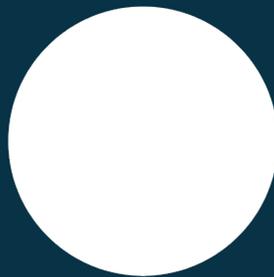
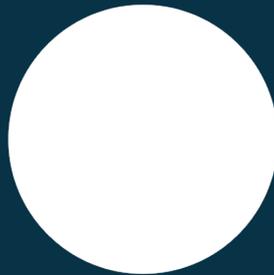


Mémoire de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

**Projet de loi n° 83 *Loi favorisant
l'exercice de la médecine au sein du
réseau public de la santé et des services
sociaux***



7 février 2025



Spécialistes de vous

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	2
MISSION.....	3
INTRODUCTION	3
COMMENTAIRES GÉNÉRAUX.....	5
Favoriser la collaboration plutôt que la coercition.....	5
Rendre le système public plus attrayant.....	7
Assurer l'équité entre les professionnels de la santé et les provinces canadiennes	9
COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES.....	12
Exercice obligatoire dans le réseau public	12
Engagement des étudiants et résidents à exercer au Québec	15
CONCLUSION	19
RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS	20
ANNEXE- EXEMPLES DE PROGRAMMES DE RECRUTEMENT ET DE RÉTENTION EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE AU CANADA	21

Mission

La Fédération des médecins spécialistes du Québec (« **Fédération** ») regroupe 36 associations médicales affiliées et 59 spécialités médicales représentant près de 11 000 médecins spécialistes québécois de toutes les disciplines médicales, chirurgicales, d'imagerie et de laboratoire. Sa mission consiste à défendre et soutenir les médecins spécialistes de ses associations affiliées œuvrant dans le système public de santé, tout en favorisant des soins et des services de qualité pour la population québécoise.

Introduction

La Fédération remercie la Commission de la santé et des services sociaux pour cette opportunité de s'exprimer sur le projet de loi n° 83 *Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux* (« **Projet de loi** »).

Avant toute chose, il importe de rappeler un point fondamental inscrit au cœur même de la mission de la Fédération: **nous représentons les médecins spécialistes œuvrant dans le réseau public de santé et défendons un système de santé public fort, universel et accessible**. Nos membres partagent cette vision en soignant chaque année près de cinq millions de patients québécois à travers plus de 30 millions de consultations médicales. Ils¹ sont les premiers à vouloir améliorer l'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux (« **réseau, réseau public ou système de santé** ») et offrir aux patients un meilleur accès à leurs soins.

Par son initiative législative, le ministre de la Santé (« **Ministre** ») soutient qu'il favorisera l'exercice de la médecine au sein du réseau en imposant aux nouveaux médecins d'exercer dans le réseau public durant leurs cinq premières années de pratique et de demeurer au Québec à la suite de leur formation. Il affirme également que le Projet de loi lui permettra de se doter des moyens nécessaires pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé, avec pour ambition d'assurer la prise en charge de tous les Québécois d'ici l'été 2026².

Bien que la Fédération soit consciente des enjeux que posent la présence accrue du privé et le départ des médecins vers d'autres juridictions, elle réproouve la méthode coercitive et arbitraire adoptée par le gouvernement du Québec. Non seulement elle ne contribuera pas à atteindre les objectifs escomptés en matière d'accessibilité aux soins, mais elle occulte les véritables problèmes qui affligent notre système de santé.

¹ Il convient de préciser que l'emploi du masculin dans le présent document est utilisé uniquement à des fins d'allègement du texte.

² Cabinet du ministre de la Santé (3 décembre 2024), *Pour un meilleur accès - Obligation de pratique des nouveaux médecins dans le réseau public pour cinq ans*, <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/pour-un-meilleur-acces-obligation-de-pratique-des-nouveaux-medecins-dans-le-reseau-public-pour-cinq-ans-858166013.html>.

Plutôt que d'imposer de nouvelles contraintes aux médecins et de les pénaliser, une approche répétitive et inefficace des dernières années, il serait plus judicieux d'analyser les causes profondes qui poussent une minorité d'entre eux à renoncer à une carrière au sein du réseau public québécois.

L'exacerbation de plusieurs problématiques chroniques dans l'organisation des soins, que ce soit en termes de disponibilité de ressources humaines, d'équipements, de plateaux techniques, de cliniques externes, de blocs opératoires ou de technologies, est à l'origine de la fuite des médecins vers le privé.

La solution pérenne à cette problématique repose sur la valorisation du réseau public à travers l'amélioration des conditions de pratique des médecins. Dévoués à soigner la population au quotidien, les médecins spécialistes demandent des ressources suffisantes pour offrir des soins dans des conditions adéquates et à la hauteur des attentes des patients. Malheureusement, tant que ces conditions continueront de se dégrader, ce sont les patients qui en subiront les plus lourdes conséquences.

Il est indéniable que notre système de santé traverse une crise majeure, où l'accessibilité aux soins représente un défi de taille. Toutefois, il est à la fois injuste et erroné d'en imputer la responsabilité à la relève médicale. Les autres professionnels de la santé et des services sociaux (« **professionnels de la santé** ») ne sont pas épargnés par l'attrait du privé, nombreux sont-ils à délaisser le réseau public pour rejoindre ses rangs. Pourtant, les mesures contraignantes prévues dans le Projet de loi visent exclusivement les médecins sans équivalent chez les autres professionnels de la santé. Or, nous savons tous qu'une prise en charge efficace repose nécessairement sur une collaboration interdisciplinaire.

En ce qui a trait plus spécifiquement à l'obligation d'exercer au Québec, nous ne pouvons sous aucun prétexte accepter que les médecins fraîchement diplômés voient leurs perspectives de carrière entravées par une initiative ministérielle dénuée de sens. Une telle mesure ne ferait pas seulement obstacle au rayonnement du Québec, mais entraînerait également un appauvrissement académique et scientifique certain.

À l'heure actuelle, de nombreux étudiants et résidents provenant d'autres provinces canadiennes et de l'international viennent se former au Québec, tout comme des étudiants et résidents québécois poursuivent leur formation ailleurs. Les contraintes du Projet de loi risquent de réduire considérablement l'attractivité du Québec comme destination de formation et de compromettre la réciprocité des échanges dans le cadre de partenariats académiques interprovinciaux et internationaux.

Il est dommage de devoir réitérer à nouveau à ce gouvernement que ce type d'initiatives serait sans doute mieux reçu et qu'elles seraient plus porteuses si elles faisaient l'objet de véritables consultations et de négociations au préalable. Il faut souhaiter qu'un jour l'approche gouvernementale change pour le mieux-être de nos concitoyens.

La Fédération souhaite donc éclairer les parlementaires sur les conséquences néfastes qu'engendrerait la sanction du Projet de loi. Elle veillera également à mettre de l'avant des solutions à préconiser susceptibles d'améliorer l'accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population québécoise.

Commentaires généraux

Favoriser la collaboration plutôt que la coercition

Une fois de plus, la Fédération déplore le recours systématique à la voie législative et aux mesures coercitives. Depuis longtemps, elle exhorte le gouvernement à abandonner cette approche inefficace. L'imposition de contraintes et de sanctions s'est toujours révélée contre-productive pour les médecins, les plaçant dans une posture défensive et accentuant les tensions entre ces derniers et le gouvernement.

L'historique législatif récent, marqué notamment par les projets de loi n° 20³ et n° 130⁴ qui ont directement attaqué les conditions de pratique des médecins, a clairement démontré les conséquences préjudiciables et les risques inhérents à une approche autoritaire et coercitive.

³ Projet de loi n° 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*, 1re session, 41^e législature, Québec, 2015.

⁴ Projet de loi n° 130, *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, 1re session, 41^e législature, Québec, 2017.

Trop souvent, nos membres se retrouvent face à des décisions unilatérales, les privant de toute possibilité de collaborer, malgré leur réelle volonté de participer activement aux solutions. Pourtant, les expériences passées démontrent que lorsque le ministère de la Santé et des Services sociaux (« **MSSS** ») accepte de travailler en partenariat avec la Fédération, les résultats obtenus sont concrets et bénéfiques pour les patients. En témoignent plusieurs initiatives fructueuses, notamment :

- La mobilisation des médecins spécialistes et les ententes intervenues durant la pandémie de la COVID-19;
- La procréation médicale assistée;
- Le programme Agir tôt;
- La continuité des services dans divers établissements en pénurie d'effectifs grâce à des mesures de support et de remplacement, dont notamment les plans de couverture en chirurgie, gynécologie et anesthésiologie;
- L'amélioration de l'accessibilité aux soins par le biais de la télémédecine et du conseil numérique;
- La télédermatologie.

À cela s'ajoutent de nombreux projets novateurs mis en œuvre par nos membres afin d'améliorer l'accès aux soins, dont plusieurs sont mis en lumière sur notre site internet dans le cadre de la campagne « Objectif soigner »⁵.

Malgré tout, le gouvernement a décidé de déposer le Projet de loi sans avoir mené la moindre consultation préalable ni auprès des fédérations étudiantes et médicales ni à la *Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec* où sont pourtant abordées les questions relatives à la relève médicale.

Il est étonnant de constater que la réponse du gouvernement face aux enjeux qu'il considère n'a pas été de se questionner, mais de s'attaquer aux jeunes médecins directement. Il a fait le choix regrettable de les cibler sans avoir pris la peine d'instaurer un dialogue constructif permettant d'identifier et de comprendre les véritables raisons les incitant à se tourner vers le privé ou à quitter le Québec.

En persistant dans cette voie, le gouvernement se fourvoie en pensant que les enjeux d'attractivité du réseau public et d'accessibilité aux soins spécialisés peuvent être résolus par des mesures unilatérales et punitives.

Nous réitérons que seule une collaboration étroite entre les médecins, leurs fédérations, les autres professionnels de la santé et le MSSS permettra de mettre en œuvre des solutions efficaces au bénéfice de la population.

⁵ Fédération des médecins spécialistes du Québec, « Objectif soigner : L'engagement des médecins spécialistes pour améliorer l'accès aux soins de santé », <https://fmsq.org/fr/objectif-soigner>.

Rendre le système public plus attrayant

Quelques données importantes

Les tableaux ci-dessous présentent l'évolution de la non participation des médecins spécialistes au régime d'assurance maladie du Québec (« **Régime** »)⁶.

Tableau 1- Présentation du nombre de médecins spécialistes non participants par année financière (période du 1^{er} avril au 31 mars)

Année financière	Nombre de médecins spécialistes non participants	Médecins spécialistes admissibles à facturer dans le cadre du Régime	Pourcentage des médecins spécialistes non participants
2023-2024	204	11 378	1,79%
2022-2023	198	11 583	1,71%
2021-2022	168	11 469	1,46%
2020-2021	136	11 359	1,20%
2019-2020	123	11 133	1,10%
2018-2019	122	10 819	1,13%

Tableau 2- Évolution du nombre total de médecins spécialistes ayant eu au moins un statut de non participation au cours d'une année financière

Statut	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Nombre	183	183	195	250	330

La Régie de l'assurance maladie du Québec (« **RAMQ** ») a également indiqué qu'en 2023, 28 médecins spécialistes détenant moins de cinq années de pratique s'étaient désaffiliés, comparativement à six en 2018⁷.

Une tendance qui s'explique

Certes, nous observons une certaine tendance des médecins spécialistes à se retirer du Régime, une situation qui nous préoccupe autant que le Ministre. Cela dit, les données révèlent que le phénomène demeure marginal et que l'immense majorité des médecins spécialistes veulent exercer au sein du réseau public.

⁶ Régie de l'assurance maladie du Québec, *Évolution de la non-participation des médecins au régime public d'assurance maladie*, n° 2024-06228, 9 décembre 2024 (données obtenues via une demande d'accès à l'information). Les médecins qui ne détiennent pas de permis de pratique (médecins non actifs, radiés ou qui ont abandonné ta pratique) ne sont pas calculés dans les tableaux apparaissant au présent document.

⁷ Régie de l'assurance maladie du Québec, *op. cit.*

Contrairement à une perception répandue, ce n'est pas l'appât du gain qui motive leur désaffiliation. Cette décision est avant tout le résultat de la pénurie critique de ressources qui frappe le réseau de la santé.

Combien de fois la Fédération et ses membres ont-ils tiré la sonnette d'alarme sur les enjeux affectant l'accessibilité aux soins ces dernières années? Maintes et maintes fois sans que la situation ne s'améliore pour autant.

Quotidiennement, dans les centres hospitaliers à travers le Québec, nos membres sont confrontés à des reports de chirurgies, un manque criant de personnel, une rationalisation des services, une pénurie de lits, une sous-utilisation des plateaux techniques et des outils technologiques désuets. L'ouverture des cliniques externes demeure également entièrement tributaire de la disponibilité du personnel.

Les chirurgiens voient leur temps opératoire drastiquement réduit. En février 2024, un orthopédiste expliquait aux médias que son centre hospitalier et le centre médical spécialisé (« **CMS** ») affilié ne lui offraient qu'une ou deux journées par semaine pour opérer, équivalant à environ trois ou quatre opérations hebdomadaires, alors qu'il pouvait opérer une vingtaine de fois par semaine au privé⁸. Il aimerait opérer davantage au public et réduire sa liste d'attente, mais l'hôpital ne peut lui offrir plus de créneaux en raison du manque d'infirmières et de plateaux techniques. Il est clair que pour un chirurgien, opérer seulement quelques fois par mois est insuffisant pour maintenir ses compétences.

Ces limites, amplifiées par les coupes budgétaires, privent les médecins spécialistes de la latitude requise pour dispenser des soins. Par ailleurs, alors que les cabinets médicaux⁹ constituent une porte d'accès complémentaire aux centres hospitaliers, la prestation des soins y est également compromise. L'inaction du MSSS à corriger les problématiques de sous-financement, notamment en ce qui concerne la composante technique¹⁰, force plusieurs médecins à réduire leurs activités au sein de leur cabinet. Les tarifs actuels, qui ne reflètent plus les coûts réels d'exploitation d'un cabinet, incitent également certains à se tourner vers le privé. Pourtant, le gouvernement pourrait facilement remédier à cette situation en ajustant la compensation des frais réels encourus par les médecins afin qu'elle soit en phase avec le marché.

⁸ Tommy CHOUINARD et Alice GIRARD BOSSÉ, « Des médecins face à un choix », *La Presse*, (29 février 2024), <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-02-29/frein-au-va-et-vient-entre-le-public-et-le-privé/des-medecins-face-a-un-choix.php>.

⁹ Les soins dispensés dans les cabinets médicaux sont couverts par la RAMQ.

¹⁰ La composante technique correspond à la compensation accordée au médecin pour couvrir les frais d'opération du cabinet, ce qui inclut notamment les coûts liés au loyer, au secrétariat, au personnel médical ainsi qu'à l'équipement médical et informatique.

De tels constats dépeignent une réalité peu attrayante pour les jeunes médecins, pourtant animés par une volonté sincère de contribuer au réseau public. Ce n'est pas leur désir d'exercer dans le régime public ou au Québec qui est en cause, mais bien les contraintes majeures liées à l'insuffisance des ressources, qui compromettent sérieusement la prestation des soins.

Le meilleur moyen de s'assurer que les nouveaux médecins choisissent d'intégrer et de poursuivre leur carrière au sein du Régime après leurs études est de le rendre attractif et performant. Cela repose sur des conditions de pratique intéressantes et un accès aux ressources nécessaires à l'exercice de leur profession.

En médecine spécialisée, la capacité d'exercer des médecins est directement conditionnée et proportionnelle aux ressources qui sont mises à leur disposition, une responsabilité qui incombe à Santé Québec et au MSSS. Si le Ministre souhaite réellement favoriser l'exercice de la médecine au sein du réseau public et améliorer l'accessibilité aux soins, il doit veiller à ce que l'environnement dans lequel les médecins évoluent leur offre les conditions propices à exercer.

Recommandation n° 1

Afin de favoriser l'exercice de la médecine spécialisée au sein du réseau public et d'améliorer l'accès aux soins, fournir les conditions de pratique et les ressources nécessaires à l'exercice de la profession et prévoir l'indexation des frais de cabinet.

Assurer l'équité entre les professionnels de la santé et les provinces canadiennes

Déconstruire le mythe de « dette envers l'État »

Le Ministre justifie l'obligation de travailler en sol québécois en relevant le coût important de la formation médicale, soutenant ainsi que les médecins auraient une dette envers l'État. D'après le gouvernement, la formation d'un médecin, incluant la résidence, représenterait un coût de 435 000 à 790 000 dollars pour les contribuables¹¹. Le gouvernement est demeuré opaque sur ces calculs.

Il y a lieu de remettre en question les résultats présentés par le MSSS puisque les coûts avancés apparaissent faussés. En effet, le gouvernement semble y intégrer le salaire des résidents dans la cagnotte du coût de formation des médecins. Or, bien qu'ils exercent sous la supervision de médecins en exercice, les résidents rendent des services essentiels à la population, et ce, à faible coût et entièrement dans le réseau public : ils posent des diagnostics, prescrivent des traitements et procèdent à des interventions chirurgicales. En clair, il s'agit d'une rémunération dûment négociée avec le gouvernement et versée en échange de services médicaux rendus à des patients.

¹¹ Cabinet du ministre de la Santé, *op. cit.*

De manière générale, il importe de mentionner que le Québec a fait le choix, depuis les années 1960, de maintenir les frais de scolarité et de formation à des niveaux comparativement bas, par rapport au reste de l'Amérique, afin de favoriser l'accès à l'éducation pour le plus grand nombre. L'ensemble des étudiants universitaires québécois, y compris ceux des secteurs de la santé et des services sociaux, bénéficient donc d'études subventionnées par l'État couvrant leur parcours académique, quelle qu'en soit la durée, sans pour autant être contraints à une obligation de retour de service.

Dans ce contexte, cibler uniquement les jeunes médecins nous apparaît injustifié et inéquitable.

Équité envers les autres professionnels de la santé et les autres provinces

Le gouvernement doit prendre conscience que l'amélioration de l'accessibilité aux soins ne peut être atteinte en se concentrant uniquement sur les médecins.

La prestation de soins repose avant tout sur un travail d'équipe. À titre d'exemple, la prise en charge d'un patient pour une intervention chirurgicale requiert une collaboration interdisciplinaire étroite, allant de l'évaluation initiale en première ligne jusqu'à celle du chirurgien, en passant par les soins préopératoires, l'acte chirurgical lui-même, la convalescence et la réadaptation postopératoire. Or, l'accès à ces soins est gravement perturbé par la pénurie de main-d'œuvre qui sévit actuellement dans le réseau. Faute de personnel, les blocs opératoires ne fonctionnent en moyenne qu'à 77% de leur capacité¹².

Par ailleurs, les autres professionnels de la santé sont fortement affectés par les départs au privé. Près de 40 % des psychologues quittent le réseau public au cours des cinq premières années de leur pratique¹³. Au 5 octobre dernier, 265 infirmières praticiennes spécialisées (« **IPS** ») exerçaient hors du réseau public¹⁴. La situation des technologistes médicaux est tout aussi préoccupante, alors qu'un nombre croissant d'entre eux choisissent de quitter le réseau public au profit du privé. Selon l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec, seulement 50 % des besoins en personnel étaient comblés en avril 2024¹⁵.

¹² Fanny LÉVESQUE et Jean-Hugues ROY, « Pourquoi autant de chirurgies sont-elles annulées? », *La Presse*, (15 janvier 2025) <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2025-01-15/pourquoi-autant-de-chirurgies-sont-elles-annulees.php>.

¹³ Flavie VILLENEUVE, « « Par dépit », les psychologues quittent de plus en plus le réseau public », *Ici Radio-Canada*, (8 décembre 2024) <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2125228/psychologues-public-demission-sante-mentale>.

¹⁴ Marie-Ève COUSINEAU, « En quête d'un équilibre », *La Presse*, (12 novembre 2024) <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/infirmieres-praticiennes-specialisees/le-prive-seduit-aussi-les-ips/2024-11-12/infirmieres-praticiennes-specialisees/en-quete-d-un-equilibre.php>.

¹⁵ Katerine DESAUTELS, « Une pénurie silencieuse qui crée des retards dans le réseau », *La Presse*, (19 avril 2024) <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-04-19/technologistes-medicaux/une-penurie-silencieuse-qui-cree-des-retards-dans-le-reseau.php#:~:text=P%C3%A9nurie%20critique,-Loan%20Luu%2C%20pr%C3%A9sidente&text=Elle%20a%20indiqu%C3%A9%20que%2050,le%20r%C3%A9seau%20de%20la%20sant%C3%A9>.

Ces exemples illustrent l'inefficacité prévisible du Projet de loi pour répondre aux enjeux d'accessibilité aux soins spécialisés. Il est illusoire de croire que les mesures qu'il propose, ou même l'intégration des quelque 200 médecins spécialistes non participants au Régime, aideraient à résoudre les problématiques d'accès. Dans l'état actuel du réseau, même s'ils sont présents et pleinement mobilisés pour le faire, nos membres ne peuvent soigner à la hauteur de leur capacité et des besoins des patients. En conséquence, et dans la foulée de ce qui est mentionné plus haut, tout ajout de médecins spécialistes, dans le contexte actuel, entraîne inévitablement une concurrence accrue pour des ressources déjà très limitées.

À la lumière de ces considérations, imposer les limites de pratique prévues au Projet de loi est injustifié, d'autant plus qu'aucune obligation de service comparable n'est exigée des autres professionnels de la santé après leurs études.

Dans le cadre d'une stratégie visant à améliorer l'accès aux soins, le MSSS a instauré en 2023 un programme de bourses d'études destiné aux IPS¹⁶. Ce programme prévoit l'octroi d'une bourse de 60 000 \$ en échange d'un engagement de l'IPS à travailler 6 000 heures dans un établissement ciblé. En cas de défaut d'engagement, l'IPS doit rembourser l'intégralité de la bourse reçue.

Toutefois, en voulant poursuivre le même objectif, le Ministre a opté pour une approche nettement plus coercitive à l'égard des médecins, leur imposant des obligations pour exercer dans le réseau et au Québec, assorties de sanctions disproportionnées et sans offrir la moindre contrepartie.

Nous déplorons un tel traitement réservé à nos membres. En annexe du présent document, nous avons recensé une liste non exhaustive des programmes de recrutement et de rétention offerts en médecine spécialisée au Canada. Il convient de préciser qu'aucune autre province canadienne n'impose aux médecins l'obligation d'exercer exclusivement dans le réseau public et sur son territoire après leurs études. Pour attirer les étudiants, la plupart misent plutôt sur des incitatifs financiers et des bourses en échange d'une obligation de service.

Afin d'encourager l'attractivité et la rétention des jeunes médecins dans le réseau public, une approche plus équitable pourrait consister à s'inspirer du modèle déjà en vigueur pour les IPS et des pratiques appliquées à l'égard des médecins ailleurs au Canada.

La Fédération est prête à collaborer avec le MSSS afin d'explorer des moyens visant véritablement à favoriser l'exercice de la médecine dans le réseau public. En œuvrant ensemble à améliorer l'accessibilité du système de santé, nous pourrions limiter les pratiques de désaffiliation et les départs du Québec.

¹⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme ministériel de bourses d'études Infirmières praticiennes spécialisées*, Québec, Juillet 2023, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-945-08W.pdf>.

Recommandation n° 2

Mener des consultations auprès des fédérations étudiantes et médicales sur les initiatives ministérielles pouvant être instaurées afin de favoriser l'exercice de la médecine au Québec et au sein du réseau public. Par exemple, l'instauration d'un programme de bourses destiné aux étudiants et aux résidents pourrait être envisagée en contrepartie d'une obligation de service au Québec.

Commentaires spécifiques

Exercice obligatoire dans le réseau public

Des pénalités démesurées et arbitraires

Nous réitérons que l'imposition d'une obligation d'exercice dans le réseau public n'est pas la bonne solution pour freiner l'expansion du privé. Comme mentionné précédemment, le véritable enjeu ne réside pas dans la volonté des médecins de pratiquer dans le réseau, mais plutôt dans le manque criant de ressources mises à leur disposition.

Il est assez paradoxal que le gouvernement cherche à limiter les médecins à aller travailler au privé, alors qu'il encourage lui-même son développement à travers diverses initiatives. L'élargissement de traitements médicaux spécialisés pouvant être réalisés dans les CMS¹⁷ et l'implantation de mini-hôpitaux privés en sont des exemples flagrants. Ces mesures vont à l'encontre même des objectifs poursuivis par le Projet de loi.

Nous dénonçons les sanctions prévues à l'encontre des médecins en cas de violation du nouvel article 27 de la *Loi sur l'assurance maladie* (« **LAM** »). Les amendes envisagées, allant de 20 000 \$ à 100 000 \$ par infraction, et doublées en cas de récidive, sont accompagnées d'une interdiction prononcée par la RAMQ d'être rémunéré pour tout service assuré pendant une période de six mois. Ces sanctions sont totalement disproportionnées et excessives, représentant les mesures les plus sévères jamais imposées aux médecins en vertu de la LAM.

¹⁷Règlement modifiant le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé, D. 1711-2024 (G.O.II)
https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/gazette/pdf_encrypte/lois_reglements/2024F/84518.pdf.

À titre comparatif, elles dépassent largement celles appliquées dans d'autres situations :

- En cas d'exercice illégal de la médecine, les amendes varient entre 2 500 \$ et 62 500 \$, doublées en cas de récidive¹⁸;
- Lorsqu'un médecin exige ou reçoit, pour un service assuré, une rémunération autre que celle prévue à son entente de rémunération, il est passible d'une amende de 5 000 \$ à 50 000 \$, doublée en cas de récidive¹⁹.

De plus, il s'agit d'une approche que le Ministre a déjà mise en place par le passé, avant de la réévaluer lui-même, reconnaissant que l'imposition d'amendes dépassant 10 000 \$ contribuait à l'exode des médecins vers d'autres provinces.

En effet, une pénalité financière existait déjà pour les étudiants de l'extérieur du Québec qui choisissaient de pratiquer la médecine chez nous. Ceux-ci devaient s'engager à fournir des services dans un établissement désigné par le Ministre pendant quatre années consécutives. En cas de non-respect, ils devaient rembourser 300 000 \$ au MSSS²⁰.

En juin 2023, le Ministre et la ministre de l'Enseignement supérieur, Madame Pascale Déry, ont présenté dans un mémoire une mise à jour de la *Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif pour 2023-2024, 2024-2025 et 2025-2026*²¹. À cette occasion, la pénalité financière de 300 000 \$ a été réduite à 10 000 \$, considérant que l'amende initiale avait contribué à l'exode des résidents et des médecins vers d'autres juridictions canadiennes.

C'est précisément ce que nous redoutons avec les pénalités prévues dans le Projet de loi, qui dépassent largement 10 000 \$ et qui s'appliquent à chaque service assuré pour lequel un médecin exige ou perçoit une rémunération autre que celle prévue dans son entente de rémunération.

Nous demandons que l'article 1 du Projet de loi soit abrogé, jugeant qu'il n'aura que des effets délétères sur les jeunes médecins.

¹⁸ *Loi médicale*, RLRQ c M-9, art. 43 et 45; *Code des professions*, RLRQ c C-26, art. 188.

¹⁹ *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29, art. 22 al. 4 et 14.

²⁰ Ministre de la Santé et des Services sociaux, *Contrat concernant les inscriptions dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral au Québec conditionnelles à un engagement à exercer dans une région ou un établissement déterminé par le ministre pour les personnes admises en vertu de l'entente avec le Nouveau-Brunswick, les personnes canadiennes provenant d'autres provinces ou territoires et les personnes de nationalité étrangère avec permis de séjour pour études*, <https://medecine.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/68/2014/02/Contrat-CEQ-2013.pdf>.

²¹ Gouvernement du Québec, *Politique triennale des nouvelles inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine et du recrutement de médecins sous permis restrictif pour 2023-2024, 2024-2025 et 2025-2026 et détermination du nombre de places dans les programmes de formation médicale de niveau doctoral pour des étudiants de l'extérieur du Québec pour 2023-2024*, Mémoire au conseil des ministres, 29 juin 2023 https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/gouvernement/MCE/dossiers-soumis-conseil-ministres/2023-1875_memoire.pdf.

Des postes au Plan d'effectifs médicaux en quantité suffisante

Les médecins en début de pratique doivent déjà se conformer au Plan d'effectifs médicaux (« PEM ») en spécialité qui définit la répartition des postes de spécialités au sein des établissements. Il n'est pas rare qu'un résident ayant complété sa formation, par exemple en chirurgie vasculaire ou en génétique médicale, ne trouve aucun PEM disponible à la fin de sa résidence ou qu'aucun poste vacant ne soit offert dans la région où il a choisi de s'établir.

Ainsi, la planification lacunaire des PEM, exacerbée par le manque de collaboration avec les fédérations médicales à cet égard, pousse certains médecins spécialistes à délaisser le réseau public. Le gouvernement doit revoir sa façon de faire afin de permettre à ceux-ci, dont il aime bien parler des coûts de leur formation, de pratiquer dans la spécialité pour laquelle ils et elles ont été formés. A fortiori, lorsqu'il veut les obliger.

Des situations ignorées par le Projet de loi

Le Projet de loi omet de considérer plusieurs situations où des médecins, bien qu'ils n'exercent pas dans le système de santé public, apportent une contribution significative à la société. Parmi ces exemples figurent :

- Les médecins engagés auprès d'organisations humanitaires, telles que Médecins sans frontières;
- Les médecins exerçant au sein des Forces armées canadiennes;
- Les médecins se consacrant entièrement à la recherche médicale;
- Les médecins allant se surspécialiser à l'extérieur du Québec (fellowship);
- Le personnel enseignant au sein des facultés de médecine;
- Les médecins experts;
- Les médecins occupant des fonctions au sein d'organismes gouvernementaux, tels que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, Santé Québec et le MSSS.

Également, le Projet de loi ne prend pas en compte certaines situations particulières susceptibles de survenir au cours des cinq premières années de pratique d'un médecin, telles que les congés parentaux et de maladie.

Recommandation n° 3

Abroger l'article 1 du Projet de loi.

Recommandation n° 4

Améliorer la planification des PEM, en collaboration avec les fédérations médicales, afin de s'assurer que les médecins spécialistes pratiquent dans la spécialité pour laquelle ils ont été formés.

Engagement des étudiants et résidents à exercer au Québec

Le Ministre avait tenté d'introduire une disposition similaire dans le projet de loi n° 15²² en reprenant l'article 503 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Cette mesure permettait au gouvernement d'ajouter des postes en résidence pour les étudiants diplômés d'universités situées hors du Canada et des États-Unis, à la condition qu'ils s'engagent, avec une clause pénale, à exercer pendant quatre ans dans la région ou l'établissement désigné par le Ministre. Toutefois, sous la pression des fédérations étudiantes lors des consultations particulières, qui en dénonçaient le caractère désuet et contre-productif, le Ministre avait fini par se rétracter et abroger cette mesure²³.

Preuve que le Ministre n'a pas tiré de leçons de ses erreurs passées, une obligation similaire d'exercer au Québec après la résidence, toujours assortie d'une clause pénale, refait surface dans le Projet de loi. Cette fois, la mesure semble encore plus restrictive : elle ne vise plus seulement les étudiants étrangers postulant en résidence, mais pourrait s'étendre aux diplômés québécois et aux étudiants d'autres provinces canadiennes souhaitant intégrer un programme de résidence.

Nous dénonçons cet engagement imposé à la relève médicale qui est excessif et peu attrayant pour les futurs médecins.

Quelques données importantes

Les tableaux ci-dessous présentent le flux migratoire des médecins spécialistes au Québec de 2019 à 2023²⁴.

Année	Nombre total de médecins spécialistes		Solde migratoire international
	Ayant quitté l'étranger pour le Québec	Ayant quitté le Québec pour l'étranger	
2019	8	10	-2
2020	13	2	11
2021	6	7	-1
2022	13	7	6
2023	8	10	-2

²² Projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, 1^{re} session, 43^e législature, Québec, 2023.

²³ Gouvernement du Québec, *Amendements au projet de n° 15 : Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, 15 août 2023.

²⁴ Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2023 — tableaux de données*, <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/supply-distribution-migration-physicians-in-canada-1971-2023-data-tables-fr.xlsx>.

Année	Nombre total de médecins spécialistes		Solde migratoire interprovincial
	Ayant quitté le reste du Canada pour le Québec	Ayant quitté le Québec pour le reste du Canada	
2019	140	36	104
2020	85	20	65
2021	61	25	36
2022	33	30	3
2023	43	13	30

Les données montrent que depuis 2019, le solde migratoire moyen des médecins spécialistes, incluant les migrations internationales et interprovinciales, est demeuré positif.

Selon les données les plus récentes du Collège des médecins du Québec, le Québec comptait en 2024 377 nouveaux médecins, dont 235 médecins spécialistes²⁵.

Année	2021	2022	2023	2024
Nombre de nouveaux spécialistes	+ 157	+ 108	+ 188	+ 235

De plus, malgré les défis actuels du système de santé, près de 95% des médecins décident de pratiquer chez nous après avoir fait leur doctorat en médecine et leur résidence au Québec²⁶.

Les données présentées ne révèlent aucune tendance préoccupante quant à la réduction du nombre de médecins spécialistes exerçant au Québec.

Une menace à l'attractivité du Québec

Le parcours menant à une spécialisation médicale s'étend sur de nombreuses années, avec une formation doctorale de quatre à cinq ans suivie d'une résidence dont la durée peut varier entre cinq et sept ans, selon la spécialité.

Le Projet de loi risque de nuire à l'attractivité du Québec en obligeant les futurs résidents à s'engager à y exercer près de sept ans à l'avance, sans qu'ils aient la moindre idée de leurs futures circonstances de vie et sans qu'ils aient la possibilité de modifier leur engagement en fonction de leur situation. Une telle exigence est déraisonnable et pose de sérieux doutes quant à sa validité constitutionnelle.

²⁵ Collège des médecins du Québec, « Statistiques sur les effectifs médicaux au Québec en date du 31 décembre 2024 », <https://cms.cmq.org/files/documents/Nouvelles-2025/effectifs-medicaux-31dec2024.pdf>.

²⁶ Gouvernement du Québec, *Projet de loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux*, Mémoire au conseil des ministres, 13 novembre 2024.

Au Canada, il existe le Service canadien de jumelage des résidents (« **CaRMS** ») qui gère le processus de jumelage entre les diplômés en médecine et les programmes de résidence. Ce système permet aux étudiants de postuler à la spécialité de leur choix dans les différents programmes de résidence à travers le pays. Considérant le nombre limité de places disponibles, le CaRMS aide les étudiants du Québec à optimiser leurs chances d'admission en résidence partout au Canada, tout comme il permet aux étudiants hors Québec d'accéder à des programmes de résidence au Québec.

L'engagement imposé par le Projet de loi risque de dissuader plusieurs étudiants de choisir un programme de résidence au Québec. Un étudiant ayant été jumelé à la fois dans un programme québécois et dans un programme hors Québec se retrouvera face à un choix : faire sa résidence au Québec, au prix d'une entente qui restreint fortement sa liberté de pratique et l'expose à des pénalités en cas de non-respect ou choisir de se former ailleurs pour préserver son autonomie professionnelle et la flexibilité de choisir son lieu d'exercice. D'autant plus que, contrairement aux autres provinces canadiennes qui misent sur des incitatifs financiers et des bourses, le Québec adopte une approche coercitive, imposant un engagement qui est assorti d'une clause pénale et qui n'offre pas la moindre contrepartie.

Par ailleurs, une recherche préliminaire n'a identifié aucune obligation de service aussi restrictive dans une juridiction comparable, démontrant ainsi le caractère unique et excessif du Projet de loi.

Le Québec est reconnu comme un pôle d'excellence pour la formation des étudiants en médecine, mais la formule répressive du Projet de loi risque de nuire considérablement à son attractivité et affaiblir la réciprocité des échanges étudiants avec les autres provinces canadiennes et les pays étrangers.

Un appauvrissement de l'expertise médicale

Au terme de leur résidence, il est fréquent que les médecins poursuivent une surspécialisation (fellowship) à l'extérieur du Québec pour développer des compétences de pointe dans leur domaine de spécialité (ex. chirurgie pédiatrique, oncologie gynécologique, etc.). Cette formation leur permet d'acquérir une expertise unique, des pratiques innovantes et un rayonnement international.

Le Projet de loi reste silencieux sur la question du fellowship, ne précisant pas si un médecin ayant pris l'engagement d'exercer au Québec après sa résidence pourra poursuivre un fellowship après sa formation ou s'il devra retourner exercer au Québec après s'être surspécialisé. Une telle restriction limiterait considérablement les opportunités de perfectionnement et de rayonnement académique des médecins. En se formant à l'étranger, les médecins québécois enrichissent leur expertise tout en faisant briller la qualité de leur formation et leur excellence médicale, contribuant ainsi à attirer des talents internationaux au Québec.

Prenons l'exemple de **Dre Joanne Liu**, qui, après sa résidence en pédiatrie au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (« **CHU Ste-Justine** »), a poursuivi une surspécialisation en urgence pédiatrique à New York, avant de s'engager auprès de

Médecins sans frontières. Son parcours l'a conduite à Paris, sur le terrain de nombreuses missions humanitaires, puis à devenir la première Québécoise à occuper la présidence de Médecins sans frontières, offrant un rayonnement exceptionnel au Québec avant de revenir pratiquer au CHU Ste-Justine²⁷.

Un autre exemple marquant est celui de **Dr Daniel Borsuk**, pionnier de la première greffe faciale au Canada et acteur clé dans la reconstruction de la boîte crânienne d'une fillette de deux ans à Montréal. Après sa formation en chirurgie plastique et reconstructive à l'Université de Montréal, il s'est surspécialisé en chirurgie cranio-faciale, microchirurgie et chirurgie esthétique avancée à l'Université Johns Hopkins et au R. Adams Cowley Shock Trauma Center à Baltimore, au Maryland. Dr Borsuk a reçu le titre honorifique d'Officier de l'Ordre national du Québec, décerné par le premier ministre François Legault pour « sa forte et active présence à Montréal, qui a encouragé le déploiement des avancées en technologie de pointe en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique »²⁸.

Ces parcours illustrent l'impact direct d'une surspécialisation à l'international sur l'innovation médicale au Québec. Limiter ces opportunités reviendrait à priver le réseau de professionnels hautement qualifiés et d'une expertise qui profite à toute la population québécoise. Que ce serait-il passé si le Dr Borsuk avait été contraint de rester au Québec après sa résidence ou si la Dre Liu avait dû revenir immédiatement après sa surspécialisation? Le Québec aurait perdu une richesse intellectuelle, académique et scientifique inestimable.

En contraignant les étudiants et les résidents à demeurer au Québec et en les empêchant de rayonner, le Québec s'expose à un appauvrissement de son expertise médicale au détriment de la qualité des soins offerts à sa population.

Recommandation n° 5

Abroger les articles 5 et 6 du Projet de loi.

²⁷ Université de Montréal, « Joanne Liu », <https://recherche.umontreal.ca/chercheur/is/in17816/>.

²⁸ CHU Sainte-Justine, « Biographie Daniel Borsuk, M.D., MBA, FRCSC, FACS », <https://www.chusj.org/fr/Biographie?id=584ed677-f402-4111-9f33-1104a15926d4&lang=>.

Conclusion

Le Projet de loi repose sur une approche coercitive et punitive qui ne favorisera pas l'exercice de la médecine dans le réseau et ne répondra pas aux enjeux d'accessibilité aux soins. Plutôt que d'imposer des contraintes excessives aux jeunes médecins et de leur faire porter la responsabilité des lacunes du système de santé, le gouvernement actuel devrait mettre l'énergie là où le problème réside véritablement.

La Fédération réitère que ses membres, tout comme la relève médicale, sont engagés et déterminés à offrir des soins au sein du réseau public. Toutefois les défis actuels – pénurie d'effectifs, manque d'équipements, accès limité aux plateaux techniques et aux cliniques externes, réduction drastique des priorités opératoires, rationalisation des services et sous-financement des cabinets médicaux – sont les véritables freins à leur rétention dans le réseau public.

La solution passe par l'amélioration de leurs conditions de pratique et la mise à disposition des ressources nécessaires à leur profession.

Nous soutenons que le MSSS fonce droit dans un mur en imposant aux résidents d'exercer au Québec après leurs études. Une telle mesure nuira à l'attractivité du Québec pour la relève médicale. De plus, elle limite considérablement les perspectives des médecins souhaitant poursuivre un fellowship ou acquérir de l'expérience utile à l'étranger. En restreignant ainsi les possibilités de développement des futurs médecins, le Québec risque de compromettre le rayonnement de la médecine spécialisée québécoise à l'échelle internationale et de priver son système de santé de talents essentiels.

Le climat d'incertitude entourant la possible utilisation de la « clause dérogatoire » pour soustraire le Projet de loi à l'application des Chartes ne permet pas non plus des échanges constructifs et porteurs.

La Fédération invite le MSSS à privilégier la voie de la collaboration afin d'identifier des moyens pour renforcer l'exercice de la médecine dans le réseau public et améliorer l'accès aux soins. Imposer une vision unilatérale ne ferait que freiner la recherche de solutions efficaces et pérennes pour l'ensemble du système de santé.

Pour notre part, et tel que nous l'avons démontré, les parlementaires peuvent compter sur notre pleine collaboration puisque, tout comme eux, nous souhaitons soigner la population au sein d'un système public fort, universel et accessible.

Résumé des recommandations

Recommandation n° 1

Afin de favoriser l'exercice de la médecine spécialisée au sein du réseau public et d'améliorer l'accès aux soins, fournir les conditions de pratique et les ressources nécessaires à l'exercice de la profession et prévoir l'indexation des frais de cabinet.

Recommandation n° 2

Mener des consultations auprès des fédérations étudiantes et médicales sur les initiatives ministérielles pouvant être instaurées afin de favoriser l'exercice de la médecine au Québec et au sein du réseau public. Par exemple, l'instauration d'un programme de bourses destiné aux étudiants et aux résidents pourrait être envisagée en contrepartie d'une obligation de service au Québec.

Recommandation n° 3

Abroger l'article 1 du Projet de loi.

Recommandation n° 4

Améliorer la planification des PEM, en collaboration avec les fédérations médicales, afin de s'assurer que les médecins spécialistes pratiquent dans la spécialité pour laquelle ils ont été formés.

Recommandation n° 5

Abroger les articles 5 et 6 du Projet de loi.

Annexe- Exemples de programmes de recrutement et de rétention en médecine spécialisée au Canada²⁹

Province	Nom du programme	Détails du programme
Alberta	Rural Physician Recruitment and Retention Support Program (PRRSP)	Soutien financier pour pratiquer en région éloignée.
Colombie-Britannique	International medical graduates (IMGs)	Prise en charge des coûts de la formation médicale postdoctorale pour les étudiants internationaux en échange d'une obligation de service (lieu déterminé par la province).
	Competitive Stream (Medical Residency Stream Pilot)	Prise en charge des coûts de formation médicale postdoctorale pour les diplômés canadiens et internationaux dans une spécialité donnée en contrepartie d'une obligation de service de trois ans.
	Rural Practice Subsidiary Agreement (RSA)	Incitatif financier de 5 000 à 20 000\$ pour attirer les médecins dans les régions rurales.
	Rural Retention Program (RRP)	Prime de rétention pour les médecins ayant un RSA, basée sur le niveau d'isolement du lieu de pratique.
Île-du-Prince-Édouard	Return-in-Service Grants	Admissibilité à une prime de 100 000 \$ en contrepartie d'une obligation de service de trois ans pour certains programmes de résidence.
Manitoba	Physician Retention Program	Paiement selon le nombre de parts accumulées qui sont basées sur le nombre d'années consécutives de pratique au Manitoba.
	Rural Retention Program	Primes de maintien en poste pour les médecins en milieu rural.
Nouveau-Brunswick	Recrutement et maintien en poste	Incitatifs pour les nouveaux médecins et résidents en fin de formation en contrepartie d'une obligation de service.

²⁹ Gestion financière MD, « Les programmes de recrutement et de rétention des médecins sont-ils appropriés pour vous? », <https://capsule.mdm.ca/les-programmes-de-recrutement-et-de-retention-des-medecins-sont-ils-appropries-pour-vous/#:~:text=Mesures%20incitatives%20pour%20le%20recrutement%20et%20la%20r%C3%A9tention&text=Vous%20devez%20satisfaire%20%C3%A0%20certaines,%C3%A0%20concurrence%20de%20cinq%20ans.>

Nouvelle-Écosse	Rural Specialist Practice Support	Paiement annuel de 25 000 \$ par année pour les médecins spécialistes exerçant en milieu rural.
	Rural Specialist Retention Incentive	Paiement annuel de 16 000 \$ après avoir exercé trois ans en milieu rural.
	Nova Scotia Department of Health & Wellness incentive programs	Incidatifs pouvant atteindre 75 000 \$ pour les spécialistes établissant une pratique à temps plein dans la zone centrale, et jusqu'à 125 000 \$ pour ceux s'installant en dehors de cette zone.
Ontario	Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord	À partir de la quatrième année, incitatif à la rétention dans le nord de l'Ontario de 7 424,43 \$, versé à la fin de chaque exercice financier.
	Programme d'exemption des intérêts sur les prêts des médecins résidents (PEIPMR)	Pendant la durée de leur résidence, exemption de rembourser le capital et les intérêts de tout prêt accordé, en échange d'une obligation de service de cinq ans en Ontario.
	Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales (NRRR)	Incidatifs financiers, allant de 84 718 \$ à 124 730 \$, échelonnés sur quatre ans pour les médecins établissant un cabinet à temps plein en région rurale.
Saskatchewan	Retention fund	Prime annuelle selon le nombre d'années d'exercice en Saskatchewan (ex. 7 000 \$/an pour 0-10 ans, 14 000 \$/an après 21 ans de service).
	Graduate Retention Program	Crédit d'impôt pour les diplômés s'établissant dans la province.
Terre-Neuve-et-Labrador	Come Home Incentive	Incidatif financier de 100 000 \$ pour les médecins ayant vécu au moins six mois à l'extérieur de la province en échange d'une obligation de service de cinq ans.
	Physician Signing Bonus Program	Incidatifs financiers entre 100 000 \$ et 150 000 \$ aux médecins spécialistes ayant accepté de pratiquer dans la province.
	Medical Resident Bursary Program	Bourse de 7 500 \$ pour les étudiants de quatrième année en résidence en échange d'une obligation de service de 36 mois.
Yukon	New Grads of RCPSC	Incidatifs financiers aux médecins spécialistes récemment diplômés au Yukon en échange d'une obligation de service de cinq ans.
	Recruitment Program	Incidatifs financiers pour le recrutement de nouveaux médecins au Yukon en échange d'une obligation de service de trois ans.
	Retention Program	Incidatifs financiers pour la rétention des médecins pratiquant au Yukon en échange d'une obligation de service de trois ans.
	Rural Recruitment and Retention Fund	Primes de recrutement et de maintien en poste pour les médecins en milieu rural.