise en charge obligatoire, la Loi 2 instaure un régime de gestion collective de la rémunération par supplément collectif.

240. Ainsi, chaque collectivité médicale peut se doter de « règles de fonctionnement »⁵¹. De telles règles, qui sont adoptées à la majorité, lient l'ensemble des Omnipraticiens qui font partie de la collectivité en cause⁵².

⁴⁴ Loi 2, Annexe I, Objectifs nationaux no 1-A, 1-B, 1-C.

⁴⁵ Loi 2, Annexe I, Objectifs locaux no 1-A, 1-B, 1-C.

⁴⁶ Loi 2, Annexe I, Objectif national no 2.

⁴⁷ Loi 2, Annexe I, Objectifs nationaux no 3-A, 3-B, 3-C.

⁴⁸ Loi 2, Annexe I, Objectifs nationaux no 4-A, 4-B, 4-C.

⁴⁹ Loi 2, Annexe I, Objectif territoriaux no 1-A, 1-B, 1-C.

⁵⁰ Loi 2, Annexe I, Objectifs territoriaux no 2-A, 2-B, 2-C.

⁵¹ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.35 à la *Loi sur l'accès* et art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.4 (al. 2) à la *LAM*.

⁵² Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.35 à la *Loi sur l'accès* et art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.5 (al. 2) à la *LAM*.

241. Chaque collectivité médicale est représentée, dans ses échanges avec la RAMQ, par son représentant respectif⁵³.
242. Le représentant d'une collectivité médicale locale est choisi à la majorité par les Omnipraticiens participants qui y fournissent des services assurés⁵⁴.
243. Par contre, le représentant d'une collectivité médicale territoriale est le représentant du DTMF duquel sont membres les médecins qui composent cette collectivité⁵⁵. Les règles de fonctionnement de cette dernière sont « établies » par le comité territorial dudit département territorial, sauf disposition contraire desdites règles⁵⁶.
244. Le représentant de la collectivité médicale nationale formée par l'ensemble des Omnipraticiens participants est son organisme représentatif au sens de l'article 19 *LAM*, en l'occurrence la FMOQ⁵⁷. Les règles de fonctionnement de cette collectivité sont établies par l'assemblée générale de l'organisme représentatif, sauf disposition contraire desdites règles⁵⁸.
245. Chaque collectivité médicale doit, pour que les médecins qui la composent puissent percevoir le supplément collectif, se doter de règles de ventilation du supplément qui lui est payable⁵⁹. Ces règles lient les Omnipraticiens participants exerçant au sein de cette collectivité⁶⁰.
246. Par ailleurs, la Loi 2 prévoit expressément que les règles de fonctionnement de la collectivité nationale et des collectivités territoriales puissent :
- prévoir des catégories de médecins à l'égard desquels des règles de ventilation « particulières » peuvent être établies; et
 - établir la méthode selon laquelle est fixé le montant du supplément collectif à être ventilé sous ces règles « particulières »⁶¹.
247. Bref, en plus de rendre la perception de cette portion de la rémunération tributaire de l'atteinte d'objectifs collectifs que les Omnipraticiens participants ne déterminent pas, et à l'égard desquels ils n'ont aucun contrôle, les modalités de gestion du supplément collectif rendent sa répartition tributaire de la volonté de

⁵³ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.35 à la *Loi sur l'accès* et art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.7 à la *LAM*.

⁵⁴ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.35 à la *Loi sur l'accès* et art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.6 (al. 1) à la *LAM*.

⁵⁵ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.38 (al. 1) à la *Loi sur l'accès*.

⁵⁶ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.38 (al. 2) à la *Loi sur l'accès*.

⁵⁷ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.37 (al. 1 no. 1) à la *Loi sur l'accès*.

⁵⁸ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.37 (al. 2) à la *Loi sur l'accès*.

⁵⁹ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.35 à la *Loi sur l'accès* et art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.9 (al. 1) à la *LAM*.

⁶⁰ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.35 à la *Loi favorisant l'accès* et art. 33 introduisant un nouvel article 38.0.9 (al. 3) à la *LAM*.

⁶¹ Loi 2, art. 65 introduisant un nouvel article 29.36 à la *Loi favorisant l'accès*.

majorités d'Omnipraticiens participants aux niveaux local, territorial et national, ce qui ne pourra que déboucher sur des conflits inutiles entre médecins.

D. LES MODIFICATIONS UNILATÉRALES AUX ENTENTES

248. La Loi 2 édicte le renouvellement de toute entente en vigueur (ou continuant d'avoir effet en date de l'adoption de la Loi 2), sauf dispositions contraires⁶².
249. En apparence, la Loi 2 prétend ainsi renouveler l'Entente générale, l'Accord-cadre 2015-2023 et les multiples lettres d'entente, ententes particulières, protocoles d'accord, autres accords et lettres d'intentions intervenus.
250. Cependant, les dispositions contraires auxquelles il est référé ci-haut, et décrites ci-dessous, sont en fait des modifications unilatérales aux ententes, que la Loi 2 énonce comme « réputées constituer une entente conclue avec [la FMOQ] »⁶³.
251. Le résultat net est que la Loi 2 charcute les ententes négociées avec la FMOQ comme aucune loi dans l'histoire du Québec ne l'a jamais fait.

(1) RÉDUCTION UNILATÉRALE DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE

252. La Loi 2 édicte les montants de l'enveloppe budgétaire globale annuelle pour les années débutant le 1^{er} avril 2025, le 1^{er} avril 2026 et le 1^{er} avril 2027.
253. L'enveloppe pour l'année débutant le 1^{er} avril 2026 prévoit une diminution radicale de plus d'un demi-milliard de dollars – soit de 505 000 000 \$, ou 18,4% – par-rapport à l'enveloppe de l'année qui débutait le 1^{er} avril 2025, déjà en diminution par-rapport à l'enveloppe de l'année qui débutait le 1^{er} avril 2024⁶⁴.
254. L'enveloppe n'augmente ensuite que de 1,7% pour l'année débutant le 1^{er} avril 2027, et ce, pour tenir compte des effets de la croissance de la population, de son vieillissement, et de l'ajout net d'Omnipraticiens participants⁶⁵.

(2) RÉDUCTION UNILATÉRALE DES TARIFS EN VIGUEUR ET IMPOSITION UNILATÉRALE DE NOUVEAUX TARIFS RÉDUITS

255. La Loi 2 déclare que tous les tarifs en vigueur au 31 décembre 2025 sont remplacés, à compter du 1^{er} janvier 2026, par un tarif réduit à 86,96% du tarif en vigueur au 31 décembre 2025, sauf exceptions⁶⁶.
256. Tel qu'exposé ci-haut, la Loi 2 impose aussi aux Omnipraticiens participants un nouveau mode de rémunération, dite « composée », qui inclut : (1) une

⁶² Loi 2, art. 107.

⁶³ Loi 2, art. 109.

⁶⁴ Loi 2, art. 110.

⁶⁵ Loi 2, art. 110-111.

⁶⁶ Loi 2, art. 108.

rémunération par capitation, (2) une rémunération à taux horaire, et une rémunération additionnelle pour certains services⁶⁷.

257. La Loi 2 énonce le tarif trimestriel par capitation suivant l'affiliation et la prise en charge d'un patient. Les tarifs varient de 2,29\$ à 41,19\$ selon le niveau de vulnérabilité du patient pris en charge⁶⁸.
258. La rémunération par taux horaire vise à compenser l'exécution de « tâches constituant l'exercice de la profession médicale ». La Loi 2 énonce que ce tarif est de 26,81\$ et qu'il peut être ventilé par quart d'heure, jusqu'à concurrence de 12 heures par jour⁶⁹. Ces tâches sont notamment des tâches directes et indirectes de suivi de patients – soient des activités qui, respectivement, impliquent d'interagir directement avec un patient ou à intervenir aux fins de son suivi – et d'autres tâches administratives non liées au suivi des patients⁷⁰.
259. Des taux horaires bonifiés sont prévus lorsque les tâches sont réalisées dans un contexte de supervision d'un résident en médecine (72,97\$), d'un étudiant en médecine ou d'un candidat à l'exercice d'une autre profession désignée (78,09\$), de même que dans le cadre d'activités pédagogiques (86,37\$)⁷¹.
260. Enfin, quant à la portion forfaitaire de la rémunération, elle vise à compenser les services qui requièrent une interaction avec un ou des patients ou avec un autre professionnel de la santé, sous certaines conditions⁷².
261. La Loi 2 prévoit en effet des tarifs forfaitaires pour les interactions :
- avec un patient, qui varient selon que l'interaction ait lieu en personne, au lieu de résidence du patient (59,83\$), dans le milieu de pratique du médecin (16,00\$, ou 34,97\$ si l'interaction dure une demi-heure ou plus), ou à distance (13,98\$);
 - avec un groupe de patients (22,40\$);
 - avec un professionnel de la santé et des services sociaux, pourvu, notamment : (1) qu'il ne s'agisse pas d'un médecin agissant comme Professionnel participant, et (2) que l'interaction ait lieu à la demande de ce professionnel en raison de la complexité ou de la gravité du cas du patient, ou en raison de l'expertise du médecin (6,34\$)⁷³;
262. Il est aussi prévu l'octroi d'une rémunération forfaitaire pour la réalisation de procédures « mineure » (3,07\$), « standard » (6,09\$), ou « avancée » (17,59\$).

⁶⁷ Loi 2, art. 43.

⁶⁸ Loi 2, art. 114.

⁶⁹ Loi 2, art. 115.

⁷⁰ Loi 2, art. 115 (al. 1)

⁷¹ Loi 2, art. 115 (al. 2 et 3).

⁷² Loi 2, art. 116-117.

⁷³ Loi 2, art. 116.

263. En raison de ces nouveaux tarifs, la rémunération octroyée aux Omnipraticiens participants en application de la Loi 2 pour une année typique de travail entraînera une diminution de revenu substantielle.
264. Les Omnipraticiens participants étant captifs du Régime public, une telle réduction unilatérale de leur rémunération constitue une entrave claire et substantielle à leur droit constitutionnel à la liberté d'association.

(3) ÉLIMINATION UNILATÉRALE DE L'ALLOCATION POUR COMPENSATION DES « FRAIS DE CABINET »

265. La Loi 2 prévoit que toute disposition d'une entente qui a pour effet de conférer à un Omnipraticien participant une rémunération qui serait supérieure à celle octroyée pour le même service en installation (tel un hôpital ou un CLSC) cesse d'avoir effet à compter du 1^{er} avril 2026⁷⁴.
266. Concrètement, elle élimine une majoration d'environ 30% des tarifs, communément appelée « allocation pour frais de cabinets », qui visait à compenser une partie des frais additionnels découlant de l'exercice de la pratique médicale en cabinet.
267. L'allocation pour frais de cabinets est indissociable de la rémunération régulière d'un Omnipraticien participant. L'exercice de la médecine – en clinique ou en cabinet – requiert une infrastructure et un soutien administratif minimum qu'il est nécessaire de rémunérer afin de mitiger les risques financiers qui accompagnent ce type de pratique médicale au Québec, à défaut de quoi la rentabilité de tels cabinets et cliniques est mise en péril, au point d'entraîner leur fermeture.

(4) ABROGATION UNILATÉRALE D'ENTENTES PARTICULIÈRES

268. De façon tout à fait brutale, la Loi 2 édicte la cessation complète des effets de 26 ententes, et la cessation partielle des effets d'une entente additionnelle⁷⁵.
269. Ces ententes, abrogées unilatéralement par la Loi 2, concernent des enjeux majeurs, notamment la prise en charge des patients, l'organisation des soins, la rémunération des médecins, certaines pratiques médicales particulières, l'enseignement aux étudiants et le guichet d'accès à la première ligne.
270. La Loi 2 abroge notamment la Lettre d'entente no 393. Cette abrogation entraînera l'abolition du guichet d'accès à la première ligne, un mécanisme actuellement en place pour améliorer l'accès des personnes non inscrites à un médecin de famille, grâce à un système de triage efficace et éprouvé.

⁷⁴ Loi 2, art. 118.

⁷⁵ Loi 2, art. 122.

271. La Loi 2 met également fin unilatéralement aux dispositions de la Lettre d'entente no 389, qui établissait les conditions nécessaires à la collaboration interprofessionnelle entre médecins et infirmières praticiennes spécialisées, une collaboration pourtant essentielle au bon fonctionnement du système de santé.
272. De même, en abrogeant les dispositions de l'Annexe XXIII de l'Entente générale portant sur les modalités spécifiques relatives au mode de rémunération mixte, la Loi 2 vient gravement affecter la rémunération des médecins enseignants, puisque le modèle de rémunération par capitation est incompatible avec leur mission d'enseignement, laquelle entraîne évidemment un impact direct sur leur capacité de prise en charge de patients. Une telle mesure entraînera des conséquences dévastatrices sur la recherche et l'enseignement en médecine.
273. Ce ne sont là que quelques exemples des ententes dûment négociées par la FMOQ auxquelles la Loi 2 met fin de manière abrupte, en violation directe de la liberté d'association des Omnipraticiens participants.
274. L'impact de la Loi 2 sur des ententes négociées ne s'arrête toutefois pas là.
275. Tout d'abord, en raison de l'effet combiné des articles 21 et 22, la Loi 2 modifie unilatéralement les recours prévus et dûment négociés dont disposent les médecins omnipraticiens pour contester une décision de la Régie, en leur imposant comme unique voie de contestation le recours devant le Tribunal administratif du Québec, à exercer dans un délai de 60 jours suivant la décision.
276. L'alinéa 208(1) de la Loi 2 habilite le Ministre à modifier unilatéralement toute entente dans la mesure où il est d'avis que ces modifications permettraient d'améliorer l'accessibilité aux services assurés au sens de cette loi :

208. Malgré l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) et toute disposition d'une entente, lorsque le ministre est d'avis que certaines modifications à une entente permettraient d'améliorer l'accessibilité aux services assurés au sens de cette loi et que ces modifications ne peuvent être convenues avec l'organisme représentatif concerné dans un délai qu'il estime acceptable, il peut apporter ces modifications, avec l'approbation du Conseil du trésor. Ce délai ne peut être inférieur à 60 jours.

277. L'article 209 de la Loi 2 prévoit, quant à lui, que « les dispositions de la présente loi prévalent sur les dispositions de toute entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie ».

E. L'ANÉANTISSEMENT DE TOUT VÉRITABLE MOYEN DE PRESSION

278. Le chapitre VIII de la Loi 2 instaure un régime hautement liberticide de contrôle, de surveillance, de dénonciation forcée et de sanction des Omnipraticiens.

279. Conformément à l'article 13 du *Code de déontologie des médecins (C.d.m.)*, les médecins sont déjà tenus de « s'abstenir de participer à une action concertée de nature à mettre en danger la santé ou la sécurité d'une clientèle ou d'une population ».
280. En d'autres termes, la loi interdit déjà aux médecins de faire la grève ou d'autrement recourir à tout autre moyen de pression susceptible de compromettre la santé ou la sécurité de la population.
281. Avant l'adoption de la Loi, les moyens de pression à la disposition des médecins étaient donc fortement limités et ne pouvaient porter que sur des tâches n'ayant aucun impact direct sur les patients telles que les médico-administratives, l'enseignement aux étudiants ou encore la supervision des résidents.
282. La Loi 2 les dépouille désormais de tout moyen de pression, même ceux qui ne sont pas interdits par l'article 13 *C.d.m.*
283. Plus particulièrement, le paragraphe 131(1°) de Loi 2 interdit aux médecins de participer à toute action concertée ayant pour effet « de faire cesser, diminuer ou ralentir [leur] activité professionnelle, par rapport à l'activité telle qu'elle était exercée avant que cette action soit entreprise ».
284. La notion d'« activité professionnelle » est définie de manière excessivement large à l'article 130 de la Loi 2 pour y inclure « toute prestation, participation ou contribution qu'un médecin fournit à ce titre ou parce qu'il est médecin ».
285. Autrement dit, tout ce qu'un Omnipraticien participant accomplit à titre de médecins ou en raison de sa qualité de médecin constitue une « activité professionnelle » au sens de la Loi 2, de sorte qu'il lui est interdit de participer à une action concertée ayant pour effet de diminuer ou ralentir cette activité, même lorsque la santé ou la sécurité de la population n'est nullement en jeu et alors que l'article 13 *C.d.m.* protège déjà l'intérêt public.
286. À titre d'exemple, un Omnipraticien ne pourrait participer à une action concertée ayant pour effet de réduire ses activités médico-administratives, bien que cela n'affecte d'aucune façon la santé ou la sécurité de la population.
287. Le paragraphe 131(2°) de Loi 2 interdit, quant à lui, aux médecins omnipraticiens de participer à une action concertée ayant notamment pour effet de cesser, diminuer ou ralentir leur participation au *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF)*.
288. De même, le paragraphe 131(3°) de Loi 2 interdit aux Omnipraticiens de participer à une action concertée ayant pour effet « de ralentir ou d'entraver autrement le bon déroulement du parcours de formation des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ».

289. L'article 133, al. 2, impose à la FMOQ, ainsi qu'à tout groupement représentatif de médecins, de « prendre les moyens appropriés pour amener les médecins qu'il représente à se conformer aux dispositions de la présente sous-section ».
290. Ainsi, la FMOQ se voit imposer une obligation positive de surveillance et d'intervention auprès de ses membres, l'érigeant en pratique en agent d'application de la Loi. À défaut de s'acquitter de cette responsabilité, la FMOQ s'expose à des sanctions pénales importantes.
291. En somme, en plus de fixer unilatéralement les conditions d'exercice et de rémunération des Omnipraticiens participants et d'abroger de nombreuses ententes dûment négociées, la Loi 2 interdit tout véritable moyen de pression permettant à ces derniers de promouvoir et de défendre leurs intérêts économiques et sociaux ainsi que d'établir un rapport de force avec le Gouvernement, et ce, sans disposer d'un mécanisme de règlement des différends indépendant et efficace pouvant être déclenché lorsque la Partie gouvernementale bafouent leur droit constitutionnel à la négociation collective.

VII. LES ATTEINTES AUX LIBERTÉS ET DROITS FONDAMENTAUX

A. Les multiples atteintes à la liberté d'association

292. L'article 3 de la *Charte québécoise* et l'alinéa 2d) de la *Charte canadienne* protègent la liberté d'association, incluant le droit de négocier collectivement.
293. Pour démontrer une atteinte à ce droit :
- Il suffit que la loi ou l'acte de l'État ait pour effet d'entraver de façon substantielle l'activité de négociation collective, décourageant ainsi la poursuite collective d'objectifs communs. En conséquence, l'État doit s'abstenir d'empêcher un syndicat d'exercer une véritable influence sur les conditions de travail par l'entremise d'un processus de négociation collective menée de bonne foi⁷⁶.
294. Il ne fait aucun doute que la Loi 2 constitue une entrave substantielle et sans précédent au droit de négocier collectivement et à la liberté d'association des Omnipraticiens. Il est même difficile de trouver dans l'histoire récente du Québec une loi ayant imposé de telles restrictions à la liberté d'association dans le secteur de la santé, voire dans tous les secteurs confondus.
295. Le refus de négocier de bonne foi, le retrait d'importants sujets de négociation et l'annulation unilatérale de conditions négociées sont des exemples d'actions reconnues en jurisprudence comme susceptibles d'entraver gravement la capacité de négocier des détenteurs de la liberté d'association et, par conséquent, de constituer une atteinte à ce droit garanti par les *Chartes*.

⁷⁶ *Health Services and Support - Facilities Subsector Bargaining Assn. c. Colombie-Britannique*, 2007 CSC 27, par. 90.

296. La Loi 2 constitue un malheureux bouquet de ces mesures attentatoires à la liberté d'association, aux effets délétères pour les Omnipraticiens participants.
297. Après plus d'un an de simulacre quant à la négociation du renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023 et de l'Entente générale, la Loi 2 impose unilatéralement des conditions d'exercice et de rémunération aux Omnipraticiens participants et, du même coup, retire de la négociation des sujets de la plus haute importance pour la FMOQ et ses membres, en plus d'annuler unilatéralement des ententes ayant été dûment négociées entre les parties.
298. En soustrayant du champ de négociation des sujets aussi importants que l'affiliation et la prise en charge de la population ainsi que des éléments majeurs de la rémunération des Omnipraticiens participants, la Loi 2 entrave de manière substantielle leur droit à la liberté d'association, en plus d'éroder gravement le rapport de force entre ces derniers et le Gouvernement.
299. De surcroît, plusieurs articles de la Loi 2 viennent annuler unilatéralement des dispositions d'ententes négociées entre la FMOQ et le MSSS, ce qui constitue aussi une entrave substantielle à la liberté d'association.
300. Qui plus est, la Loi 2 porte directement atteinte à l'activité collective des Omnipraticiens participants, laquelle doit leur permettre de faire face, à armes plus égales, à la puissance et à la force de l'État.
301. En imposant unilatéralement de nombreuses conditions d'exercice et en empêchant leur négociation, la Loi 2 porte sérieusement atteinte à la capacité des médecins d'agir collectivement par l'entremise de la FMOQ et, par voie de conséquence, à la liberté d'association des Omnipraticiens participants.
302. Par ailleurs, les Omnipraticiens participants sont particulièrement vulnérables à l'exercice des pouvoirs coercitifs de l'État, puisque l'article 13 *C.d.m.* leur impose l'obligation de s'abstenir de participer à une action concertée mettant en danger la santé ou la sécurité de la population.
303. La vulnérabilité des Omnipraticiens participants est notamment confirmée par :
- leur dépendance envers le Régime public, compte tenu de l'absence d'un libre marché dans le domaine des services médicaux au Québec, laquelle est exacerbée par la Loi 83, qui les emprisonne littéralement au sein de celui-ci;
 - les menaces récurrentes depuis 2014 d'adoption de lois et règlements modifiant unilatéralement leurs conditions d'exercice et/ou de rémunération;
 - la négociation de façade et de mauvaise foi du renouvellement de l'Accord-cadre 2015-2023 et de l'Entente générale pendant une durée de plus d'un an;
 - le refus obstiné de la Partie gouvernementale de soumettre le différend à un mécanisme de règlement de tels différends – par ailleurs obligatoire dans toutes les provinces canadiennes, à l'exception du Québec; et

- l'absence de tout moyen de pression efficace leur permettant d'établir un rapport de force face à l'État, surtout depuis l'adoption de la Loi 2.
304. Or, les lois applicables au Québec ne prévoient aucun mécanisme indépendant et efficace de règlement des différends pouvant être activé advenant le défaut de la Partie gouvernementale de négocier de bonne foi avec la FMOQ.
 305. Il est désormais établi que l'entrave substantielle à la liberté d'association peut découler d'une loi non inclusive, et donc de l'absence de mesures législatives permettant de rétablir les rapports de force entre les parties négociatrices.
 306. La Loi 2 constitue un cas d'école d'une loi entravant de façon substantielle la liberté d'association, en l'occurrence celle des Omnipraticiens participants.
 307. En plus de charcuter des ententes librement négociées avec la FMOQ, la Loi 2, à ses paragraphes 131(1°) et (3°), va même jusqu'à interdire aux Omnipraticiens participants d'exercer tout moyen de pression en lien avec des tâches médico-administratives ou d'enseignement, les plaçant du même coup dans un état de vulnérabilité extrême puisque la Loi 2 ne prévoit aucun mécanisme indépendant et efficace de règlement des différends entre le Gouvernement et la FMOQ.
 308. La Loi 2 place les Omnipraticiens participants dans une situation juridique où il leur est interdit, de façon absolue, complète et totale, de se concerter pour diminuer ou cesser quelque aspect de leur prestation de services médicaux.
 309. En interdisant aux Omnipraticiens de recourir aux seuls moyens de pression qui leur restaient compte tenu de l'article 13 *C.d.m.*, la Loi 2 entrave substantiellement leur droit à la négociation collective et porte atteinte à la liberté d'association de la FMOQ et de ses membres.
 310. Il en va de même de l'obligation imposée à la FMOQ aux termes de l'article 133, al. 2^e de la Loi 2 de « prendre les moyens appropriés pour amener les médecins qu'il représente à se conformer aux dispositions de la présente sous-section ».

B. Les atteintes à la liberté d'expression

311. La liberté d'expression protégée par l'article 3 de la *Charte québécoise* et l'alinéa 2b) de la *Charte canadienne* constitue l'un des piliers de notre démocratie moderne. Cette liberté est cruciale dans le cadre des relations de travail, puisque les activités expressives en contexte de relation de travail se rattachent directement aux droits de s'associer pour atteindre des objectifs communs.
312. En plus d'entraver la liberté d'association, la Loi 2 porte atteinte à la liberté d'expression de la FMOQ et de ses membres en prohibant les derniers véritables moyens de pression dont disposaient encore les Omnipraticiens participants.
313. Les activités interdites par les paragraphes 131(1°) à (3°) de la Loi 2 constituent du contenu expressif protégé par la liberté d'expression garantie par les *Chartes*.

314. C'est entre autres grâce à de telles activités expressives que la FMOQ et ses membres peuvent promouvoir et défendre leurs intérêts économiques et sociaux.
315. Cette liberté d'expression bénéficie également à la société dans son ensemble, puisque la liberté d'expression de la FMOQ et de ses membres lors d'un conflit avec le Gouvernement transporte sur la place publique le débat sur les conditions d'exercice et de rémunération des Omnipraticiens participants.
316. Les paragraphes 131(1°) et (3°) de la Loi 2 ont pour effet d'empêcher la FMOQ et ses membres de se livrer à des activités expressives protégées.
317. Ces dispositions empêchent la FMOQ et ses membres de promouvoir leurs intérêts et d'exercer une pression légitime sur la Partie gouvernementale.
318. En outre, en interdisant aux médecins omnipraticiens de participer à une action concertée ayant pour effet de modifier leur niveau d'engagement au sein du Programme GMF, un programme volontaire auquel plusieurs cliniques médicales n'adhèrent pas tout en dispensant des soins de qualité à la population, le paragraphe 131(2°) de la Loi 2 porte atteinte à la liberté d'expression des membres de la FMOQ.
319. Il en va de même de l'obligation imposée à la FMOQ aux termes de l'article 133, al. 2 de la Loi 2 de « prendre les moyens appropriés pour amener les médecins qu'il représente à se conformer aux dispositions de la présente sous-section ». En plus d'entraver de manière substantielle la liberté d'association de la FMOQ et de ses membres, l'imposition de cette obligation positive porte directement atteinte à la liberté d'expression de la FMOQ.
320. En somme, l'interdiction faite aux Omnipraticiens participants de se livrer à des actions concertées ayant pour effet de faire cesser, diminuer ou ralentir leur activité professionnelle ou le bon déroulement du parcours de formation des intervenants du domaine de la santé porte atteinte à la liberté d'expression de la FMOQ et de ses membres.

VIII. L'ABSENCE DE JUSTIFICATION DES ATTEINTES AUX DROITS PROTÉGÉS PAR LES CHARTES DANS UNE SOCIÉTÉ LIBRE ET DÉMOCRATIQUE

321. Les atteintes susmentionnées aux droits fondamentaux protégés par les *Chartes* ne peuvent se justifier dans le cadre d'une société libre et démocratique. Elles ne satisfont pas aux exigences prévues par l'article premier de la *Charte canadienne* et par l'article 9.1 de la *Charte québécoise*, conformément au test élaboré par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *R. c. Oakes*⁷⁷.

⁷⁷ *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103.

322. Il incombera au Procureur général du Québec (**PGQ**) de démontrer, selon la prépondérance des probabilités, que les restrictions découlant de la Loi 2 sont justifiées dans une société libre et démocratique, au sens de l'article 1 de la *Charte canadienne* et au sens de l'article 9.1 de la *Charte québécoise*.
323. À ce stade, la FMOQ se limite à formuler des observations préliminaires et répondra en temps opportun aux représentations du PGQ.

a) L'absence d'objectif urgent et réel

324. Il n'existait aucune urgence ni nécessité réelle justifiant l'adoption de la Loi 2, et ce, encore moins dans un contexte aussi précipité alors qu'elle porte à la liberté d'association et d'expression de la FMOQ et des Omnipraticiens participants.
325. Bien au contraire, la Loi 2 s'apparente à un ultime tour de force d'une Partie gouvernementale en perte de crédibilité, cherchant désespérément à redorer son image auprès de l'électorat aux dépens des médecins et au mépris des principes de négociation loyale et des droits fondamentaux garantis par les *Chartes*.
326. L'amélioration de l'accès aux services médicaux constitue, certes, un objectif auquel tous adhèrent, y compris la FMOQ et les Omnipraticiens participants.
327. Cependant, les problèmes systémiques qui affligent le réseau de la santé – notamment le sous-investissement chronique de la part de la Partie gouvernementale et la pénurie persistante de ressources professionnelles, matérielles et technologiques – sont connus depuis fort longtemps et constituent la véritable cause des enjeux auxquels la Loi 2 visait à remédier.
328. Rien ne justifiait donc l'adoption précipitée de la Loi 2 en contravention des libertés et droits fondamentaux de la FMOQ et de ses membres.

a) L'absence de lien rationnel

329. Il n'existe aucun lien rationnel entre le choix des mesures adoptées dans la Loi 2 et les objectifs qu'elle prétend poursuivre.
330. Même en supposant que l'objectif réellement poursuivi par la Partie gouvernementale soit l'amélioration de l'accès aux services médicaux, il est difficile de concevoir comment des négociations menées de mauvaise foi, la fixation unilatérale de conditions d'exercice, le retrait d'importants sujets de négociation ainsi que l'abrogation et la modification unilatérale d'ententes dûment négociées peuvent favoriser l'amélioration de l'accès à de tels services.
331. Il n'existe aucun lien rationnel entre le fait de priver les Omnipraticiens participants du droit à une véritable négociation garanti par la liberté d'association et l'amélioration de l'accès aux services médicaux.

332. Il en va de même des mesures qui empêchent la FMOQ et ses membres d'exercer tout véritable moyen de pression. Il n'y a aucun lien entre ces restrictions additionnelles et l'amélioration de l'accès aux services médicaux.
333. La Loi 2 est d'ailleurs en contradiction avec les recommandations du Comité d'experts retenus par la Partie gouvernementale et formulées à leur rapport.
334. Le Collège des médecins du Québec, dont la mission première est de protéger le public en veillant à une médecine de qualité, soutient également que la Loi 2 doit être suspendue sans délai, à défaut de quoi « [t]out indique que cette loi aura un effet inverse si elle est implantée telle quelle et il risque d'en résulter une réduction de l'accessibilité aux soins et des dommages au réseau de la santé ».

a) Les atteintes ne sont pas minimales

335. Les moyens choisis par l'État doivent porter atteinte le moins possible aux droits constitutionnels en cause. Pour être valide, la mesure législative doit être soigneusement mesurée afin que l'atteinte aux droits ne dépasse pas ce qui est nécessaire pour accomplir un objectif urgent et légitime de l'État.
336. En l'espèce, les atteintes aux droits et libertés fondamentaux de la FMOQ et des Omnipraticiens sont nombreuses et variées.
337. Le retrait de sujets de négociation d'une importance aussi majeure pour la FMOQ et ses membres ne saurait constituer une atteinte minimale, surtout au regard de la portée transformationnelle que le Gouvernement attribue lui-même à la réforme introduite aux termes de la Loi 2. Il s'agit plutôt d'une atteinte extrême.
338. Il en va du même de l'abrogation et de la modification unilatérale des ententes dûment négociées entre le MSSS et la FMOQ.
339. La teneur des dispositions en cause ne permet pas de conclure que la Partie gouvernementale ait cherché la solution la moins attentatoire possible au problème qu'il prétendait vouloir régler. Au contraire, la teneur révèle plutôt une volonté manifeste de la Partie gouvernementale de « casser les médecins ».
340. Quant aux interdictions prévues aux paragraphes 131(1°) à (3°) de la Loi 2 empêchant les Omnipraticiens participants d'exercer tout véritable moyen de pression, l'atteinte est tout sauf minimale, puisqu'elle n'est assortie d'aucun mécanisme indépendant de règlement des différends. Cette atteinte vise essentiellement à museler les médecins, après leur avoir fait encaisser des atteintes substantielles à leurs droits et libertés protégés par les *Chartes*.

a) L'absence de proportionnalité entre les effets de l'atteinte et l'objectif poursuivi par l'État

341. Les effets préjudiciables des dispositions de la Loi 2 contestées par la FMOQ surpassent largement leurs hypothétiques effets bénéfiques.

342. La Loi 2 causera un préjudice irréparable, non seulement aux droits fondamentaux de la FMOQ et des Omnipraticiens participants, mais également en bouleversant de manière définitive l'organisation et la prestation des soins au sein du Réseau public. Elle compromettra la santé et la sécurité de la population québécoise. Les avantages que pourrait procurer la Loi 2 sont inexistants.
343. En somme, les dispositions contestées de la Loi 2 ne sont pas justifiées en vertu de l'article 1 de la *Charte canadienne des droits et libertés* et au sens de l'article 9.1 de la *Charte des droits et liberté de la personne*.

POUR CES MOTIFS, PLAISE À LA COUR :

ACCUEILLIR la *Demande introductive d'instance en contrôle judiciaire*.

ANNULER les articles 1 à 4, 9, 12, 14, 17 à 19, 21, 22, 24, 26, 33-34, 42 à 55, 59, 65, 83, 106 à 122, 131 (1°) à (3°), 133 al. 2, 187, 208 et 209 de la *Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux et à assurer la continuité de la prestation de ces services*, 2025 c. 25 (**Loi 2**).

DÉCLARER que l'ensemble des dispositions de (1) l'*Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (Entente générale)* expirant le 31 mars 2023, (2) l'*Accord-cadre se terminant le 31 mars 2023 ayant trait au renouvellement de l'Entente générale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*, et (3) tout(e) autre lettre d'entente, entente particulière, protocole d'accord, autre accord ou lettre d'intention visé(e) par l'article 122 de la Loi 2 (collectivement désignées ci-après les **Ententes**) telles qu'elles étaient en date du 24 octobre 2025, sont en vigueur malgré les dispositions de la Loi 2, avec effet rétroactif au 24 octobre 2025.

ORDONNER au ministre de la Santé et des services sociaux du Québec (**Ministre**), à titre de réparation convenable et juste en vertu du paragraphe 24(1) de la *Charte canadienne des droits et libertés*, de négocier sans délai et de bonne foi avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (**FMOQ**) afin de parvenir à une entente finale et complète quant au renouvellement de l'Entente générale, y compris quant à l'inclusion d'un mécanisme de règlement des différends applicable à la négociation, l'application ou l'interprétation de celle-ci, qui soit efficace, indépendant, équitable, obligatoire et contraignant, et ce, dans les 90 jours du jugement définitif à intervenir.

ORDONNER qu'à défaut d'une entente finale et complète quant au renouvellement de l'Entente générale dans les 90 jours du jugement définitif à intervenir, tout différend entre le Ministre et la FMOQ quant au renouvellement de l'Entente générale devra être soumis à un arbitrage contraignant visant à déterminer les modalités du renouvellement de l'Entente générale, y compris quant à l'inclusion du mécanisme de règlement des différends ci-haut mentionné,

le tout selon une procédure convenue par les parties dans un délai de 150 jours du jugement définitif à intervenir ou, à défaut, prescrite par la Cour.

RENDRE toute autre ordonnance que la Cour jugera appropriée.

LE TOUT avec les frais de justice.

Montréal, le 21 novembre 2025

Norton Rose Fulbright Canada

NORTON ROSE FULBRIGHT CANADA S.E.N.C.R.L., s.r.l.

(M^e Vincent Rochette)

(M^e Charles-Antoine Péladeau)

(M^e Olivier V. Nguyen)

(M^e Emmanuelle Boilard)

(M^e Pier-Olivier Brodeur)

Avocats de la demanderesse Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

1, Place Ville-Marie, bureau 2700

Montréal (Québec) H3B 1R1

Téléphone : 514 847-4406

Télécopieur : 514 286-5474

Notifications-mtl@nortonrosefulbright.com

Vincent.rochette@nortonrosefulbright.com

Notre référence : 1001364639

DÉCLARATION SOUS SERMENT

Je, soussigné, Dr Marc-André Amyot, président et directeur général de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (**FMOQ**), ayant mon domicile professionnel au 3500, boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 2000, Westmount, province de Montréal, H3Z 3C1, district de Montréal, déclare sous serment ce qui suit :

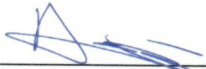
1. Je suis le président et directeur général de la FMOQ.
2. J'ai pris connaissance de la *Demande introductive d'instance de pourvoi en contrôle judiciaire* (**Demande introductive**) de la FMOQ.
3. Tous les faits allégués dans la Demande introductive sont vrais au meilleur de ma connaissance, tenant compte des faits dont j'ai personnellement connaissance, ceux que je crois être vrais et ceux qui sont établis par les déclarations sous serment déposées au soutien de la *Demande de sursis* déposée de façon concomitante par la FMOQ dans le présent dossier.

ET J'AI SIGNÉ :



MARC-ANDRÉ AMYOT

Serment prêté reçu par moi par un moyen
technologique à Québec, le 21 novembre 2025



NATHALIE MASSÉ, # 207323

Commissaire à l'assermentation pour le
Québec et pour l'extérieur du Québec



AVIS D'ASSIGNATION
(articles 145 et suivants C.p.c.)

Dépôt d'une demande en justice

Prenez avis que la partie demanderesse a déposé au greffe de la Cour supérieure du district judiciaire de Montréal la présente *Demande introductive d'instance de pourvoi en contrôle judiciaire*.

Pièces au soutien de la demande

Au soutien de sa *Demande introductive d'instance de pourvoi en contrôle judiciaire*, la partie demanderesse invoque les pièces suivantes :

- PIÈCE P-1 : Correspondance du MSSS du 11 septembre 2024 et pièces jointes
- PIÈCE P-2 : État des renseignements de la FMOQ au Registre des entreprises du Québec
- PIÈCE P-3 : Entente relative à l'assurance maladie et à l'assurance hospitalisation (**Entente générale**), (annexes omises)
- PIÈCE P-4 : Accord-cadre se terminant le 31 mars 2023 ayant trait au renouvellement de l'Entente générale (**Accord-cadre 2015-2023**)
- PIÈCE P-5 : Projet de loi 20 - Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (**Projet de loi 20**)
- PIÈCE P-6 : Mémoire de la FMOQ présenté à la Commission de la santé et des services sociaux concernant le Projet de loi 20
- PIÈCE P-7 : Entente de principe intervenue entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services de médicaux de première ligne du 2 juin 2015 (**Première entente sur l'accès**)
- PIÈCE P-8 : Lettre d'entente no 349 – Concernant la création d'un forum de discussions sur la rémunération des médecins omnipraticiens du Québec (**Lettre d'entente no 349**), version signée et version plus lisible, en liasse
- PIÈCE P-9 : Lettre du ministre de la Santé et des Services sociaux à la FMOQ du 9 juillet 2021

- PIÈCE P-10 : Projet de loi 11 – Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens (**Projet de loi 11**)
- PIÈCE P-11 : Transcription de la conférence de presse du ministre de la Santé et des Services sociaux du 11 novembre 2021
- PIÈCE P-12 : Lettre d'entente No 368 visant à accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité (**Deuxième entente sur l'accès**)
- PIÈCE P-13 : Document de propositions du Gouvernement du Québec du 27 août 2024 (**Première Proposition MSSS**)
- PIÈCE P-14 : Document de propositions de la FMOQ du 27 septembre 2024 (**Première proposition FMOQ**)
- PIÈCE P-15 : Présentation du 21 novembre 2024
- PIÈCE P-16 : Communiqué du ministre de la Santé et des Services sociaux du 23 janvier 2025
- PIÈCE P-17 : Enregistrement de l'entrevue du ministre de la Santé et des Services sociaux du 23 janvier 2025 à TVA Nouvelles
- PIÈCE P-18 : Document de propositions du Gouvernement du Québec du 19 mars 2025 (**Deuxième proposition MSSS**)
- PIÈCE P-19 : Document consultatif sur la vision du MSSS visant à rendre disponibles et accessibles les soins et les services médicaux, en temps opportun, à l'ensemble des citoyens du Québec (**Document consultatif**)
- PIÈCE P-20 : Projet de loi 83 - Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux (**Projet de loi 83**)
- PIÈCE P-21 : Extrait du Journal des débats de la Commission de la santé et des services sociaux (1er avril 2025, 9h30)
- PIÈCE P-22 : Extrait du Journal des débats de la Commission de la santé et des services sociaux (1er avril 2025, 11h30) et Rapport de l'étude détaillée Projet de loi 83, en liasse
- PIÈCE P-23 : Document de propositions de la FMOQ du 15 avril 2025 (**Deuxième proposition FMOQ**)
- PIÈCE P-24 : Extraits des quotidiens La Presse+ et Le Journal de Québec du 7 mai 2025, en liasse

- PIÈCE P-25 : Rapport Soutenir l'élaboration d'une première politique gouvernementale de soins et services de première ligne au Québec du 31 mars 2025
- PIÈCE P-26 : Extrait du quotidien La Presse+ du 8 mai 2025
- PIÈCE P-27 : Projet de loi 106 - Loi visant principalement à instaurer la responsabilité collective et l'imputabilité des médecins quant à l'amélioration de l'accès aux services médicaux (**Projet de loi 106**)
- PIÈCE P-28 : Enregistrement de l'entrevue de M. Martin Forgues accordée au 98,5 FM le 24 octobre 2025
- PIÈCE P-29 : Mémoire de la FMOQ relatif au Projet de loi 106 du 27 mai 2025
- PIÈCE P-30 : Lettre de la FMOQ du 13 juin 2025 à Mme Sonia Lebel
- PIÈCE P-31 : Lettres de la FMOQ du 2 juillet 2025 à Mme Sonia Lebel et du 7 juillet 2025 à M. Daniel Paré, en liasse
- PIÈCE P-32 : Extrait du quotidien Le Journal de Montréal du 13 août 2025
- PIÈCE P-33 : Document de propositions du Gouvernement du Québec du 18 août 2025 (**Troisième proposition MSSS**)
- PIÈCE P-34 : Document de propositions du Gouvernement du Québec du 22 octobre 2025 (**Proposition finale et globale MSSS**)
- PIÈCE P-35 : Enregistrement de l'allocution du Premier ministre du Québec du 22 octobre 2025

Réponse à cette demande

Vous devez répondre à cette demande par écrit, personnellement ou par avocat, au palais de justice de Montréal situé au 1, rue Notre-Dame Est, Montréal (Québec) H2B 1Y6, dans les 15 jours de la signification de la présente demande ou, si vous n'avez ni domicile, ni résidence, ni établissement au Québec, dans les 30 jours de celle-ci. Cette réponse doit être notifiée à l'avocat du demandeur ou, si ce dernier n'est pas représenté, au demandeur lui-même.

Défaut de répondre

Si vous ne répondez pas dans le délai prévu, de 15 ou de 30 jours, selon le cas, un jugement par défaut pourra être rendu contre vous sans autre avis dès l'expiration de ce délai et vous pourriez, selon les circonstances, être tenu au paiement des frais de justice.

Contenu de la réponse

Dans votre réponse, vous devez indiquer votre intention, soit :

- de convenir du règlement de l'affaire;
- de proposer une médiation pour résoudre le différend;
- de contester cette demande et, dans les cas requis par le Code, d'établir à cette fin, en coopération avec le demandeur, le protocole qui régira le déroulement de l'instance. Ce protocole devra être déposé au greffe de la Cour du district mentionné plus haut dans les 45 jours de la signification du présent avis. Toutefois, ce délai est de 3 mois en matière familiale, ou, si vous n'avez ni domicile, ni résidence, ni établissement au Québec;
- de proposer la tenue d'une conférence de règlement à l'amiable.

Cette réponse doit mentionner vos coordonnées et, si vous êtes représenté par un avocat, le nom de celui-ci et ses coordonnées.

Lieu du dépôt de la demande en justice

Cette demande est, sauf exceptions, entendue dans le district judiciaire où est situé votre domicile, ou à défaut, votre résidence ou le domicile que vous avez élu ou convenu avec le demandeur. Si elle n'a pas été déposée dans le district où elle peut être entendue et que vous voulez qu'elle y soit transférée, vous pouvez présenter une demande au tribunal à cet effet.

Cependant, si cette demande porte sur un contrat de travail, de consommation ou d'assurance ou sur l'exercice d'un droit hypothécaire sur l'immeuble vous servant de résidence principale, elle est entendue dans le district où est situé le domicile ou la résidence du salarié, du consommateur ou de l'assuré, qu'il soit demandeur ou défendeur, dans le district où est situé cet immeuble ou dans le district où le sinistre a eu lieu s'il s'agit d'une assurance de biens. Si cette demande n'a pas été déposée dans le district où elle peut être entendue et que vous voulez qu'elle y soit transférée, vous pouvez, sans qu'une convention contraire puisse vous être opposée, présenter une demande à cet effet au greffier spécial de ce district.

Transfert de la demande à la Division des petites créances

Si vous avez la capacité d'agir comme demandeur suivant les règles relatives au recouvrement des petites créances, vous pouvez communiquer avec le greffier du tribunal pour que cette demande soit traitée selon ces règles. Si vous faites cette demande, les frais de justice du demandeur ne pourront alors excéder le montant des frais prévus pour le recouvrement des petites créances.

Convocation à une conférence de gestion

Dans les 20 jours suivant le dépôt du protocole mentionné plus haut, le tribunal pourra vous convoquer à une conférence de gestion en vue d'assurer le bon déroulement de l'instance. À défaut, ce protocole sera présumé accepté.

Demande accompagnée d'un avis de présentation

Une demande présentée en cours d'instance, une demande visée par les Livres III ou V, à l'exception notamment de celles portant sur les matières familiales mentionnées à l'article 409 et de celles relatives aux sûretés mentionnées à l'article 480, ou encore certaines demandes visées par le livre VI du Code, dont le pouvoir en contrôle judiciaire, sont accompagnées, non pas d'un avis d'assignation, mais d'un avis de présentation. Dans ce cas, la préparation d'un protocole de l'instance n'est pas requise.

Montréal, le 21 novembre 2025

Norton Rose Fulbright Canada

NORTON ROSE FULBRIGHT CANADA S.E.N.C.R.L., s.r.l.

(M^e Vincent Rochette)

(M^e Charles-Antoine Péladeau)

(M^e Olivier V. Nguyen)

(M^e Emmanuelle Boilard)

(M^e Pier-Olivier Brodeur)

Avocats de la demanderesse Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

1, Place Ville-Marie, bureau 2700

Montréal (Québec) H3B 1R1

Téléphone : 514 847-4406

Télécopieur : 514 286-5474

Notifications-mtl@nortonrosefulbright.com

Vincent.rochette@nortonrosefulbright.com

Notre référence : 1001364639

CANADA

PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

NO :

COUR SUPÉRIEURE

**FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**,
personne morale sans but lucratif
constituée en vertu de la Loi sur les
syndicats professionnels, RLRQ c. S-40,
ayant son siège social 3500, boulevard de
Maisonnette Ouest, Westmount, Québec,
H3Z 3C1, district de Montréal

Demanderesse

c.

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC,
ayant un bureau au Palais de justice de
Montréal, 1, rue Notre-Dame Est, bureau
8.00, Montréal, Québec, H2Y 1B6, district
de Montréal

Défendeur

AVIS DE PRÉSENTATION CIVILE (SALLE 2.16)

PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

PRENEZ AVIS que la *Demande introductive d'instance de pourvoi en contrôle judiciaire* sera présentée *pro forma* en division de pratique de la Chambre civile de la Cour supérieure, le 16 décembre 2025 à 9 heures, dans une salle à être déterminée du palais de justice de Montréal, situé au 1, rue Notre-Dame Est, Montréal, ou aussitôt que conseil pourra être entendu.

COMMENT PARTICIPER À L'APPEL DU RÔLE DE PRATIQUE

En personne en salle 2.16;

Par l'outil Teams : en cliquant sur le lien permanent de connexion de la salle 2.16 disponible sur le site de la Cour supérieure du Québec⁷⁸

⁷⁸ Les Liens TEAMS pour rejoindre les salles du Palais de justice de Montréal en matière commerciale, civile et familiale sont publiés sous la rubrique Audiences virtuelles disponible sur le site Internet de la Cour supérieure à l'adresse suivante : <https://coursuperieuredunquebec.ca/roles-de-la-cour/audiences-virtuelles>.

Vous devrez alors inscrire votre nom et cliquez sur « Rejoindre maintenant ». Afin de faciliter le déroulement et l'identification des participants, nous vous invitons à inscrire votre nom de la façon suivante :

Les avocats : Me Prénom, Nom (le nom de la partie représentée);

Les parties non représentées par avocat : Prénom, Nom (précisez : demandeur, défendeur ou autre);

Pour les personnes qui assistent à une audience publique : se limiter à inscrire public.

Par téléphone :

Canada (Numéro gratuit) : (833) 450-1741

Canada, Québec (Numéro payant) : +1 581-319-2194

ID de conférence : 470 980 973#

Par vidéoconférence : teams@teams.justice.gouv.qc.ca

ID de la conférence VTC : 1197347661

DÉFAUT DE PARTICIPER À L'APPEL DU RÔLE DE PRATIQUE

PRENEZ AVIS qu'à défaut par vous de participer à l'appel du rôle, un jugement par défaut pourrait être rendu contre vous, sans autre avis ni délai.

OBLIGATIONS

La collaboration

PRENEZ AVIS que vous avez l'obligation de coopérer avec l'autre partie, notamment en vous informant mutuellement, en tout temps, des faits et des éléments susceptibles de favoriser un débat loyal et en vous assurant de préserver les éléments de preuve pertinents (*Code de procédure civile*, art. 20).

Mode de prévention et de règlement de différends.

PRENEZ AVIS que vous devez, avant de vous adresser au Tribunal, considérer le recours aux modes privés de prévention et de règlement de votre différend qui sont la négociation entre les parties de même que la médiation ou l'arbitrage, pour lesquels les parties font appel à l'assistance d'un tiers (*Code de procédure civile*, art. 1 et 2).

VEUILLEZ AGIR EN CONSÉQUENCE.

Montréal, le 21 novembre 2025

Norton Rose Fulbright Canada

NORTON ROSE FULBRIGHT CANADA S.E.N.C.R.L., s.r.l.

(M^e Vincent Rochette)

(M^e Charles-Antoine Péladeau)

(M^e Olivier V. Nguyen)

(M^e Emmanuelle Boilard)

(M^e Pier-Olivier Brodeur)

Avocats de la demanderesse Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

1, Place Ville-Marie, bureau 2700

Montréal (Québec) H3B 1R1

Téléphone : 514 847-4406

Télécopieur : 514 286-5474

Notifications-mtl@nortonrosefulbright.com

Vincent.rochette@nortonrosefulbright.com

Notre référence : 1001364639



N° : 500-17-136318-253

COUR SUPÉRIEURE
(Chambre civile)

DISTRICT DE MONTRÉAL

**FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC (FMOQ)**

Demanderesse

c.

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Défendeur

**DEMANDE INTRODUCTIVE D'INSTANCE DE POURVOI EN
CONTRÔLE JUDICIAIRE**
(Articles 76,77, 509 et 529 et suivants C.p.c.)

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Palais de justice de Montréal
1, rue Notre-Dame Est, bureau 8.00
Montréal, Qc H2Y 1B6

BO-0232

N/R : 1001364639

M^e Vincent Rochette, M^e Charles-Antoine Péladeau,
M^e Olivier V. Nguyen, M^e Emmanuelle Boilard,
M^e Pier-Olivier Brodeur)

NORTON ROSE FULBRIGHT CANADA S.E.N.C.R.L., s.r.l.
AVOCATS

1, place Ville-Marie, bureau 2700
Montréal (Québec) H3B 1R1

Téléphone : 514 847-4747

Télécopie : 514 286-5474

notifications-mtl@nortonrosefulbright.com