CSSS-012M
C.P. PL 83
Loi favorisant exercice médecine
réseau public de la santé
et des services sociaux

Commentaires des facultés de médecine du Québec sur la *Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux*

Mémoire présenté par la

Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec

dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 83

de la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec

10 février 2025

500, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 200
Montréal QC H3A 3C6

T 514 288.8524
info@bci-qc.ca
bci-qc.ca

Table des matières

Sommaire exécutif.....5

Présentation de la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec 6

Commentaires des facultés de médecine 6

Mieux encadrer le système de santé public québécois 7

Mieux encadrer la pratique privée dans le système de santé au Québec 8

Favoriser l'enracinement au Québec des étudiantes et étudiants et des résidentes et résidents en médecine 8

La mobilité des étudiantes et étudiants québécois 9

La formation au Québec de résidentes et de résidents venant des autres provinces 10

Conclusion 11

Sommaire exécutif

Quatre universités québécoises sont dotées d'une faculté de médecine : l'Université Laval, l'Université McGill, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke. Nous jouons un rôle essentiel dans la formation des futurs médecins et dans la pérennité du réseau public de santé au Québec.

Nous, la doyenne et les doyens de ces quatre facultés de médecine appuyons l'objectif du projet de loi n° 83 qui vise à s'attaquer à des facteurs susceptibles de nuire au réseau public de la santé. Cependant, des ajustements ciblés au cadre législatif sont nécessaires pour protéger et renforcer la médecine universitaire, tout en maximisant son impact positif sur le réseau public.

Nous recommandons :

- de travailler avec les quatre facultés de médecine pour mettre en place des incitatifs efficaces dans le but d'attirer les finissantes et finissants vers la pratique dans le secteur public;
- de veiller à ce que Santé Québec détienne un mandat clair pour favoriser la création de stages de formation dans le réseau public afin que les étudiantes et étudiants en médecine et les résidentes et résidents soient exposés à une pratique dans notre réseau public plutôt que dans le secteur privé;
- d'explorer différentes pistes de solutions pour réduire le solde migratoire vers d'autres provinces. Par exemple :
  - à court terme, de collaborer avec les quatre facultés de médecine pour prévoir des exceptions pour les personnes apprenantes qui souhaitent acquérir des connaissances et des compétences qui ne sont pas enseignées au Québec, et ainsi bonifier la qualité des soins prodigués dans le système public de la santé;
  - de créer davantage de postes de résidents dans les spécialités autres que la médecine de famille dès que le contexte le permettra.
- de prévoir des exceptions pour les diplômées et diplômés des facultés de médecine du Québec qui font une résidence ailleurs au Canada;
- de modifier l'article 5 du projet de loi n° 83 de manière que la modification proposée à l'article 464 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux ne s'applique pas aux personnes résidentes en médecine originaires de l'extérieur du Québec, dont la majorité s'établissent au Québec après leur résidence;
- que le gouvernement réfléchisse aux mesures à mettre en place pour limiter le passage des médecins entre les systèmes public et privé.

Ces recommandations visent à renforcer l'attractivité du réseau public et à préserver l'excellence de la médecine universitaire au Québec. Les facultés de médecine se tiennent prêtes à travailler en partenariat avec le gouvernement pour mettre en œuvre des solutions durables et adaptées aux besoins du système de santé.

Présentation de la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec

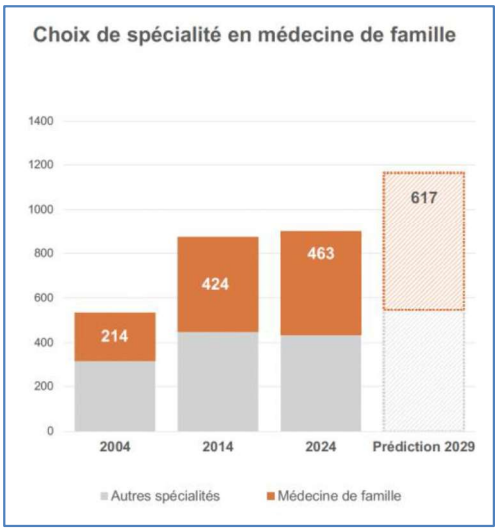
Quatre universités québécoises sont dotées d'une faculté de médecine : l'Université Laval, l'Université McGill, l'Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke.

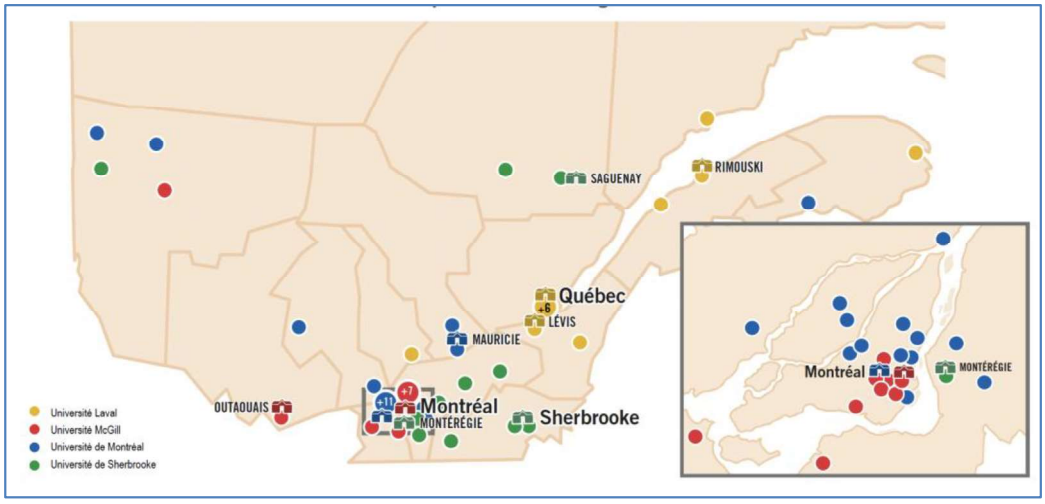
Sous l'égide du Bureau de coopération interuniversitaire (BCI) et de son Comité des affaires médicales (MEDU), la Conférence des doyens des facultés de médecine du Québec (CDFM) regroupe les premiers dirigeants des quatre facultés de médecine québécoises.

Commentaires des facultés de médecine

Les quatre universités québécoises dotées d'une faculté de médecine assurent le développement et l'avancement des connaissances, de la science et de la recherche, dans les domaines de la médecine et d'autres disciplines de la santé. Elles sont les principales responsables de la formation de la relève dans les professions concernées. Elles sont soucieuses d'offrir une formation de la plus haute qualité possible, de s'acquitter de leur responsabilité sociale et de répondre aux besoins de la société qu'elles servent ainsi que des différentes communautés qui la composent.

Depuis sept ans, le gouvernement demande aux quatre facultés de médecine de former davantage de médecins, en particulier des médecins de famille à l'étape de la résidence. Les facultés ont répondu à cette demande avec vigueur. Ainsi, 1 165 apprenantes et apprenants ont commencé leur formation de premier cycle en médecine en août 2024, soit trois fois plus qu'en août 2000. En outre, la proportion de postes d'entrée en résidence en médecine de famille est de 55 %, comparativement à 40 % il y a 25 ans.





De nombreux campus décentralisés ont été créés depuis 20 ans pour répondre à la demande de former davantage de médecins, mais aussi pour exposer plus de personnes apprenantes aux réalités des régions. Actuellement, environ 16 % des étudiantes et étudiants font leur formation dans des campus décentralisés. L'expansion du réseau des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) permet également de former beaucoup plus de résidents en médecine de famille dans les milieux éloignés des grands centres (et par le fait même d'offrir des services aux populations de ces régions).

Lors du dernier processus d'admission en résidence au Canada, 34 % des postes en médecine familiale étaient offerts au Québec, dont le poids démographique n'est pourtant que de 22 %. La proportion des finissantes et finissants des facultés de médecine québécoises qui sont admis en médecine de famille au Québec est bien supérieure à la proportion observée dans les autres provinces canadiennes.

Malgré le fait que les quatre facultés de médecine québécoises forment 42 % plus de médecins qu'il y a 5 ans, l'accès aux soins de santé chez une population vieillissante demeure un enjeu important pour plusieurs raisons : retards dans les listes d'attente depuis la pandémie, plateaux techniques sous-utilisés, facteurs régionaux. Avec le projet de loi n° 83, le gouvernement veut notamment freiner l'exode vers le privé des nouveaux médecins en s'attaquant à certains facteurs susceptibles de nuire au système public, dont la migration vers le privé de 700 médecins sur 22 000.

Le mécanisme retenu dans le projet de loi n° 83 consisterait à imposer aux populations étudiantes et résidentes en médecine, avant le début de leur formation, la signature obligatoire d'un engagement à exercer la médecine dans le système public du Québec à la fin de leur formation. Ce mécanisme vise les personnes qui étudient la médecine au Québec et les personnes qui font leur résidence en médecine au Québec.

Mieux encadrer le système de santé public québécois

Nous affirmons d'entrée de jeu et sans ambages que nous sommes des défenseurs du système de santé public québécois et que nous appuyons sans réserve l'objectif du projet de loi n° 83 visant à le protéger. Nos facultés sont en effet intimement liées au système public, qui est une grande richesse pour le Québec. Sauf exception dans certaines spécialités, les stages de nos étudiantes et étudiants se déroulent dans le système public, et c'est le modèle que nous préconisons. En contribuant à la santé de toutes les Québécoises et de tous les Québécois, le système public et les étudiantes et étudiants en médecine qui y font leurs stages participent à la réalisation d'objectifs de justice sociale et d'équité. Nous réaffirmons

notre volonté de renforcer ce système en encourageant nos apprenantes et apprenants, qu'ils soient étudiants ou résidents, à s'orienter vers la pratique médicale dans le secteur public.

Les soins de santé, au Québec comme ailleurs, sont en constante évolution. Les futurs médecins de même que tous les autres professionnels de la santé doivent recevoir une formation leur permettant de travailler et d'innover dans un réseau de la santé public en transformation. Dans le contexte actuel, où l'on demande aux facultés de médecine de former toujours plus de médecins dans un système de santé en mutation, il est essentiel que tous les acteurs responsables des soins offerts dans le système public collaborent de façon étroite et partagent les mêmes ambitions.

Mieux encadrer la pratique privée dans le système de santé au Québec

La pratique privée dans le système de santé est une réalité complexe sur laquelle il faut se pencher pour trouver des solutions pérennes pour le Québec. Nous constatons que, par exemple, le passage du système public au système privé est plus facile au Québec qu'ailleurs au Canada, autant pour les médecins de famille que pour les autres spécialistes. De plus, les règles actuelles n'empêchent pas un médecin exerçant en cabinet privé de facturer, pour les mêmes services, des montants supérieurs aux montants facturés dans le système public, ce qui rend la pratique privée plus attrayante. Les mesures proposées dans le projet de loi n° 83 n'auront aucune incidence sur ces facteurs ni sur d'autres facteurs qui contribuent à l'exode des médecins vers le secteur privé. Une étude détaillée des causes de l'exode des médecins vers le secteur privé au Québec, ainsi que des mesures efficaces adoptées ailleurs, permettrait au gouvernement de cerner des solutions exhaustives pour s'attaquer à ce défi.

Favoriser l'enracinement au Québec des étudiantes et étudiants et des résidentes et résidents en médecine

En médecine, dès l'externat et par la suite en résidence, la personne apprenante procure des services précieux à la population québécoise. Il améliore entre autres l'accès aux soins le jour et la nuit, la semaine et la fin de semaine. Les populations étudiantes et résidentes prodiguent des soins à des milliers de Québécoises et de Québécois au quotidien. Jusqu'à 80 % de la formation des médecins se déroule dans des environnements cliniques; les médecins sont formés en même temps qu'ils soignent la population. Sans l'apport des personnes apprenantes, le système de soins du Québec ne pourrait tout simplement pas fonctionner. C'est vrai autant pour les étudiantes et étudiants québécois que pour les médecins d'autres provinces qui viennent chez nous compléter leur formation.

Par ailleurs, nous craignons que l'approche proposée par le projet de loi n° 83 ne nuise à l'attractivité du Québec comme lieu de pratique et qu'elle n'augmente les pressions sur un système déjà sous tension.

Les facultés de médecine réitèrent leur ouverture à une collaboration avec le gouvernement. Ensemble, nous pourrons trouver des incitatifs efficaces afin d'attirer davantage de finissantes et de finissants à la pratique au sein du secteur public.

La mobilité des étudiantes et étudiants québécois

Les étudiantes et étudiants québécois que nous formons au premier cycle sont mobiles quand, au moment de recevoir leur diplôme, ils sélectionnent un lieu pour faire leur résidence dans la spécialité qui les intéresse. À l'issue du dernier processus d'admission en résidence, 94 diplômés québécois ont quitté le Québec : 20 ont opté pour la médecine familiale et 74 pour une autre spécialité. Trente diplômés d'autres provinces ont compensé une partie de l'exode en venant recevoir une formation ici, soit 13 en médecine de famille et 17 dans une autre spécialité.

Ce déficit migratoire des résidents en médecine est un problème qui est soulevé chaque année et dont les causes sont complexes. Les sondages réalisés auprès d'étudiantes et d'étudiants qui quittent le Québec nous rappellent que le cadre normatif entourant les choix de résidence (postes limités en spécialité en particulier) et les choix de pratique (plans régionaux d'effectifs médicaux [PREM] et activités médicales particulières [AMP] en médecine familiale et plans d'effectifs médicaux [PEM] dans les autres spécialités) sont des facteurs clés expliquant une bonne partie du bilan migratoire.

Les données suggèrent que si l'apprenante ou l'apprenant fait son premier cycle et sa résidence au Québec, la probabilité qu'il reste au Québec est très élevée. Les étudiantes et étudiants des autres provinces qui viennent faire leur résidence au Québec y restent dans une proportion de 70 %. Les médecins qui s'installent le moins au Québec pour y pratiquer sont ceux qui ont quitté le Québec après leur premier cycle de médecine pour faire leur résidence ailleurs. La très grande majorité d'entre eux font ce choix parce que le Québec ne leur offre pas une place en résidence qui leur permettrait de faire leur formation dans la discipline de leur choix.

En effet, certaines spécialités sont plus contingentées au Québec qu'ailleurs au pays, notamment en raison de la disponibilité de certains plateaux techniques (en cardiologie par exemple). La création de Santé Québec vise à améliorer l'efficacité des soins et pourrait sous peu, nous l'espérons, changer la donne. Nous recommandons d'explorer, dès que le contexte le permettra, la possibilité de pourvoir davantage de postes de résidents dans les spécialités autres que la médecine de famille.

Malgré cela, la planification des effectifs médicaux, par l'entremise notamment des modalités postdoctorales adoptées chaque année par le gouvernement du Québec, donne des résultats : le Québec forme environ 30 % des médecins de famille au Canada alors qu'il a un poids démographique de 22 %. En outre, il faut rappeler qu'il est parfois tout à fait sain et souhaitable que des étudiantes et étudiants effectuent une partie de leur formation hors du Québec pour y acquérir des connaissances et des compétences particulières dont ils pourront faire profiter la population à leur retour. Nous recommandons, à court terme, de prévoir certaines exceptions à cet égard dans le cadre du projet de loi n° 83, notamment pour les diplômés des facultés de médecine québécoises qui font une résidence ailleurs au Canada.

En plus de l'amélioration de l'accès et de l'efficacité promise par Santé Québec, il faudra combler des besoins ponctuels, mais importants, pour des médecins spécialistes en raison de l'ouverture de nouveaux hôpitaux. Compte tenu de ces besoins, il faudrait également ajouter des postes de résidence dans les spécialités, ce qui réduirait le bilan migratoire négatif. Nous sommes cependant conscients que le déficit migratoire concerne aussi un certain nombre d'étudiants qui choisissent une formation en médecine de famille à l'extérieur de la province. Nous devons en ce sens redoubler nos efforts concernant la valorisation et l'attractivité de la pratique de la médecine de famille au Québec et c'est dans cette optique que nous participons pleinement aux activités du Comité de travail ministériel sur les stratégies de promotion de la médecine de famille.

La formation au Québec de résidentes et de résidents venant des autres provinces

Il ne semble pas nécessaire de créer des mesures incitatives pour les apprenantes et apprenants venant des autres provinces qui font leur résidence au Québec. Actuellement, 70 % de ces personnes s'établissent au Québec, et ce sans contrat, dans les disciplines qui sont priorisées par le Québec et en conformité avec la planification des effectifs. Si nous tenons compte du fait que les plus talentueux reçoivent des offres multiples, l'obligation de rester pourrait diminuer significativement l'attractivité, et même la qualité, de nos programmes de résidence. Il est même possible que les postes en spécialités qui ne seront pas pourvus par des apprenantes et apprenants des autres provinces canadiennes le soient par des résidents québécois dont la très vaste majorité aurait choisi la médecine de famille, augmentant d'autant le nombre de places non comblées en médecine de famille.

Les résidents et les nouveaux médecins font souvent leur choix de carrière en fonction du cadre normatif et financier qui les attend. L'annonce d'une nouvelle loi qui restreindrait les choix des résidentes et résidents venant d'une autre province comporterait donc des risques. La trentaine de résidents qui viennent au Québec chaque année, et dont les deux tiers s'installent ici, pourraient tourner le dos à la province, ce qui aggraverait le solde migratoire. Même les discussions actuelles au sujet des intentions du gouvernement du Québec exprimées dans le projet de loi n° 83 auront fort probablement des répercussions sur le processus d'admission en résidence en cours. Pour éviter de nuire au pouvoir d'attraction des facultés québécoises auprès des candidates et candidats de qualité, qui prodigueront des soins à la population québécoise et feront de la recherche de pointe ici, il faut plutôt réduire le solde migratoire négatif en continuant d'offrir l'entrée en résidence aux meilleurs diplômés des autres facultés canadiennes.

Nous recommandons donc de modifier l'article 5 du projet de loi n° 83 de manière que la modification proposée à l'article 464 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* ne s'applique pas aux résidentes et résidents en médecine originaires de l'extérieur du Québec.

Conclusion

Le problème que nous vivons dans le système public, nous le vivons maintenant. Les solutions doivent être immédiates et non pas s'inscrire dans un horizon temporel lointain. Les retombées des mesures portées par le projet de loi n° 83 ne se feront probablement pas ressentir à court terme, mais plutôt à moyen ou long terme. En revanche, les effets pervers et indésirables se feront sentir tout de suite. Pensons à la détérioration du bilan migratoire négatif au moment de l'entrée en résidence et à la désaffection de la médecine de famille. Nous devons miser sur des mesures qui nous permettront d'obtenir des résultats concrets en peu de temps.

En améliorant l'accès aux cliniques externes, en augmentant le nombre d'infirmières et en améliorant l'accès aux plateaux techniques, bref avec une médecine plus efficiente, Santé Québec permettra à plus de médecins de mieux servir la population, ce qui aura pour effet de réduire l'exode vers le privé de certains groupes.

Tout ce que les facultés de médecine ont mis en place pour soutenir le système public et répondre aux besoins en médecins, elles continuent à le faire avec des projets innovateurs. Si le gouvernement souhaite des résultats immédiats, nous recommandons qu'il mise sur ses quatre facultés de médecine et crée davantage d'incitatifs à une formation qui se fera exclusivement dans le système public.

Nous souscrivons également à l'idée d'un pacte social entre les facultés de médecine, les médecins que nos facultés forment et la société québécoise. Une telle vision, qui n'est ni plus ni moins qu'un projet de société, mérite d'être explorée et les facultés sont très certainement disposées à participer à la réflexion.

Nous croyons fermement que nos recommandations permettront d'orienter les efforts vers des voies plus prometteuses. À cet égard, nous offrons toute notre collaboration au ministre de la Santé et à la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux pour poursuivre les discussions afin de trouver d'autres solutions qui pourraient avoir des retombées positives importantes sur l'avenir de notre système de santé public au Québec.