

CSSS-001M

C.P. PL 83

Loi favorisant exercice médecine
réseau public de la santé
et des services sociaux

MÉMOIRE DE LA FMOQ PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CONCERNANT 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**

6 février 2025



FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

Table des matières

- **La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec** 3
- **Introduction** 4
- **PARTIE I :**
 - **Le dépit, ou pourquoi des médecins de famille deviennent-ils non-participants ?** 6
 - **Pourquoi le projet de loi n° 83 rate-t-il la cible ?** 8
 - Envoyer le mauvais message 8
 - La discrimination..... 8
 - L'iniquité entre les professionnels de la santé 9
 - Des questions sans réponse.....10
 - **Les solutions de rechange au projet de loi n° 83** 11
 - Abandonner une logique législative fondée sur la coercition, la punition et les sanctions11
 - Cesser de dénigrer les médecins de famille12
 - Revoir les règles encadrant les PREM et les AMP 13
 - Collaborer avec les médecins de famille pour faire les bons choix 15
 - **Conclusion**..... 16
 - **Recommandations** 17
- **PARTIE II :**
 - **La propriété des cliniques médicales**..... 18
- **Annexe 1 :**
 - **Suggestion de texte pour la propriété des cliniques médicales au Québec** 20

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) regroupe les quelque dix-mille spécialistes en médecine de famille exerçant dans le réseau public au Québec. Ses membres font partie des dix-huit associations qui la constituent. Dix-sept de ces associations ont une base de régionale tandis que la dix-huitième a une base nationale : les médecins qui œuvrent en CLSC.

La Fédération est la principale interlocutrice des autorités en matière de prestation de soins médicaux généraux sur tout le territoire québécois. Cheffe de file en formation médicale continue au Québec, elle est également l'éditrice de la revue de formation professionnelle *Le Médecin du Québec*, publication reconnue et estimée du milieu médical francophone.

Rappelons que les activités professionnelles des médecins de famille ne se limitent pas à la prise en charge de la population en première ligne. Les médecins de famille occupent de multiples fonctions et ont de multiples tâches, et ce, tant en première qu'en deuxième ligne. D'ailleurs, les médecins de famille occupent une grande partie de la deuxième ligne dans certaines régions du Québec. Outre les activités de prise en charge qu'ils peuvent donc avoir dans des cliniques médicales, on retrouve également les médecins de famille :

- En centre local de services communautaires (CLSC) et en soins à domicile ;
- Dans les salles d'urgence des centres hospitaliers généraux et spécialisés (90 % des médecins qui œuvrent dans les salles d'urgence du Québec sont des médecins de famille) ;
- Au près des malades admis en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ;
- Dans les services gériatriques en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ;
- Dans les directions de santé publique ;
- Aux soins palliatifs et dans la dispensation des soins d'aide médicale à mourir ;
- Aux soins intensifs et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ;
- En obstétrique (près de 600 médecins de famille accouchent 30 000 bébés annuellement) ;
- Dans les cliniques d'avortement, en toxicomanie et dans les cliniques d'ITS ;
- En gestion hospitalière (DSP) ;
- Dans certaines sociétés et organisations publiques (ex. SAAQ, CNESST) ;
- Dans le domaine de l'enseignement médical.

La polyvalence des médecins de famille du Québec n'a d'égal que l'énergie, le temps et le cœur qu'ils consacrent à prendre soin de leurs patients. **La FMOQ est la voix de la médecine de famille au Québec.**

INTRODUCTION

Nous remercions les membres de la Commission de la santé et des services sociaux de tenir compte de l'expertise de la FMOQ dans l'analyse du projet de loi n° 83.

La FMOQ et ses membres tiennent tout d'abord à réitérer qu'ils sont en faveur d'un système public de santé, accessible, universel, sur lequel tous peuvent compter.

Pour les médecins de famille, l'enjeu du projet de loi n° 83 réside surtout dans le moyen préconisé par l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux pour favoriser l'exercice de la médecine à l'intérieur du régime public d'assurance maladie.

Selon la FMOQ et ses membres, on fait fausse route avec le projet de loi n° 83, car ce dernier est une réponse à un enjeu qui est dans les faits marginal en début de pratique médicale. Le gouvernement propose donc un projet législatif en réponse à un faux problème chez la jeune génération de médecins de famille, alors que des enjeux plus urgents, comme la pénurie de médecins de famille, persistent.

Interdire aux jeunes médecins de devenir des médecins non participants de la RAMQ à moins d'avoir travaillé pendant cinq ans dans le régime public, sous peine de sanctions et de pénalités financières dans l'éventualité où cette interdiction serait bravée, est une décision non seulement annonciatrice de résultats plutôt pauvres, mais qui aura de surcroît toutes les chances d'être plus nuisible que son contraire. A-t-on réellement besoin, en 2025, en situation de pénurie de médecins de famille, d'aggraver la situation en première ligne ?

Bien sûr, tous constatent que notre réseau public de santé est confronté à une pénurie de main-d'œuvre, et ce, dans la plupart des métiers et professions de la santé. En médecine de famille, le Québec a besoin d'au moins 1500 médecins de famille additionnels s'il veut assurer un médecin de famille à chaque Québécois. Ainsi, même si l'on interdisait à tous les médecins de famille du Québec de quitter le régime public, cette pénurie, par ailleurs reconnue par le ministère de la Santé et des Services sociaux lui-même, en serait au même point.

Face à une telle situation, on peut être tenté de se focaliser sur les conséquences visibles d'un problème et de trouver des solutions rapides pour les atténuer, mais ces solutions ne résolvent pas les problèmes de fond. Cette approche « diachylon » conduit plutôt, le plus souvent, à des solutions temporaires, mais surtout délétères.

La FMOQ suggère plutôt de travailler sur une solution durable au problème de départs de médecins vers le privé afin que ces derniers demeurent dans le réseau public non pas seulement pour cinq ans... mais bien pour 25 ans ou plus.

Le projet de loi n° 83 est un expédient politique. Il ne s'attaque pas aux causes profondes de la pénurie de médecins de famille dans le réseau public. Il essaie plutôt de réparer, et ce, assez maladroitement, les conséquences d'un manque de vision, de planification, de collaboration et de réelle attractivité pour bon nombre de ses acteurs. C'est prendre le problème du mauvais côté de la lorgnette.

En terminant, bien que la FMOQ ait moins abordé le sujet dans l'espace public, elle souhaite au demeurant attirer l'attention des parlementaires sur la deuxième partie de ce mémoire, qui porte sur la propriété des cliniques médicales au Québec.

Cet enjeu est corollaire à la première portion de ce mémoire, et est intrinsèquement lié à l'enjeu du développement de la médecine privée au Québec. L'enjeu de la propriété des cliniques médicales sur le territoire québécois est réel, inquiétant, et les parlementaires ne devraient surtout pas en minimiser l'impact dans le contexte actuel.

Il en va de la protection du caractère fondamentalement public de notre système de santé, caractère auquel nous demeurons tous très attachés, à commencer par la population et leurs médecins de famille.

Cordialement,

Marc-André Amyot, m.d.
Président-directeur général

PARTIE I

LE DÉPIT, OU POURQUOI DES MÉDECINS DE FAMILLE DEVIENNENT-ILS NON-PARTICIPANTS ?

Depuis plus de trente ans, les gouvernements québécois successifs se tournent immanquablement vers la contrainte et la coercition envers les médecins de famille, comme si « mater les médecins une fois pour toutes » devenait chaque fois un objectif politique.

En 1991, la première mouture des activités médicales particulières (AMP) était introduite dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L'objectif du gouvernement à cette époque était de forcer les médecins de famille à exercer davantage en établissement.

En 2002, à la suite du décès malheureux d'un patient en Mauricie, ce fut le ministre François Legault, aujourd'hui premier ministre, qui assigna des médecins à la liste de garde pour couvrir tous les « trous » dans des urgences en difficulté. Cette mesure drastique, médiatiquement éclatante, était de fait totalement inopportune. Elle n'aura dans les faits que nui au réseau, en renforçant et en allongeant les obligations liées aux AMP.

En 2004, désireux de resserrer les mesures de contrôle sur les médecins de famille, le gouvernement en place ajouta aux AMP l'encadrement coercitif des PREM (Plans régionaux d'effectifs médicaux).

En 2015, ce fut la *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* (Loi 20), avec sa foulée d'obligations en lien avec l'inscription de clientèle, mais surtout, encore une fois, des mesures punitives suspendues telles des épées de Damoclès sur la tête des médecins de famille.

En juin 2022, le gouvernement adoptait l'improbable *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne et à améliorer la gestion de cette offre* (projet de loi n° 11). Cette nouvelle action gouvernementale unilatérale et liée à la *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* (Loi 20) vise à contrôler, toujours sous peine de sanctions, la clientèle et l'horaire de travail des médecins de famille. Son règlement, adopté en 2024, est aujourd'hui une nouvelle source de contraintes improductives.

En trente ans, l'accès aux médecins de famille a donc diminué, et nous avons vu l'écart se creuser entre les besoins en services médicaux et l'offre en services médicaux, faisant passer le manque à gagner en médecins de famille à un **minimum** de 1500 médecins dans le réseau public, un chiffre établi selon les méthodes mêmes du ministère de la Santé et des Services sociaux (méthode PREM).

Ne tirant aucune leçon des expériences passées, l'actuel gouvernement propose aujourd'hui d'ajouter encore des contraintes, prétendant ou présumant que cette fois « sera la bonne ».

Mais est-ce que tant de médecins quittent le système public pour exercer la médecine au

privé ? Et pour ceux qui passent le pas... pourquoi le font-ils exactement ?

La grande majorité des médecins de famille non participants ont entamé leur pratique médicale au Québec depuis plus de 5 ans. Ce n'est cela dit qu'une très faible proportion des nouveaux médecins de famille qui choisissent d'exercer en dehors du régime public, encore aujourd'hui. Pour la plupart d'entre eux, le contexte postpandémique est souvent associé à ce choix, notamment avec l'arrivée de la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (loi 15) et la *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne et à améliorer la gestion de cette offre* (loi 11).

Pour certains médecins de famille, jeunes et moins jeunes, devenir non participant au régime public s'avère une solution de rechange pour éviter l'environnement de travail de plus en plus contraignant et lourd du réseau public. **C'est là une voie d'évitement, empruntée le plus souvent par dépit, et non par appât du gain.**

Être un médecin de famille non participant offre généralement plus de flexibilité en ce qui concerne le lieu d'installation, d'horaires et de charge de travail, dans le but de respecter ses contraintes personnelles, celles du partenaire ou encore ses obligations familiales. Les médecins de famille qui choisissent cette voie parlent souvent, comme d'autres professionnels dans d'autres secteurs économiques de la société, d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, et non d'enrichissement financier.

Les contraintes et le fardeau administratif dans le système public peuvent en effet devenir très lourds à porter. L'essor du privé est à vrai dire la conséquence du sous-financement des services publics de santé. Dans le secteur privé, les médecins de famille ont souvent la possibilité d'éviter une partie de ces lourdes responsabilités, des conséquences du sous-financement, pouvant ainsi se concentrer davantage sur les besoins biopsychosociaux de leurs patients. Certains médecins de famille affirment que la compatibilité entre leurs obligations professionnelles et personnelles est simplement meilleure, et qu'ils n'ont pas à faire une obsession du « débit ».

Pour ces médecins de famille, la rémunération n'est pas la première motivation, tant s'en faut. Pratiquer sous pression dans un lieu que l'on n'a pas choisi, prendre en charge des patients en surnombre, exercer dans un cadre limité en ressources et ne pas pouvoir accorder un temps suffisant à leurs patients sont, la plupart du temps, les principales raisons invoquées par ces médecins de famille qui ont fait le choix de se retirer du régime public. Ce qu'ils veulent vraiment ? Pratiquer une médecine de qualité sans y perdre eux-mêmes leur santé et leur équilibre, simplement.

Soulignons toutefois que les médecins de famille exerçant à titre de non-participants, bien qu'ils soient hors réseau, rendent des services. Ils voient, traitent et prennent donc la responsabilité de milliers de patients.

Le premier choix des nouveaux médecins, notamment de nouveaux médecins de famille, devrait être systématiquement d'entreprendre une carrière au sein du régime public, dans le but d'y rester et d'y faire toute leur carrière. Or, si l'on veut qu'une telle chose advienne, cette avenue se doit d'être attractive sur le plan de l'organisation de la pratique et des ressources proposées pour bien pratiquer la médecine.

POURQUOI LE PROJET DE LOI N° 83 RATE-T-IL LA CIBLE ?

Envoyer le mauvais message

Comme nous l'expliquions en introduction, pour attirer d'emblée les étudiants et les diplômés en médecine au sein du réseau public, tout comme leurs collègues plus expérimentés au demeurant, il serait préférable pour le ministre de la Santé de travailler à rendre les environnements de travail plus attrayants au sein du réseau public.

S'attaquer aux problèmes de fond liés à l'attractivité du système public, plutôt que de réparer ses conséquences indues, serait une approche plus efficace et bénéfique à plus long terme. Cela exige bien sûr une vision, une volonté d'investir dans des solutions qui sont de nature à rester pérennes, et dont les résultats en valent la peine.

Un environnement de pratique stimulant augmente généralement la motivation des médecins à exercer au sein du réseau public, ce qui se traduit souvent par une meilleure productivité. Le bon environnement de travail aide à attirer et à retenir les talents.

Les étudiants en médecine, comme les médecins en exercice, seraient quant à eux moins susceptibles de chercher d'autres occasions s'ils sont satisfaits de leur milieu de pratique. Un meilleur environnement réduit le stress et l'épuisement professionnel. Une organisation, qui traite bien les professionnels de la santé qui y travaillent, saura en attirer de tout nouveaux. Les médecins ne sont pas différents des autres professionnels de la santé à cet égard. Dans un environnement favorable et mieux organisé, ils seront plus heureux, plus productifs et moins enclins à vouloir se désaffilier.

Il importe de changer de manière positive la culture du réseau et les conditions d'exercice de ceux qui y exercent pour en renforcer le sentiment d'appartenance, et donc pour favoriser la rétention.

Malheureusement, le projet de loi n° 83 envoie un tout autre message.

La discrimination

Comme nous l'évoquions, le projet de loi n° 83 ne fera qu'accentuer le manque d'attrait de la médecine familiale auprès des étudiants en médecine. Il affaiblira aussi le moral des médecins déjà en exercice.

Ce projet de loi ne vient qu'ajouter de nouvelles contraintes, alors que de l'autre main, on laisse tout de même le champ libre au secteur privé en santé, par exemple en matière de soins et services à domicile. Que ce soit donc par méconnaissance des impacts potentiels bien tangibles ou pour d'autres motifs moins nobles, l'impression laissée par ce projet de loi laisse la FMOQ songeuse sur son intentionnalité réelle.

Ainsi le ministre de la Santé décide-t-il maintenant de s'attaquer directement aux jeunes médecins, en contrôlant leur pratique à la sortie des facultés de médecine, et ce, avec une rhétorique fallacieuse.

Les idéateurs de ce projet législatif planifient malheureusement à courte vue, sans articuler de réflexion plus approfondie qu'il ne le faut sur les conséquences potentielles de ce projet.

Encore une fois, à leur esprit, la « collaboration » attendue des médecins n'a qu'une seule forme possible, la leur, et ne se négocie pas. Cette « collaboration » ne peut donc exister que si elle est encadrée par un texte législatif, fondé sur le contrôle et les contraintes, un dispositif auquel on aura greffé un système d'amendes et de pénalités financières dont les montants frisent le ridicule.

En soumettant le projet de loi n° 83, le gouvernement fait la démonstration qu'il n'est pas à la recherche de solutions constructives s'attaquant aux problèmes de fond. Il semble être plutôt à la recherche de gains électoraux rapides, faciles, sans mesurer les conséquences réelles d'une telle approche.

Le projet de loi n° 83 est un aveu de faiblesse, voire d'échec. Dans les faits, le gouvernement ne sait pas, ou ne sait plus, comment rendre notre réseau de soins médicaux généraux plus attrayant pour ceux qui veulent simplement pratiquer une médecine de qualité.

À l'analyse, d'aucuns soutiendront d'ailleurs que la validité constitutionnelle du projet de loi n° 83 est tout à fait contestable.

L'iniquité entre les professionnels de la santé

L'un des arguments invoqués par le gouvernement pour présenter le projet de loi n° 83 réside dans les « coûts de formation des médecins » qui seraient chaque année absorbée en partie par la société québécoise.

Or, des coûts de formation pour la société québécoise et des enjeux d'accès existent aussi pour les professions de pharmacien, d'infirmière ou encore de psychologue, pour ne citer que ces exemples. Pourquoi un traitement différent à cet égard ? Parce que le gouvernement a choisi d'intégrer à son calcul le « coût » des médecins résidents, qui offrent pourtant des services directs aux patients et qui sont simplement rémunérés en conséquence ? Ne veut-on pas aussi garder au sein du réseau public tous ces autres professionnels à qui on n'impose pourtant pas les visées du projet de loi n° 83 ?

Puisque l'intention du gouvernement est de favoriser l'exercice professionnel au sein du régime public, pourquoi ne présente-t-il pas alors de semblables lois pour encadrer les autres professionnels de la santé, si le fond de ce projet de loi est de réellement protéger le caractère public du système de santé et son accessibilité ?

Depuis plusieurs années maintenant, le réseau public de soins de santé souffre d'une pénurie sans précédent de psychologues. On parle d'un véritable exode vers le privé. Selon les chiffres du ministère de la Santé et des Services sociaux, près de 40 % des psychologues quittent **déjà** le réseau de la santé au cours de leurs cinq premières années de pratique. Les pharmaciens devraient également être plus nombreux dans les centres hospitaliers des établissements du Québec. En 2024, l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec déclarait que la pénurie de pharmaciens en établissement était très importante et qu'elle exerçait une pression non négligeable sur le réseau de santé. « En l'absence de recrutement suffisant de pharmaciens, la capacité des équipes à offrir aux patients les soins pharmaceutiques nécessaires et à assurer un usage optimal des médicaments est forcément moindre. » Selon leur association, le manque de pharmaciens nuit notamment à la fluidité et donc à l'efficacité des visites dans les salles d'urgence.

Du côté des infirmières, la pénurie est bien documentée. Dans ce contexte, comment peut-on tolérer, par exemple, que des infirmières praticiennes spécialisées puissent simultanément exercer dans le réseau public et dans le réseau privé sans que cela ne soulève aucun commentaire particulier de la part des autorités gouvernementales, alors que 4 % des médecins sont hors RAMQ, mais que ce sont 16 % des IPS qui travaillent hors des balises du système public ?

La FMOQ répète la question : si les médecins doivent être forcés de pratiquer dans le réseau public pendant plusieurs années pour élargir l'accès universel et gratuit aux soins de santé, pourquoi d'autres professionnels de la santé, eux aussi en forte pénurie au sein du réseau public, ne font-ils pas l'objet de mesures identiques ?

Soyons clairs toutefois : le projet de loi n° 83 ne devrait pas plus s'appliquer aux autres professionnels de la santé qu'aux médecins. C'est un projet de loi qui s'attaque à un mauvais problème, peu importe à qui l'on décide de l'imposer. Si un professionnel de la santé n'est pas attiré par les conditions de pratique du système public à la toute fin de ses études, il est fort probable qu'il ne souhaitera pas plus y demeurer à la fin de sa période de service public obligatoire.

Le gouvernement doit faire des choix qui sont cohérents avec son projet de loi 67 qui vise à élargir la première ligne de soins du secteur public en permettant à d'autres professionnels de la santé de diagnostiquer des maladies et prescrire des médicaments. Le projet de loi n° 83 devrait par conséquent, en toute logique, viser tous les professionnels de la santé afin de protéger cet élargissement du système public de santé.

Des questions sans réponse

L'article 1 du projet de loi n° 83 introduit un nouvel article à la *Loi sur l'assurance maladie* : l'article 27. Cette disposition soulève son lot de questions pour lesquelles nous souhaiterions avoir des réponses.

- Que veut dire avoir été soumis à l'application d'une entente ?
- Le médecin en congé de maternité, de paternité ou parental répond-il aux exigences ?
- Qu'en est-il de celui ou celle qui est en invalidité ?
- Le médecin qui facture, par erreur et de bonne foi, des frais accessoires interdits à un patient contrevient-il à la loi ? S'expose-t-il à la fois à la sanction de la RAMQ et à une amende de 20 000 \$ à 100 000 \$? Dans l'affirmative, est-ce exagéré pour une erreur commise de bonne foi ?
- En ce qui concerne l'engagement exigé des étudiants, qu'en est-il des « autres conditions et modalités » ?
- Un médecin qui exerce en Ontario à titre de non-participant là-bas, mais qui vient au Québec en dépannage dans le cadre du régime public une semaine par trimestre, est-il conforme à la loi ?
- Le gouvernement exigera-t-il un minimum d'activités dans le régime public au Québec pour être conforme à la loi ?

- Si un nouveau médecin soumis à un engagement s'installe dans une autre province canadienne ou à l'étranger en début de pratique, le gouvernement le poursuivra-t-il devant un tribunal de cette juridiction ?

Le projet de loi n° 83 ne respecte pas les conditions de précisions d'une loi habilitante. Les pouvoirs réglementaires sont trop larges et trop vagues. **Il s'agit là d'un coup d'épée dans l'eau, qui ne changera strictement rien au réseau public, car il vise en réalité entre 12 et 20 diplômés en médecin de famille par année (entre 2 et 5 % selon les 3 dernières années).** Le projet de loi n° 83 n'aura donc aucun impact sur le réseau public sauf celui d'une contrainte additionnelle qui réduira le nombre de diplômés en médecine de famille, faute d'attractivité de cette pratique.

LES SOLUTIONS DE RECHANGE AU PROJET DE LOI N° 83

Abandonner une logique législative fondée sur la coercition, la punition et les sanctions

Le gouvernement semble considérer que les problèmes d'accès dont souffre la première ligne médicale au Québec sont imputables aux médecins de famille. Pour ce gouvernement, les changements attendus dans l'organisation des services que rendent les médecins de famille doivent nécessairement avoir pour toile de fond une contrainte législative.

Alors que sévit une pénurie d'au moins 1500 médecins de famille, nous aurions espéré que le gouvernement, en lieu et place d'un projet de loi intempestif et malvenu, propose des solutions qui valorisent plutôt la médecine de famille. C'est une réelle déception pour les médecins de famille.

Encore une fois, le ministre impose des mesures qui réduisent l'attractivité du régime général public. Il y a fort à parier que la médecine de famille en subira les plus importants contrecoups, et tous les patients qui tentent d'y avoir accès.

Il est hasardeux de croire que le projet de loi n° 83 fera augmenter le nombre de médecins de famille qui exercent au public. S'il en est, il pourrait même, au contraire, aggraver la pénurie actuelle. Est-ce vraiment ce que nous souhaitons collectivement ?

Les médecins de famille québécois ne sont pas à l'origine des problèmes d'attractivité que connaît le réseau depuis de nombreuses années maintenant. De fait, le gouvernement en est au contraire le principal artisan.

Qu'il s'agisse notamment de la regrettable Loi 114, en 2002, de l'insensé projet de loi 20 en 2015 ou du malavisé projet de loi n° 11 en 2022, pour ne nommer que ceux-là, toutes ces lois n'auront eu que des effets négatifs sur l'attrait que peut avoir la médecine de famille auprès des étudiants et, au surplus, sur la pratique de médecins déjà établis au sein du réseau public.

Les lois coercitives, punitives, sont en partie à l'origine du problème que le ministre de la Santé tente pourtant de résoudre. Plus il menacera les médecins et essaiera de leur imposer leurs conditions d'exercice, plus certains d'entre eux feront alors le choix d'un autre milieu

de pratique ou, pour les plus vieux d'entre nous, préféreront prendre prématurément leur retraite. Ces médecins de famille dont nous aurions grand besoin aussi longtemps qu'ils le peuvent et le veulent seraient irrécupérables. Les lois punitives ont des effets négatifs non seulement sur l'attractivité du réseau public, mais également sur l'attrait que peut avoir la médecine de famille auprès des étudiants québécois.

Estimer qu'une loi discriminatoire comme le projet de loi n° 83 est une loi d'intérêt public nous confine collectivement à la naïveté. Cette loi risque au contraire de desservir la population. En effet, elle ternira la réputation de la médecine de famille, de la médecine tout court, et ce, à la fois auprès des étudiants qui auraient pu s'y intéresser qu'auprès de la population.

Nous le réitérons : la question des services médicaux de première ligne ne peut être envisagée dans une dynamique fondée sur la défiance, l'autoritarisme, la discrimination, les contrôles excessifs et les pénalités.

Le ministre choisit les mauvaises voies pour atteindre ses propres objectifs.

Cesser de dénigrer les médecins de famille

À plus haut niveau, les médecins de famille font en conséquence l'objet d'un dénigrement injustifié et irresponsable de la part de membres du gouvernement, et parfois de certains membres de l'opposition.

On se souvient des malheureux propos du premier ministre Legault qui mentionnait qu'il avait une liste de médecins qui ne travaillaient pas assez selon lui et qu'il envisageait de leur imposer des quotas.

Le 11 novembre 2024, en entrevue télévisée, le ministre de la Santé et des Services sociaux, au sujet du manque de médecins de famille, affirmait en somme que si le Québec pouvait compter sur l'apport de tous les médecins de famille pouvant travailler à temps plein, il n'y aurait par conséquent pas de pénurie. Nous attendons encore aujourd'hui les preuves de cette affirmation.

Reprenant à son compte les discours agressifs et inconsiderés d'un ex-ministre de la Santé, et sans se soucier des torts qu'il cause aux médecins de famille et à leur motivation, le gouvernement actuel tente de faire croire à la population que les médecins de famille n'en font pas suffisamment, qu'ils sont surpayés ou capricieux, et brandit donc le bâton.

Bien que la FMOQ a fait la démonstration, de façon factuelle, que ces déclarations étaient fausses, force est de constater que le discours de menaces et de dénigrement a tout de même réussi à créer une atmosphère de suspicion à notre endroit. C'est tout simplement déplorable. Il n'est pas simple de défaire les contrevérités que propage le gouvernement dans les médias sur la productivité des médecins de famille, leur rémunération et leurs conditions d'exercice.

Pour exploiter l'adhésion de la population et des médias à son projet de loi, le ministre de la Santé a notamment affirmé que la formation d'un médecin coûterait entre 450 000 \$ et 790 000 \$ aux contribuables québécois, et que ces derniers étaient en droit d'avoir accès aux soins pour lesquels ils paient.

Cette assertion est empreinte de raisonnement fallacieux et fait abstraction de la vérité.

Les étudiants en médecine paient des frais de scolarité parmi les plus élevés au Québec. Lors de la quatrième et de la cinquième année de leur formation, alors qu'ils sont externes en établissement et qu'ils paient toujours leurs frais de formation, ils rendent un grand nombre de services médicaux gratuitement au public en soutien à ceux fournis par leurs patrons.

Par la suite, durant leurs années de résidence, le salaire qui leur est versé, et qui tient compte du nombre très élevé d'heures de travail exigé de leur part (et qui n'inclut pas l'apprentissage académique accessoire), n'atteint même pas le salaire minimum. Faut-il rappeler qu'il y a quelques années, il aura fallu une sentence arbitrale pour faire passer de 24 à 16 heures la durée des tours de garde des médecins résidents dans les hôpitaux ?

Les médecins résidents travaillent en moyenne 72 heures par semaine, le jour, le soir, la nuit et les fins de semaine. Les résidents sont membres à part entière du réseau de la santé. Il s'agit d'une main-d'œuvre médicale qualifiée, accessible, à bas prix et qui contribue de façon importante à l'économie du Québec. On ne peut se passer d'eux, et l'utilisation de leur statut académique pour nourrir les arguments du gouvernement est tout simplement consternante.

Le discours du ministre sur les coûts de formation d'un médecin doit être recadré, car il dissimule des faits probants. Faire croire à la population que les médecins ont bénéficié d'un régime d'études pratiquement gratuit sans aucun retour de leur part est insultant. Aucun autre professionnel québécois ne fait l'objet d'un discours aussi méprisant.

Alors que nous tâchons sans relâche d'être inventifs dans l'organisation et la réorganisation des soins médicaux généraux dans le but d'améliorer les services directs à la population, nous devons composer avec des tactiques gouvernementales de désinformation visant à miner la crédibilité des médecins de famille. On adopte des stratégies passéistes visant à faire porter à tous les médecins de famille l'odieux des problèmes d'attractivité du système public de soins de santé.

Les médecins de famille québécois en ont vraiment assez de voir le gouvernement tomber sans cesse dans le dénigrement, la dévalorisation, la menace, la coercition et les pénalités pour redorer le blason de l'accès aux services. Le gouvernement devrait cesser de sous-estimer l'ampleur de l'exaspération qui habite les médecins de famille devant l'attitude inconséquente de l'appareil politique.

Les Québécois méritent mieux que ces manœuvres contre-productives.

Revoir les règles encadrant les PREM et les AMP

Parmi les principaux irritants que rapportent les étudiants en médecine et les résidents eux-mêmes quant au manque d'attrait de la médecine familiale, figurent d'une part les règles entourant l'obtention d'un avis de conformité au plan régional d'effectifs médicaux, le « PREM » (maintenant appelé plan territorial d'effectifs médicaux), et d'autre part, les règles entourant l'adhésion aux activités médicales particulières, les « AMP ».

Les résidents dénoncent par ailleurs le grand manque de transparence et d'équité dans l'octroi des postes.

Contrairement à ce que certains pourraient penser, être un médecin de famille comporte déjà un lot important d'obligations à respecter. Parmi celles-ci, les PREM et les AMP.

Au Québec, un médecin de famille exerçant à l'intérieur du régime public ne s'installe pas là où il le veut et n'exerce pas non plus dans le secteur d'activités de son choix.

En effet, des règles strictes d'installation dans des sous-territoires régionaux et la réalisation de certaines activités obligatoires dites « particulières » encadrent la pratique des médecins. Le non-respect de ces règles peut entraîner une importante récupération financière par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Au fil du temps et malgré les avertissements répétés de la FMOQ, l'effet combiné des PREM et des AMP sera à vrai dire devenu l'une des principales causes sous-jacentes des problèmes d'attractivité que connaissent la médecine familiale et le réseau public, surtout en première ligne médicale.

Plusieurs médecins de famille, principalement ceux ayant moins de 15 ans de pratique active, ne peuvent concentrer la totalité de leur pratique médicale dans l'activité de leur choix, ou dans leur région de préférence. Ces médecins doivent majoritairement exercer dans un sous-territoire régional où ils n'ont peut-être jamais vécu, et y effectuer le tiers de leurs activités dans un champ médical qui n'est pas leur première option. On dira que c'est là bel et bien le principe de la répartition des effectifs médicaux, mais il n'en demeure pas moins que les médecins de famille sont déjà soumis à plusieurs règles et contraintes qui ont un impact non négligeable sur leur vie personnelle et professionnelle.

La grande majorité des médecins de famille québécois ayant moins de 60 ans sont des femmes et plusieurs d'entre elles doivent donc aussi composer avec des grossesses et des congés de maternité.

Certains médecins aimeraient concentrer 100 % de leur pratique en première ligne, à ne faire que de la prise en charge en cabinet, et ce, dans une région qu'ils ont choisie. D'autres souhaiteraient plutôt n'exercer qu'en établissement ou dans une pratique singulière, par exemple en obstétrique. Plusieurs autres aussi désireraient avoir des activités diversifiées. Comme nous le mentionnions en introduction, les médecins de famille sont polyvalents et ouverts à soutenir le système de santé de différentes manières.

Bien qu'aucune formule ne soit parfaite ou idéale, il reste que les règles actuelles poussent tout de même certains médecins à préférer la non-participation. Les nombreuses restrictions du réseau public s'avèrent pour certains trop lourdes.

Depuis 2017, pas moins de 550 postes de résidence en médecine de famille sont demeurés non comblés. C'est énorme. Le projet de loi n° 83 n'aidera aucunement à rétablir cette situation, mais sera aussi néfaste sur l'ensemble des spécialités médicales.

Pour changer les choses durablement, les règles doivent être revues de concert avec les médecins de famille. Nous avons l'expertise requise pour apporter les améliorations que requiert le bon fonctionnement du réseau.

Comme nous le répétons depuis longtemps, nous invitons le gouvernement à élaborer avec nous de nouvelles méthodes de répartitions des effectifs médicaux en réponse aux besoins médicaux de la population, et ainsi remplacer les PREM et les AMP. Tournons-nous ensemble vers d'autres avenues.

Collaborer avec les médecins de famille pour faire les bons choix

Trouver des façons de revaloriser la médecine de famille afin de pourvoir les postes en résidence, de rendre le réseau public plus attrayant et de rapatrier des médecins actuellement non participants au régime ne peut se faire en brandissant de tels épouvantails.

Les façons de faire doivent reposer sur un plan stratégique qui sera le résultat d'un accord mutuel de collaboration. Un plan convenu avec les médecins de famille eux-mêmes.

Il importe de soutenir et de financer adéquatement les soins médicaux généraux, particulièrement en première ligne, mais sans s'y limiter, puisque de nombreux médecins de famille œuvrent aussi en deuxième ligne.

Les conditions d'exercice doivent être assouplies et l'autonomie professionnelle des médecins de famille, facilitée, afin qu'ils puissent utiliser correctement leur expertise. Une attention particulière doit également être portée à l'accès aux autres ressources médicales et au partage de l'imputabilité, à la collaboration interprofessionnelle, au soutien administratif et aux infrastructures médicales. Ces éléments, combinés à un engagement envers la qualité et la satisfaction des patients, sont gages de succès pour créer un environnement efficace et satisfaisant pour les médecins de famille québécois dans le cadre du régime public d'assurance maladie.

S'il faut parler de la première ligne, rappelons aux membres de la Commission que les succès notables qu'aura connus le réseau ces dernières années auront été le fruit d'initiatives de la FMOQ.

Pour ne donner qu'un seul exemple, récent, l'inscription collective de patients auprès d'un groupe de médecins est une réussite portant la marque de notre fédération. Une formule de prise en charge novatrice, porteuse et appréciée. Une solution, malheureusement, qui aura été mise en péril par le ministre de la Santé alors qu'il en coupait abruptement le financement à tort, le printemps dernier.

Qu'il s'agisse de modèles d'organisation, de la mise sur pied des départements territoriaux de médecine familiale (les DTMF, jusqu'à tout récemment appelés DRMG), de l'intégration des dossiers médicaux électroniques dans la pratique des médecins de famille, du travail en interdisciplinarité, de modes de rémunération, de la formation professionnelle ou de l'enseignement, nous sommes les agents du changement en matière de soins médicaux généraux.

Du côté des groupes de médecine de famille, les GMF, introduits au tournant des années 2000 par la Fédération elle-même, les mesures de soutien doivent être rehaussées.

Malheureusement, le ministère de la Santé et des Services sociaux en étouffe de plus en plus les opérations. Le modèle GMF tend à devenir moins viable pour de nombreux groupes,

notamment en raison d'une gestion administrative toujours plus tracassière et d'un important sous-financement.

À l'inverse de ce que peut prétendre le gouvernement, réussir à maintenir les activités d'un GMF s'avère de plus en plus difficile, et ce, au détriment de l'accès aux services de première ligne. Cette situation doit changer.

Nous invitons les autorités gouvernementales à écarter l'imposition unilatérale de vues « fonctionnalisées », inadaptées. Nous le convions à sortir des contrôles excessifs et à mettre de côté les dispositifs législatifs coercitifs et dévalorisants. Ces derniers ne font que décourager encore davantage les médecins de famille.

Nous invitons le gouvernement à discuter des conditions de pratique des médecins de famille avec nous, et ce, toujours dans un esprit de collaboration et de négociation.

Se priver de l'expertise des médecins de famille dans l'organisation des soins médicaux généraux et dans ce que devrait être l'exercice de la médecine de famille, freine l'accès aux services.

Conclusion

À l'exclusion de quelques voix uniques et discordantes, toutes les organisations médicales représentatives du corps médical québécois remettent en cause le bien-fondé du projet de loi n° 83.

En effet, ce projet de loi constitue une mauvaise avenue à emprunter pour rehausser l'attrait de notre régime public auprès des médecins, de tous les médecins.

Les solutions se trouvent ailleurs. Elles passent, en ce qui concerne les médecins de famille, par une série d'entretiens et de démarches conjointes avec la FMOQ, le ministère de la Santé et des Services sociaux, les DTMF, et maintenant Santé Québec.

Dix recommandations

1. Comprendre, en mettant à profit l'expertise de la FMOQ, les raisons pour lesquelles certains médecins de famille choisissent de devenir non-participants au régime public d'assurance maladie ;
2. Cesser de dénigrer les médecins de famille ;
3. Abandonner une logique législative fondée sur la coercition et les sanctions ;
4. Changer la culture et les conditions d'exercice de la médecine de famille au sein du réseau public pour renforcer le sentiment d'appartenance et favoriser la rétention ;
5. Accentuer de manière positive l'attrait de la médecine familiale auprès des étudiants en médecine ;
6. Faire preuve d'équité envers les médecins de famille ;
7. Impliquer tous les professionnels de la santé dans la construction et le fonctionnement de la première ligne au Québec ;
8. Revoir les règles encadrant les PREM et les AMP, de concert avec la FMOQ ;
9. Convenir d'un plan stratégique avec la FMOQ pour revaloriser le secteur public auprès des médecins de famille ;
10. Adopter un mécanisme qui forcera chaque année une réévaluation des impacts de cette possible loi sur l'attractivité en médecine de famille, et produire un bilan des effectifs et de la pénurie de médecins de famille.

PARTIE II

LA PROPRIÉTÉ DES CLINIQUES MÉDICALES

Notre participation aux travaux de la commission parlementaire est une autre occasion d'aborder la question de la propriété des cliniques médicales au Québec.

Comme ailleurs au Canada, la propriété et la gestion des cliniques par des non-médecins prennent de l'ampleur au Québec. La FMOQ croit que le gouvernement doit intervenir rapidement et de façon décisive pour protéger la population et les médecins.

Plus précisément, nous estimons que la propriété de l'entité juridique d'une clinique médicale devrait être réservée aux médecins. En effet, de plus en plus de cliniques médicales sont acquises par des entreprises à but lucratif qui n'ont de facto pas l'intérêt de la population pour premier objectif.

Plusieurs problèmes ont été rapportés ici et dans d'autres provinces lorsque les cliniques médicales sont exploitées par des entreprises étrangères ou par des non-médecins :

- Les dossiers médicaux sont la propriété des entreprises gestionnaires. Les patients et les médecins n'ont plus accès aux dossiers lors du départ d'un de ces derniers ou de la fermeture d'une clinique ;
- Les renseignements personnels et médicaux des patients sont conservés sur des serveurs à l'étranger et sont plus à risque d'être compromis et volés ;
- Les entreprises anonymisent les données médicales contenues dans les dossiers médicaux pour ensuite les vendre à profit, notamment aux entreprises pharmaceutiques et de biotechnologies ;
- Les entreprises étrangères opèrent souvent de façon privée, recrutant en plus des médecins et infirmières du système public ;
- Dans les cliniques privées hors régime, les médecins sont souvent salariés. La relation entre l'exploitant et le médecin en devient une d'employeur-employé et l'indépendance professionnelle du médecin est remplacée par un lien de subordination ;
- Les médecins subissent de la pression pour voir plus de patients, ou encore pour orienter inutilement leurs patients aux autres locataires et services de la clinique (pharmacie, physiothérapie, laboratoire, etc.) ;

- Plusieurs entreprises étrangères offrent des consultations virtuelles seulement, augmentant ainsi le risque de mauvais diagnostics pour les patients, et ce, bien que le Collège des médecins du Québec l'interdise. De plus, les médecins n'ont aucun contrôle sur la gestion des dossiers médicaux ;
- Enfin, plusieurs gros réseaux de cliniques ont fait faillite, laissant des milliers de citoyens sans médecin de famille et des centaines de médecins sans bureau de pratique pour voir leurs patients.

Il est dans l'intérêt de la population que des médecins québécois exerçant au Québec soient les propriétaires **majoritaires** des cliniques médicales.

La FMOQ rappelle que le législateur a déjà protégé le public en prévoyant que seuls des pharmaciens, ou une société par actions détenue par des pharmaciens peuvent être propriétaires d'une pharmacie.

Il en va de même pour les laboratoires d'imagerie médicale et les centres médicaux spécialisés qui ne peuvent être exploités, respectivement, que par des radiologues et des médecins membres du Collège des médecins du Québec.

La même logique devrait s'appliquer afin d'éviter que la propriété des cliniques médicales ne tombe entre les mains d'entreprises étrangères à but lucratif. Plusieurs réseaux de cliniques médicales dans les autres provinces sont déjà la propriété d'entreprises étrangères.

Vous retrouvez, en Annexe 1, notre suggestion de texte réglementaire qui protégerait la propriété des cliniques médicales du Québec.

Annexe 1

SUGGESTION DE TEXTE POUR LA PROPRIÉTÉ DES CLINIQUES MÉDICALES AU QUÉBEC

Seul un médecin, titulaire d'un permis d'exercice en vigueur délivré par le Collège des médecins du Québec, peut exploiter une clinique médicale.

Si le médecin agit au bénéfice d'une personne morale sans but lucratif, plus de 50 % des administrateurs de cette personne morale doivent être titulaires d'un tel permis.

Si le médecin agit au bénéfice d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) ou société par actions, plus de 50 % des droits de vote rattachés aux parts sociales ou aux actions doivent être détenus :

- 1- Soit par un ou des médecins titulaires d'un tel permis ;
- 2- Soit par une personne morale, une fiducie ou une autre entreprise dont les droits de vote rattachés aux actions, aux parts sociales ou aux titres de participation sont détenus en totalité par au moins un médecin :
 - a) Par un ou des médecins visés au paragraphe 1^o ; ou
 - b) Soit par une personne morale, une fiducie ou une autre entreprise dont les droits de vote rattachés aux actions, aux parts sociales ou aux titres de participation sont détenus en totalité par au moins un médecin ;
 - c) Soit à la fois par des personnes, fiducies ou entreprises visées aux sous-paragraphes a ou b.

Les affaires d'une personne morale, d'une société ou d'une association au bénéfice de laquelle le cabinet est exploité sont administrées par un conseil d'administration ou un conseil de gestion interne, selon le cas, formé en majorité de médecins titulaires d'un permis d'exercice en vigueur délivré par le Collège des médecins du Québec qui exercent à la clinique médicale. Ces médecins doivent en tout temps constituer la majorité du quorum d'un tel conseil.