

*Mémoire de l'AMC*

**Projet de loi n<sup>o</sup> 83 *Loi favorisant l'exercice  
de la médecine au sein du réseau public  
de la santé et des services sociaux***

Le 7 février 2025

# À propos de l'Association médicale canadienne (AMC)

Fondée en 1867 à Québec, l'Association médicale canadienne (AMC) est un regroupement pancanadien de médecins et de médecins en devenir engagés dans l'amélioration du système de santé. Forte d'une longue tradition de leadership médical, l'AMC œuvre pour bâtir un avenir où la santé est accessible à tous et où les professionnels et professionnelles de la santé disposent des conditions nécessaires pour exercer leur mission efficacement.

L'AMC poursuit trois grands objectifs :

- **Créer un système de santé viable et accessible** en mettant les patients et patientes au cœur des soins et en assurant une prise en charge efficace et durable.
- **Favoriser une culture médicale axée sur l'équité, la diversité et le bien-être des médecins**, afin d'assurer un environnement de travail respectueux et inclusif.
- **Promouvoir des communautés en santé** où chaque individu, peu importe son origine, sa situation ou son code postal, peut bénéficier d'un accès équitable aux soins de santé.

## Les enjeux prioritaires de l'AMC

Dans un contexte où le système de santé fait face à de nombreux défis, l'AMC concentre ses efforts sur trois enjeux majeurs :

- **La réduction du fardeau administratif**, permettant aux médecins de consacrer plus de temps aux soins plutôt qu'à des tâches bureaucratiques lourdes.
- **La santé physique et mentale des médecins**, un facteur clé pour assurer la qualité des soins prodigués à la population.
- **La planification des ressources humaines en santé**, essentielle pour anticiper et répondre aux besoins croissants en personnel médical.

## L'AMC au Québec : un engagement concret

L'AMC joue un rôle actif au Québec en soutenant le leadership médical et en favorisant l'implication des professionnels et professionnelles de la santé dans l'élaboration des politiques publiques. Parmi ses initiatives phares :

- **L'investissement dans le leadership médical**, permettant aux médecins de contribuer aux décisions stratégiques en matière de santé.
- **L'organisation du Colloque des médecins leaders du Québec**, un événement annuel réunissant médecins gestionnaires et décideurs du domaine de la santé pour discuter des défis et des solutions à apporter au système de soins québécois.

## Un travail de représentation à tous les niveaux

L'AMC porte la voix des médecins et de la patientèle auprès des instances gouvernementales aux niveaux fédéral, provincial et territorial. Elle met de l'avant des solutions innovantes et des recommandations pour garantir l'amélioration et la pérennité du système de santé.

## Porte-parole de l'AMC au Québec

Le **D<sup>r</sup> Jean-Joseph Condé**, médecin de famille à Val-d'Or, représente le Québec au Conseil d'administration de l'AMC. Son rôle est d'y assurer une présence forte de l'AMC et de faire entendre les préoccupations et les propositions des médecins du Québec. Le D<sup>r</sup> Condé est également porte-parole francophone de l'AMC au niveau pancanadien.

## Résumé exécutif

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*, actuellement à l'étude à l'Assemblée nationale du Québec, propose une réforme majeure qui imposerait aux nouveaux médecins l'obligation de pratiquer pendant cinq ans dans le secteur public. Le projet de loi introduit également un contrat contraignant pour les étudiants et étudiantes en médecine avant leur résidence et prévoit des clauses pénales en cas de non-respect de ces engagements. Cette réforme, qui s'appliquerait uniquement aux nouveaux médecins après son adoption, vise à pallier les enjeux de disponibilité des soins, mais soulève d'importantes préoccupations quant à son impact sur l'attractivité de la profession et la rétention des médecins au Québec.

L'AMC a toujours privilégié des approches incitatives plutôt que coercitives pour favoriser la rétention des professionnels et professionnelles de la santé. Elle exprime ainsi ses préoccupations quant à toute législation qui pourrait restreindre l'autonomie professionnelle des médecins. Plutôt que d'imposer des obligations rigides, il est essentiel de mettre en place un environnement de travail attractif qui incite les médecins à s'engager durablement dans le réseau public. Des mesures axées sur le soutien, la flexibilité et l'amélioration des conditions de pratique constitueraient une approche plus efficace pour assurer un accès équitable aux soins à travers la province.

Par ailleurs, le rôle des médecins, omnipraticiens ou spécialistes a évolué au fil des ans, avec une pression croissante pour assurer l'accès aux soins dans le réseau public. Les médecins de famille doivent prendre en charge un bassin de personnes toujours plus grand dans les cliniques publiques et les groupes de médecine familiale (GMF), tout en intégrant une approche populationnelle axée sur la gestion des maladies chroniques. Cette transformation nécessite la mise en place d'équipes interdisciplinaires, incluant notamment des travailleurs sociaux et travailleuses sociales, afin de mieux répartir les responsabilités et d'offrir un suivi adapté à la patientèle.

L'essor des outils numériques, tels que Carnet santé Québec et la télémédecine, exige également une adaptation constante des médecins à de nouvelles technologies, modifiant ainsi la dynamique des soins et la communication avec la patientèle. Ces changements, combinés à une pénurie persistante de médecins et d'autres professionnels et professionnelles de la santé, exacerbent les défis rencontrés, en particulier dans les régions éloignées et pour les soins à domicile.

Dans ce contexte, toute réforme législative touchant la pratique médicale doit tenir compte des réalités du terrain et des solutions durables nécessaires pour améliorer l'attractivité du système de santé. L'AMC souhaite ainsi contribuer au débat en proposant des recommandations qui privilégient des incitatifs positifs plutôt que des mesures coercitives, afin d'assurer une offre de soins de qualité accessible à l'ensemble de la population québécoise.

## Analyse du projet de loi

### Présentation des principales dispositions

Le projet de loi n° 83 introduit plusieurs mesures visant à encadrer la pratique médicale des nouveaux médecins au Québec. Il repose sur trois axes principaux :

- **Obligation de travailler dans le secteur public pendant cinq ans pour les nouveaux médecins** : Toute nouvelle recrue en médecine devra consacrer ses premières années de pratique exclusivement au réseau public, sans possibilité d'exercer dans le secteur privé avant la fin de cette période.
- **Signature d'un contrat obligatoire pour pratiquer au Québec avant la résidence** : Les personnes étudiant en médecine devront s'engager contractuellement à exercer au Québec après l'obtention de leur permis de pratique. Les modalités entourant ces contrats seront définies par règlement.
- **Clauses pénales en cas de non-respect** : Des sanctions financières sont prévues pour les médecins qui ne respecteraient pas ces obligations, incluant des pénalités pour rupture de contrat ou non-respect des engagements pris avant leur résidence.

Selon les autorités gouvernementales, ces mesures viseraient à répondre aux pénuries de personnel et aux difficultés d'accès aux soins, particulièrement en médecine familiale et en région. Toutefois, leur caractère contraignant soulève de nombreuses inquiétudes quant à leur efficacité et à leurs conséquences sur l'attractivité de la profession.

## Les impacts de l'obligation de travailler dans le secteur public pendant cinq ans

L'exigence de cinq ans de pratique dans le réseau public constitue la mesure-phare du projet de loi. En imposant une telle obligation aux médecins en début de carrière, le gouvernement du Québec souhaite, de son propre aveu, freiner l'exode des médecins vers le réseau privé, et garantir un accès élargi aux soins pour la population. Dans les faits, cette mesure pourrait engendrer des effets inverses.

Contrairement à un préjugé tenace, ce n'est pas la simple tentation du gain qui attire de plus en plus de médecins à travailler dans le réseau privé. Au contraire, la rémunération, bien qu'elle demeure un facteur de la satisfaction professionnelle, est rarement déterminante dans leur choix. D'autres facteurs, tels que la charge administrative élevée, la gestion toujours plus complexe de la patientèle dans le réseau public, le manque de flexibilité dans les horaires de travail, et aussi la désuétude des infrastructures de santé et des équipements médicaux, pèsent beaucoup plus lourd dans le choix des médecins de quitter le réseau public québécois.

Il convient également de mentionner que les médecins du secteur public peuvent souvent être confrontés à des délais d'attente prolongés, des ressources limitées et une pression accrue pour gérer un grand nombre de patients et patientes, ce qui peut leur occasionner un stress important. Ainsi donc, la nécessité de créer un environnement de pratique favorable apparaît comme une avenue beaucoup plus prometteuse pour favoriser la rétention des médecins dans le réseau public.

Plutôt que de contraindre les gens à rester dans le réseau public, il est essentiel de leur offrir un environnement où ils voudront naturellement exercer. Cela implique une réduction du fardeau administratif, un soutien accru par des équipes multidisciplinaires et des incitatifs financiers compétitifs. Autrement, il y a fort à parier qu'à terme, les nouveaux médecins quitteront massivement le réseau public, sitôt leur obligation légale acquittée. En plus de rendre la mesure inefficace, cela priverait également le réseau public québécois d'une expertise médicale précieuse.

## Des impacts néfastes attendus pour la médecine familiale

À l'heure actuelle, on estime que, sur les 744 médecins exerçants dans le privé, 502 sont des médecins de famille<sup>1</sup>. De plus, 93 % des postes non pourvus en médecine familiale au Canada se trouvent au Québec, soit 70 sur 75<sup>2</sup>. Cela démontre déjà une désaffection préoccupante pour cette branche de la médecine au sein de la province. Loin de rendre la profession plus attractive, l'obligation de pratiquer dans le réseau public pour une durée de cinq ans risque d'accroître le désintérêt pour la pratique de la médecine familiale.

Plutôt que de favoriser la rétention des médecins dans le réseau public, les mesures coercitives prévues au projet de loi pourraient, au contraire, accentuer leur exode vers

le secteur privé. Une fois leur période d'engagement remplie, de nombreux médecins de famille risquent de choisir de quitter le secteur public pour s'installer dans des structures offrant de meilleures conditions de pratique. En effet, le service obligatoire dans le secteur public est souvent perçu comme une contrainte, surtout lorsqu'il est associé à des conditions de travail difficiles, comme celles qui caractérisent actuellement le réseau québécois de la santé.

Dans une certaine mesure, cette réalité peut déjà être observée ici même, au Québec. Dans le but de répartir équitablement les médecins sur son territoire et de pallier le manque de professionnels et professionnelles de la santé dans les régions éloignées ou sous-desservies, le gouvernement du Québec, par l'intermédiaire des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) pour les médecins de famille et des plans d'effectifs médicaux (PEM) pour les médecins spécialistes, répartit les médecins sur le territoire québécois. Cette répartition se fait respectivement par l'ouverture de postes au sein d'établissements et la détermination d'un nombre de places disponibles par région, en fonction des besoins identifiés.

Si cette manière de faire peut contraindre, à court terme, des médecins à accepter des postes dans des établissements plus éloignés, faute d'alternatives, l'expérience démontre que les retombées de ce « service obligatoire en région », en quelque sorte, ont tendance à être de nature temporaire. Un médecin ayant obtenu un poste en région y demeurera souvent quelques années, le temps qu'une opportunité se présente et qu'un poste se libère sur son territoire de préférence, accentuant le roulement élevé au sein du personnel médical en région.

Le manque de flexibilité de cette approche a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses critiques au cours des dernières années, notamment de la vice-doyenne adjointe du pavillon de médecine de l'Université Laval à Rimouski, la D<sup>re</sup> Gabrielle Gagnon, qui mentionnait en novembre 2024 à propos des PREM qu'« on se nuit à long terme. À court terme, ça paraît beau, mais les gens vont rester un an, deux ans, puis ils vont quitter »<sup>3</sup>. Cette problématique explique probablement d'ailleurs pourquoi, malgré les PEM et les PREM, la grande majorité des postes de médecins vacants se retrouve en région, année après année. Cet exemple, à lui seul, démontre ainsi bien les limites des mesures coercitives qui échouent à apporter des solutions durables<sup>4</sup>.

Cette obligation de travailler au sein du réseau public pourrait également inciter de futurs étudiants et étudiantes à faire le choix d'aller compléter leur formation médicale ailleurs au pays ou même à l'international, afin de se soustraire à l'obligation de pratique dans le réseau public, mettant ainsi à mal les facultés de médecine québécoises, et augmentant de manière considérable le risque d'exode de médecins du Québec vers d'autres juridictions.

## L'effet dissuasif sur le choix de la médecine familiale

L'imposition d'une obligation de service dans le réseau public pourrait détourner de nombreux étudiants et étudiantes de la médecine familiale au profit de spécialités plus flexibles. Ces dernières offrent souvent de meilleures conditions de travail et une rémunération plus attrayante. Cette réalité pourrait aggraver la pénurie de médecins de famille, un problème déjà préoccupant au Québec tel que démontré dans le point précédent.

Dans ce contexte, il est légitime de s'interroger sur l'effet qu'auraient ces nouvelles obligations. Ne risquent-elles pas d'aggraver encore davantage cette pénurie en décourageant les futurs médecins de choisir la médecine familiale au Québec ? Alors que les étudiants québécois et étudiantes québécoises délaissent déjà cette discipline médicale plus que ceux et celles des autres provinces, l'ajout de nouvelles contraintes ne ferait qu'accentuer cette tendance inquiétante.

## Les implications de la signature d'un contrat obligatoire pour pratiquer au Québec

L'obligation pour les étudiants et étudiantes, avant le début de leur résidence en médecine, de signer un contrat d'engagement, constitue une autre mesure controversée du projet de loi. Un tel engagement, sans précédent au Canada, pourrait engendrer de profondes inégalités entre les médecins du Québec et leurs homologues dans le reste du pays. De plus, en raison de son impact significatif sur la vie privée et la liberté professionnelle, une telle mesure pourrait faire l'objet de contestations juridiques.

Tout d'abord, il convient de souligner que la signature d'un contrat d'engagement dès le début de la formation en médecine constitue un acte juridique contraignant, susceptible d'intimider de nombreuses personnes et, dans certains cas, de les inciter à réorienter leur parcours vers d'autres professions. Un tel contrat d'engagement entraînerait une situation sans précédent au Québec : aucun autre programme de formation ne requiert, avant même l'admission, la signature d'un document aussi contraignant, comportant des pénalités substantielles en cas de non-respect, et ce, vis-à-vis d'étudiants et d'étudiantes souvent âgés de 25 ans ou moins, qui sont en début de carrière.

En outre, l'imposition d'un tel contrat semble, à première vue, disproportionnée et injustifiée, notamment au regard des incertitudes et des défis que les étudiants et étudiantes doivent déjà affronter durant leur formation. Qu'arrivera-t-il à un étudiant qui, en cours de formation, déciderait de mettre fin à ses études pour réorienter sa carrière ? Se retrouverait-il en bris de contrat d'engagement, et s'exposerait-il à des pénalités ? Cette mesure, loin de constituer une incitation positive, pourrait ainsi apparaître comme une contrainte lourde, qui risque de créer un sentiment d'injustice et de décourager les candidatures potentielles. Cette situation est particulièrement vraie pour les étudiants étrangers internationaux.

Année après année, une proportion significative des étudiants et étudiantes en médecine dans les facultés québécoises provient de l'international. Par exemple, à l'Université de Montréal, à l'Université Laval, à l'Université McGill et à l'Université de Sherbrooke, des étudiants et étudiantes viennent de pays étrangers, comme la France, la Belgique, l'Algérie, la Tunisie ou Haïti. L'imposition d'une période de service obligatoire dans le réseau public québécois risque de nuire de manière significative à la capacité des facultés de médecine québécoises d'attirer des candidatures internationales, qui préféreront potentiellement opter pour une autre province canadienne, qui ne prévoit pas une telle obligation. C'est autant de futurs médecins qui à terme, risquent d'échapper au Québec, contribuant à la dégradation de la qualité des soins offerts dans le réseau public.

### Une atteinte importante à la vie privée et à la liberté professionnelle

L'obligation imposée aux nouveaux médecins de signer un contrat d'engagement les contraignant à travailler pendant cinq ans dans le réseau public de la santé québécois soulève des préoccupations quant à la protection de leur vie privée et à leur liberté professionnelle. Cette mesure limite leur liberté de choisir où et comment ils et elles souhaitent exercer leur profession en fonction de leurs besoins personnels, familiaux et professionnels.

En outre, cette obligation représente une intrusion dans la vie privée des médecins, qui se retrouvent contraints de sacrifier leur autonomie décisionnelle en matière de carrière et de vie personnelle. L'impact de cette mesure pourrait être considérable pour les médecins qui, par exemple, ont des obligations familiales dans d'autres régions ou des projets professionnels différents de ceux proposés par le réseau public.

D'un point de vue juridique, cette politique pourrait faire l'objet de contestations devant les tribunaux. La liberté professionnelle, qui inclut le droit de choisir son lieu de travail et sa spécialité, est un droit protégé par la Constitution canadienne et la Charte des droits et libertés de la personne du Québec. Il est possible que des recours soient intentés, arguant que l'obligation de signer un tel contrat constitue une restriction injustifiée à des droits fondamentaux, en particulier le droit à la liberté professionnelle et à la mobilité. Le recours potentiel à la clause dérogatoire par le législateur pour se soustraire à de telles contestations apparaîtrait, pour sa part, abusif, et contribuerait de surcroît à alimenter un débat complexe et potentiellement polarisant sur la gestion du système de santé québécois.

### Des conséquences à court terme : départs anticipés avant l'entrée en vigueur

En plus des nombreux écueils à long terme, il convient finalement de noter que le projet de loi soulève de nombreuses questions, pour lesquelles les réponses ne sont pas connues à l'heure actuelle. Ainsi, qu'advient-il des étudiants et étudiantes déjà inscrits à la formation en médecine au moment de l'adoption du projet de loi ? Devront-

ils aussi signer un tel contrat d'engagement ? Qu'en est-il des personnes qui sont en résidence ? Devant autant d'incertitude, et face à ces nouvelles contraintes, plusieurs étudiants et étudiantes et jeunes médecins pourraient décider de quitter le Québec avant l'adoption de la loi pour éviter d'être soumis à ces obligations. Cette fuite préventive pourrait aggraver la pénurie médicale plutôt que l'atténuer.

### Les enjeux liés aux clauses pénales en cas de non-respect

Le projet de loi prévoit l'imposition de sanctions financières pour les médecins qui ne respecteraient pas leurs engagements. Ces pénalités, selon les informations disponibles, pourraient atteindre 200 000 \$, par jour et par acte, pour les médecins qui contreviendraient à la Loi. Considérant que le salaire annuel moyen d'un médecin de famille au Québec est d'un peu plus de 260 000 \$, et que celui d'un médecin spécialiste atteint pour sa part environ 420 000 \$, de telles pénalités apparaissent largement abusives.

L'imposition de pénalités financières aussi sévères pourrait être perçue comme une mesure punitive injustifiée à l'égard des médecins, un groupe déjà soumis à des obligations déontologiques strictes. Plutôt que d'encourager la fidélité au réseau public, cette approche risque de générer du ressentiment et de dissuader de nouvelles personnes de s'engager dans la profession. Cet énoncé est particulièrement vrai pour certaines catégories de candidatures, dont celles issues de milieux moins aisés, qui pourraient voir ces pénalités potentielles comme une épée de Damoclès constante au-dessus de leur tête, ou encore pour les étudiants étrangers internationaux, dont il a déjà été question dans le présent mémoire, et qui doivent déjà assumer des frais de scolarité beaucoup plus importants que leurs pairs québécois.

De manière plus générale, ces pénalités, à la fois sévères et rigides, pourraient amener plusieurs candidatures, toutes catégories confondues, à y penser à deux fois avant de s'engager dans une formation en médecine au Québec. En effet, une situation incontrôlable et imprévisible, que ce soit un enjeu familial qui nécessite une attention immédiate, ou encore la maladie de soi ou d'un proche, pourrait forcer un médecin diplômé à quitter le pays, temporairement, ou même, de manière permanente. Pour les médecins, la période de service obligatoire, et surtout les pénalités financières démesurées qui y sont associées, dépasse largement leur vie professionnelle, et leur impose de demeurer au Québec, en toutes circonstances.

En somme, l'imposition de pénalités financières sévères ne semble pas être une solution viable pour encourager la rétention des médecins dans le secteur public. Au contraire, elle pourrait engendrer un climat de mécontentement, nuire à la satisfaction professionnelle des médecins et décourager des personnes de choisir la médecine comme future carrière.

## Comparaisons et perspectives

### Des incitatifs plutôt que des contraintes ailleurs au Canada

Le nouveau Programme d'intégration à la profession médicale du Manitoba<sup>5</sup> illustre une approche novatrice et positive pour favoriser le recrutement et le maintien en poste des médecins, sans recourir à des mesures coercitives. Plutôt que d'imposer des contraintes légales, le gouvernement manitobain investit dans un accompagnement structuré des nouveaux médecins durant leurs cinq premières années de pratique, en partenariat avec *Doctors Manitoba*. Ce programme vise à réduire l'isolement et l'épuisement professionnel en offrant un encadrement, du mentorat et un soutien communautaire aux jeunes médecins. Grâce à un financement annuel, *Doctors Manitoba* met en place des réseaux de soutien, facilite leur intégration dans la communauté médicale et les aide à bâtir leur patientèle.

En complément, des ressources spécifiques sont prévues pour aider les médecins à s'adapter aux défis de la profession, ainsi qu'à l'établissement de leur famille. Cette initiative, conçue en concertation avec les médecins eux-mêmes, démontre qu'un environnement favorable et bienveillant est bien plus efficace qu'un cadre répressif pour assurer la rétention des professionnels et professionnelles de la santé et améliorer la qualité des soins.

L'**Initiative de recrutement et de rétention des médecins dans le Nord et les régions rurales** de l'Ontario<sup>6</sup> constitue également une approche incitative visant à attirer les médecins vers les communautés mal desservies de la province. Plutôt que d'imposer des restrictions à la mobilité des médecins, ce programme propose des **incitatifs financiers significatifs**, allant de **84 718 \$ à 124 730 \$**, versés sur une période de **quatre ans**, aux personnes qui s'engagent à établir une pratique à temps plein dans une communauté admissible.

Cette initiative, financée en fonction des budgets alloués et de critères d'éligibilité, vise à combler les besoins en soins de santé dans ces régions tout en garantissant une approche volontaire et attractive pour les médecins. En misant sur des **avantages concrets et progressifs**, l'Ontario adopte une stratégie efficace et respectueuse de la liberté de choix des médecins, démontrant ainsi qu'un cadre incitatif est une solution plus durable et éthique qu'une approche coercitive pour répondre aux défis de recrutement médical.

### Les politiques restrictives à l'international

Après recherche, peu de juridictions dans le monde ont choisi d'imposer des obligations légales aux médecins sous peine de sanctions pénales. Certains pays comme la France, le Brésil et les États-Unis ont mis en place des programmes incitatifs non coercitifs afin d'encourager les médecins à servir dans des zones rurales<sup>7</sup>. En Afrique du Sud<sup>8</sup>, le service communautaire d'un an est une exigence légale, et le non-respect peut

entraîner la suspension du permis d'exercice ainsi que des poursuites judiciaires. Certains États de l'Inde, comme le Tamil Nadu<sup>9</sup>, le Kerala et le Meghalaya<sup>7</sup>, imposent des obligations similaires. Toutefois, nous n'avons pas trouvé de données probantes permettant d'évaluer le succès de ces initiatives en matière de rétention des médecins ou d'amélioration des services de santé dans les régions ciblées.

## Recommandations

À la lumière de l'analyse du projet de loi n° 83 et de ses impacts potentiels sur la profession médicale et l'accessibilité aux soins, l'Association médicale canadienne (AMC) propose une série de recommandations visant à améliorer la rétention des médecins dans le réseau public tout en garantissant un cadre de travail plus attrayant et efficace. Ces recommandations s'appuient sur des solutions éprouvées et des modèles inspirants qui ont démontré leur efficacité ailleurs au Canada.

### Améliorer l'environnement de travail des médecins

L'un des facteurs déterminants de la rétention des professionnels et professionnelles de la santé réside dans la qualité de leur environnement de travail. Il est essentiel de poursuivre les efforts visant à réduire le fardeau administratif afin de libérer du temps médical et d'accroître l'efficacité du système de santé. La simplification des procédures bureaucratiques permettrait aux médecins de se concentrer davantage sur les soins à la patientèle plutôt que sur des tâches administratives chronophages. Il est également primordial que les différents dossiers médicaux électroniques (DME) puissent « communiquer » entre eux afin de simplifier le travail du personnel soignant. À l'heure actuelle, le manque d'interopérabilité des systèmes est criant.

Par ailleurs, le renforcement des équipes de soins<sup>10</sup>, notamment par l'ajout de travailleurs sociaux et de travailleuses sociales, de personnel en soins infirmiers et d'agents et d'agentes de liaison en santé, est essentiel pour assurer une prise en charge globale des patients et patientes. Une approche interdisciplinaire permettrait de répartir les responsabilités, d'améliorer l'efficacité du réseau public et de réduire la surcharge de travail qui contribue à l'épuisement professionnel des médecins.

### Promouvoir des approches positives et inspirantes

Plutôt que d'imposer des contraintes légales aux nouveaux médecins, il serait plus efficace de s'inspirer de modèles qui ont démontré leur capacité à favoriser la rétention du personnel de la santé dans le réseau public.

L'exemple de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (ENMO)<sup>11</sup> illustre parfaitement qu'une approche incitative et adaptée aux réalités locales est bien plus efficace qu'une contrainte légale pour attirer et retenir les médecins dans des régions sous-desservies. Depuis son accession au statut d'université autonome en 2022, cette institution a

démontré qu'un modèle d'apprentissage régionalisé et communautaire pouvait répondre aux besoins spécifiques des communautés nordiques, rurales, autochtones et francophones sans imposer d'obligations coercitives.

Grâce à un vaste réseau de plus de 1 800 professeurs et professeures et de 90 communautés partenaires, l'EMNO forme des médecins qui développent un attachement à la région et une compréhension des défis uniques du Nord de l'Ontario. Son programme pleinement agréé a déjà formé près de 1 000 médecins, dont une forte proportion a choisi d'y demeurer volontairement, renforçant ainsi le système de santé local. En mettant l'accent sur la médecine familiale, la formation interdisciplinaire et l'immersion en milieu rural, l'EMNO démontre qu'il est possible de favoriser la rétention des professionnels et professionnelles de la santé par des initiatives positives et structurantes, plutôt que par des mesures punitives qui risqueraient d'avoir des effets contre-productifs.

L'Université Queen's a mis en place une initiative novatrice pour remédier à la pénurie de médecins de famille<sup>12</sup>, en privilégiant une approche immersive plutôt que des obligations contraignantes. Lancé à l'automne 2024 dans le cadre du programme de médecine familiale, le programme Queen's-Lakeridge vise à susciter l'intérêt des étudiants et étudiantes pour cette spécialité en leur offrant une exposition précoce à la pratique clinique. Dès leur première année, les étudiants et étudiantes participent à des stages hebdomadaires dans des cliniques de médecine familiale locales et effectuent des stages d'un mois en milieu rural aux côtés de médecins expérimentés.

Cette approche permet aux futurs médecins de mieux comprendre la réalité de la pratique de la médecine familiale et d'y développer un attachement, augmentant ainsi les chances qu'ils choisissent d'y exercer à long terme. En misant sur l'expérience concrète et l'accompagnement personnalisé, ce programme démontre qu'il est possible de favoriser la rétention des médecins dans les milieux où les besoins sont les plus criants sans recourir à des mesures coercitives.

Le Québec pourrait s'inspirer des initiatives mises en place ailleurs pour renforcer l'accessibilité aux soins en région et favoriser le déploiement des médecins de famille sur l'ensemble de son territoire. Par exemple, l'Université Laval a implanté un pavillon régional en médecine familiale à Rimouski en 2023<sup>13</sup>, un modèle qui permet de former des médecins plus enclins à s'établir dans les régions éloignées. Une approche similaire, avec la mise en place de pavillons régionaux dans plusieurs régions du Québec, permettrait de mieux répondre aux besoins des populations locales en assurant une formation adaptée aux réalités du terrain. Le Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO) affirme, dans une étude de janvier 2025 sur la possibilité d'attirer des médecins en région, que « la mise en place de campus délocalisés en région pourrait donc être un facteur d'attractivité important pour le médecin. »<sup>14</sup>

Dans cette optique, l'AMC soutient la volonté du réseau de l'Université du Québec de créer sa propre faculté de médecine<sup>15</sup>, qui serait spécifiquement axée sur la médecine familiale et la pratique en région. Une telle faculté pourrait jouer un rôle clé en attirant et en formant des étudiants désireux de pratiquer dans le réseau public québécois, en réduisant ainsi la pression sur le système de santé et en améliorant l'accès aux soins dans les communautés éloignées. En combinant ces initiatives avec des incitatifs à la pratique régionale, le Québec pourrait non seulement pallier la pénurie de médecins, mais aussi favoriser une répartition plus équitable des ressources médicales sur son territoire.

### Assurer une complémentarité efficace entre le secteur public et le secteur privé

L'AMC réaffirme que l'accès aux soins doit rester universel et gratuit, sans imposition de frais à la patientèle pour des services médicaux essentiels. Cependant, le secteur privé peut jouer un rôle complémentaire dans le soutien au réseau public, à condition que ces services soient intégrés et financés par l'État.

Le ministre de la Santé a souligné la nécessité de considérer le secteur privé comme un levier de complémentarité, et non comme une alternative concurrente au réseau public. L'AMC soutient cette approche tant qu'elle vise à renforcer le système public en allégeant la pression sur les structures hospitalières et les cliniques de première ligne. Il est essentiel que toute expansion du rôle du privé respecte ce principe fondamental, garantissant que les coûts des services médicaux restent entièrement assumés par l'État et non par les patients et patientes.

### Miser sur les réformes en cours pour favoriser la rétention des médecins

En mars 2022, le ministre de la Santé, Christian Dubé, présentait un ambitieux plan pour redresser le réseau public de la santé. Intitulé *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*, celui-ci constituait un exercice de planification intéressant sur les changements à opérer afin de rendre le réseau public plus performant pour la population, et plus attractif pour le personnel de la santé. Ce plan contenait d'ailleurs les prémises de plusieurs actions majeures qu'allait entreprendre le gouvernement du Québec par la suite, que l'on pense, par exemple, au décloisonnement des champs de pratique de certaines professions, comme les pharmaciens et pharmaciennes, le développement du dossier numérique et l'accroissement du recours à la télésanté, la réduction du fardeau administratif des médecins, et bien sûr, la mise en place de l'agence Santé Québec.

Toutefois, ces réformes sont encore dans leur phase d'implantation, et leurs effets concrets ne se feront sentir que progressivement. L'agence Santé Québec, bien que lancée officiellement en décembre dernier, n'a pas encore pris totalement le relais opérationnel du réseau de la santé. Les mesures visant à simplifier le travail des médecins, notamment la nouvelle loi réduisant leur fardeau administratif, commencent

à porter leurs fruits et contribuent à améliorer leurs conditions de travail. Nous n'en sommes qu'au début de ce processus, et nous encourageons le gouvernement du Québec à poursuivre dans cette direction. Le chantier du dossier numérique progresse, mais un déploiement à l'échelle du réseau est encore en cours. En somme, bien que des progrès aient été réalisés, ces réformes sont toujours en développement et n'ont pas encore permis de transformer le système dans son ensemble.

Plutôt que d'introduire de nouvelles mesures contraignantes, comme l'obligation imposée aux nouveaux médecins de signer un contrat d'engagement dans le réseau public, il serait plus sage de concentrer les efforts sur la réussite des réformes en cours. L'AMC estime que si ces réformes sont menées à bien, elles pourraient avoir un impact significatif sur la rétention des médecins dans le réseau public. En améliorant les conditions de travail, en simplifiant la gestion administrative et en valorisant la médecine familiale, ces changements pourraient rendre le réseau public plus attrayant à long terme, bien au-delà des cinq années proposées par le projet de loi.

La création de l'agence Santé Québec, qui vise à centraliser et optimiser la gestion du réseau de santé, constitue un levier important pour moderniser l'organisation des soins. Cette agence joue un rôle crucial dans la réorganisation des services, la réduction des délais d'attente et la gestion des ressources humaines, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie des médecins tout en renforçant l'efficacité du réseau. De plus, des initiatives législatives telles que la récente loi qui réduit le fardeau administratif des médecins, et que l'AMC a appuyée en commission parlementaire, sont des mesures concrètes et efficaces pour alléger le quotidien des professionnels et professionnelles de la santé, et devraient être consolidées plutôt que juxtaposées à des obligations coercitives.

L'annonce faite par le ministre de la Santé en janvier 2025 concernant la formation d'un comité expert chargé d'examiner l'organisation des soins en première ligne est une autre mesure intéressante qui se doit d'être relevée, mais qui, encore une fois, n'a pas eu l'occasion de déployer son plein potentiel.

En somme, l'AMC estime qu'en poursuivant ses réformes structurelles visant à améliorer concrètement le quotidien des médecins, à valoriser la médecine familiale et à renforcer les incitatifs positifs, le gouvernement du Québec a l'opportunité de créer un environnement plus attractif pour les professionnels et professionnelles de la santé, et, à terme, de limiter leur exode vers le secteur privé.

En concentrant ses efforts sur l'implantation réussie de ces réformes et en y allouant les ressources nécessaires, le gouvernement pourrait s'attaquer aux causes profondes de cet exode, plutôt que de traiter uniquement ses symptômes, comme le propose le présent projet de loi. Celui-ci, en imposant des mesures coercitives, risque non seulement de nuire à l'image de la profession, mais aussi d'inciter davantage de médecins à quitter le système public. Plutôt que d'adopter des solutions contraignantes,

il serait plus judicieux de poursuivre la mise en œuvre du plan de réformes lancé en 2022 et d’y investir pleinement, afin de garantir une rétention durable des médecins et un accès équitable aux soins pour toute la population.

## Conclusion

Le projet de loi n° 83, bien qu’animé par une volonté d’améliorer l’accessibilité aux soins, repose sur des mesures coercitives qui risquent d’avoir des effets contre-productifs sur la rétention des médecins dans le réseau public. L’imposition d’une obligation de service dans le régime public de cinq ans, la signature d’un contrat contraignant avant la résidence et l’introduction de clauses pénales pourraient dissuader les futurs médecins de s’installer au Québec et favoriser l’exode vers d’autres provinces ou vers le secteur privé dès la fin de leur engagement forcé. Ces mesures, loin d’apporter une solution durable, risquent d’aggraver les tensions dans le système de santé et de nuire à l’attractivité de la profession.

Face à ces constats, l’AMC plaide pour une approche fondée sur des incitatifs positifs et des réformes structurelles durables. La réduction du fardeau administratif, le renforcement des équipes médicales, le développement des campus régionaux et l’adoption de modèles inspirants ayant prouvé leur efficacité constituent des pistes concrètes pour améliorer la rétention des médecins sans avoir recours à des contraintes légales. De même, la complémentarité du secteur privé peut être un levier utile pour soutenir le réseau public, à condition que cela se fasse dans un cadre financé par l’État et garantissant l’accessibilité aux soins pour tous.

L’AMC invite le gouvernement du Québec à privilégier une approche collaborative et incitative dans la réforme du système de santé. Plutôt que d’imposer des obligations rigides, il est essentiel de créer des conditions favorables qui donneront aux médecins le désir de s’engager durablement dans le réseau public. Un dialogue ouvert avec les parties prenantes du secteur médical permettra de bâtir des solutions adaptées aux réalités du terrain et d’assurer un accès équitable aux soins pour l’ensemble de la population québécoise.

Enfin, l’AMC tient à remercier le ministre de la Santé et son équipe ainsi que les membres de la commission parlementaire pour leur ouverture et pour l’occasion qui nous est offerte de faire valoir le point de vue de nos membres. Ce processus de consultation est essentiel pour bâtir ensemble un système de santé public plus fort, plus accessible et mieux adapté aux besoins du Québec.

## Références

---

- <sup>1</sup> Bordeleau, S. *Un nombre record de médecins quittent le système public québécois*. Montréal: Radio Canada; 2024 juill. 23. Accessible ici : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2090472/nombre-record-medecin-pratique-prive-quebec> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>2</sup> La Presse canadienne. *La médecine familiale en hausse comme choix de résidence, malgré 70 postes vacants*. Montréal: Radio Canada; 2024 avr. 27. Accessible ici : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2068226/medecine-familiale-residence-hausse-postes> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>3</sup> Duval, V. *Et si la distribution des postes de médecin en région était plus flexible?* Montréal: Radio Canada; 2024 nov. 24. Accessible ici : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2119981/medecin-famille-penurie-sante-acces-region> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>4</sup> Gamache-Fortin, S. *Médecins spécialistes : beaucoup de postes vacants en région*. Québec: TVA Nouvelles; 2023 oct. 4. Accessible ici : <https://www.tvanouvelles.ca/2023/10/04/medecins-specialistes--beaucoup-de-postes-vacants-en-region> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>5</sup> Gouvernement du Manitoba. *Le gouvernement du Manitoba investit dans un programme pour maintenir en poste les nouveaux médecins de la province*. Winnipeg: Gouvernement du Manitoba; 2025 févr. 8. Accessible ici : <https://news.gov.mb.ca/news/index.fr.html?archive=&item=61877> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>6</sup> Ministère de la santé de l'Ontario. *L'Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales*. Toronto: Ministère de la santé de l'Ontario; 2024 févr. 13. Accessible ici : <https://www.ontario.ca/fr/document/programmes-de-sante-dans-le-nord/lignes-directrices-de-linitiative-de-recrutement-et-de> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>7</sup> Fortin B, Ndoutoumou J, Gbeto J, et al. Impact des mesures incitatives et coercitives sur le lieu de pratique des nouveaux médecins de famille. *Rapports de projets, CIRANO* 2025RP-02. Accessible ici : <https://doi.org/10.54932/QRYJ3343> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>8</sup> Erasmus N. Slaves of the state - medical internship and community service in South Africa. *S Afr Med J*. 2012 Jun. 5;102(8):655-8.
- <sup>9</sup> The Times of India. *Tamil Nadu PG doctors must work in govt hospitals for 2 years: Madras HC*. New Delhi: Times of India; 2020 oct. 7. Accessible ici : <https://timesofindia.indiatimes.com/city/chennai/hc-state-pg-docs-must-work-in-govt-hospitals-for-2-years/articleshow/78521306.cms> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>10</sup> Association médicale canadienne (AMC). *Pourquoi il faut miser sur les équipes de soins de santé primaires au Canada*. Ottawa: L'Association; 2025. Accessible ici : <https://www.cma.ca/fr/nos-objectifs-prioritaires/planification-effectifs-sante/pourquoi-il-faut-miser-equipes-soins-sante-primaires-au-canada> (consulté le 6 févr. 2025).

- 
- <sup>11</sup> L'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO). À propos. Thunder Bay, ON: EMNO; 2024 août. Accessible ici : <https://www.nosm.ca/fr/about/about-nosm/> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>12</sup> Weikle B. *New med school for family doctors aims to help solve the shortage. Can it do so with doctors alone?* Toronto: CBC Radio; 2024 Sep. 21. Accessible ici : <https://www.cbc.ca/radio/whitecoat/family-doctor-medical-school-1.7328500> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>13</sup> Faculté, Réseau, Doctorat en médecine. *Inauguration officielle du pavillon de médecine de Rimouski*. Québec: Université Laval; 2023 mai. 8. Accessible ici : <https://www.fmed.ulaval.ca/nouvelles/detail-dune-nouvelle/inauguration-officielle-du-pavillon-de-medecine-de-rimouski> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>14</sup> Fortin B, Ndoutoumou J, Gbeto J, et al. Attirer les médecins de famille en région ? Oui c'est possible. *Revue PERSPECTIVES, CIRANO* 2025PJ-02. Accessible ici : <https://doi.org/10.54932/AHPP1367> (consulté le 6 févr. 2025).
- <sup>15</sup> Sioui M. *L'Université du Québec veut sa Faculté de médecine*. Québec: Le Devoir; 2024 juin 29. Accessible ici : <https://www.ledevoir.com/societe/education/815738/universite-quebec-veut-faculte-medecine> (consulté le 6 févr. 2025).