

CSSS-008M

C.P. PL 83

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



MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI N° 83

Loi favorisant l'exercice de la médecine
au sein du réseau public de la santé et des services
sociaux

Dr Patrice Levasseur-Fortin
Dr Maxime Morin-Lavoie
Dr Guillaume Roy

TABLE DES MATIÈRES

À Propos	2
INTRODUCTION	3
DE TRÈS NOMBREUSES CONTRAINTES DÉJÀ PRÉSENTES POUR LES MÉDECINS DU QUÉBEC	4
OBLIGATION DE TRAVAILLER AU SEIN DU RÉSEAU PUBLIC À LA FIN DE SES ÉTUDES .5	
COMPARAISON AVEC LES ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE.....	6
COÛTS DES ÉTUDES EN MÉDECINE.....	8
OBLIGATION DE TRAVAILLER AU QUÉBEC À LA FIN DES ÉTUDES MÉDICALES	9
LES IMPACTS SUR LA MIGRATION DES FUTURS MÉDECINS	9
INIQUITÉ INTERPROVINCIALE	11
LA SITUATION DU NOUVEAU-BRUNSWICK.....	11
CONSTITUTIONNALITÉ DE CETTE MESURE	13
CONCLUSION.....	14
RECOMMANDATIONS.....	16
COORDONNÉES	16

À Propos

Dr Patrice Levasseur-Fortin

est détenteur d'un baccalauréat en soins infirmiers et a poursuivi des études au doctorat en pharmacie avant de devenir un pédiatre engagé dans la gouvernance et la représentation médicale. Ancien président de la Fédération Médicale Étudiante du Québec (FMEQ), il a renforcé la représentation étudiante aux niveaux provincial et national en collaborant avec l'Association Médicale Canadienne et le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. À la tête de l'AÉÉMUM-Mauricie, il a modernisé les infrastructures numériques pour les étudiants en médecine et mis en place des protocoles pour les examens informatisés. Son implication s'étend à plusieurs comités nationaux, dont le CaRMS, l'Association des Facultés de Médecine du Canada et la Table de concertation des effectifs médicaux québécois. Lauréat du Prix Thérèse Côté-Boileau pour son leadership en pédiatrie, il continue de contribuer à l'évolution des soins et de la formation médicale au Québec.

Dr Maxime Morin-Lavoie

est un médecin résident en formation spécialisée en pneumologie à l'Université de Sherbrooke, reconnu pour son engagement en leadership et en représentation médicale. Ancien président de l'Association des médecins résidents de Sherbrooke et de la FMEQ, il a joué un rôle clé dans l'amélioration des conditions de formation et la défense des intérêts des résidents et étudiants en médecine. Son implication au sein de diverses instances, dont le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) et le Conseil médical du Canada, témoigne de sa volonté d'influencer positivement le système de santé et la formation médicale au Québec et au Canada. Engagé dans la gouvernance et la planification des effectifs médicaux, il met son expertise et son leadership au service d'une médecine plus équitable et efficiente.

Dr Guillaume Roy

est un médecin résident en oncologie médicale, engagé dans la gouvernance et la représentation médicale. Ancien président de l'Association des étudiants en médecine de l'Université de Montréal (AÉÉMUM), il a défendu les intérêts des étudiants auprès des instances universitaires et académiques, contribuant à l'amélioration des conditions de formation en médecine. Ancien délégué aux affaires pédagogiques de la FMEQ, il a représenté les étudiants en médecine auprès des élus provinciaux et fédéraux et a mené de nombreuses activités de sensibilisation sur les enjeux de santé publique et sur la planification des effectifs médicaux. Son engagement s'est étendu à plusieurs comités nationaux, dont la Table de concertation des effectifs médicaux du Québec. Impliqué dans l'enseignement et en formation médicale, il continue de contribuer à l'évolution du système de santé québécois et à l'encadrement de la relève médicale.

INTRODUCTION

Le 3 décembre 2024, le ministre de la Santé et des Services Sociaux, M. Christian Dubé, a présenté 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*. Ce projet de loi est l'aboutissement d'une frustration collective de longue date envers les lacunes du système de santé public québécois. Dans le débat public, la profession médicale est souvent pointée du doigt pour les problèmes qu'éprouve le réseau de la santé et ce projet de loi se veut un geste du gouvernement pour forcer l'ensemble des nouveaux médecins à pratiquer dans le régime public québécois.

Nous reconnaissons que le régime public est essentiel à notre réseau de la santé et que toutes les interventions pour renforcer notre système de santé doivent se faire en améliorant notre couverture publique. Cependant, nous sommes préoccupés par les implications majeures qu'auront les mesures proposées par le projet de loi n° 83 sur l'avenir professionnel et personnel des futurs étudiants et résidents en médecine de la province. En tant qu'anciens leaders étudiants ayant travaillé de près avec les instances décisionnelles impliquées dans la formation médicale et la gestion du système de santé, nous sommes à même de comprendre à la fois la réalité des étudiants et résidents en médecine, mais également les impératifs du réseau de la santé dans lequel nous travaillons quotidiennement depuis plusieurs années. C'est pourquoi nous souhaitons vous partager nos impressions sur le projet de loi n° 83 et nos suggestions visant son amélioration.

Nous tenons à souligner que les positions adoptées dans ce document sont les nôtres à titre personnel et ne reflètent d'aucune façon la vision de nos associations médicales, syndicats, établissements d'enseignement et établissements hospitaliers.

DE TRÈS NOMBREUSES CONTRAINTES DÉJÀ PRÉSENTES POUR LES MÉDECINS DU QUÉBEC

Avant toute chose, il importe de rappeler à quel point le gouvernement a déjà un immense contrôle sur le parcours d'un étudiant en médecine. Tout d'abord, c'est le gouvernement qui statue du nombre annuel d'admissions en médecine dans la province. Dans la dernière année des études médicales (sur un total de quatre à cinq ans selon les universités), l'étudiant en médecine doit passer à travers un processus complexe de demande d'admission dans l'une des 60 spécialités médicales reconnues par le Collège des médecins du Québec¹. Encore une fois, c'est le gouvernement provincial qui détermine le nombre de postes en résidence disponible à chaque année dans chacune de ces 60 spécialités. Il faut également souligner que le processus d'attribution d'une résidence se fait via un organisme pancanadien, le Canadian Residency Matching System (CaRMS), qui permet une libre circulation des étudiants entre les 17 facultés de médecine canadiennes quant au choix de résidence. Selon les données fournies par le CaRMS pour l'année 2024, plus de 45% des finissants des facultés québécoises n'ont pas obtenu leur premier choix de programme de résidence². À la fin de la résidence, les futurs médecins doivent par la suite se trouver un poste pour pratiquer la médecine dans le réseau public, les postes étant attribués selon les Plans (régionaux) d'effectifs médicaux (ci-après appelés PREM pour la médecine familiale et PEM pour les autres spécialités médicales) qui sont eux aussi déterminés par le gouvernement. On remarque donc que le gouvernement du Québec a déjà un contrôle très significatif sur toutes les étapes clés de la formation des médecins québécois, alors que plusieurs ne peuvent pratiquer la spécialité de leur choix ou travailler dans la région ou l'établissement qu'ils désirent par faute de contrainte gouvernementale. Nous reconnaissons que ces contraintes sont essentielles pour permettre une distribution équitable à la fois entre les différentes spécialités et les différentes régions de la province, mais elles doivent être prises en considération comme témoignant du fait que les futurs médecins font déjà face à de nombreuses contraintes qui limitent leur liberté de pratique. De telles limitations ne se retrouvent dans aucune autre profession œuvrant au sein de l'appareil de santé et de services sociaux offerts par le gouvernement.

¹ *Les spécialités* | Collège des médecins du Québec. (s. d.). Consulté 4 décembre 2024, à l'adresse <https://www.cmq.org/fr/pratiquer-la-medecine/pratique-medicale/specialites>

² « Tableau 15 : Résultats des DCM par 1er choix et choix inférieurs par faculté d'obtention du diplôme ». Consulté le 6 décembre 2024, à l'adresse https://www.carms.ca/wp-content/uploads/2024/10/2024_r1_tbl15f.pdf

OBLIGATION DE TRAVAILLER AU SEIN DU RÉSEAU PUBLIC À LA FIN DE SES ÉTUDES

Le projet de loi n° 83 comporte comme mesure phare une obligation de prodiguer des soins au sein du régime public durant ses cinq premières années de pratique. Même si nous sommes entièrement d'accord avec le gouvernement sur l'importance d'avoir un système public de santé fort, la solution coercitive nous semble exagérée alors même qu'un réel effort d'identifier les raisons amenant les médecins à pratiquer au privé ne semble pas avoir été fait.

Paradoxalement, Québec élargit l'éventail de chirurgies remboursées auprès des centres médicaux spécialisés³ afin d'améliorer l'offre de service et diminuer le rattrapage des listes d'attente en chirurgie. Cette initiative est le symptôme bien réel d'un enjeu de taille : l'accès à des plateaux techniques chirurgicaux dans le système public est très limité par manque de ressources humaines et matérielles. Obliger les nouveaux médecins à pratiquer uniquement dans le système public les privera d'accès à ces plateaux techniques. Pour certains spécialistes, comme les ophtalmologistes, l'accès à ces plateaux se fait majoritairement par le privé, et ce, même durant leur formation. La prémisse du projet de loi n° 83 est que le gouvernement finance en grande partie les études des médecins ; or, il serait dommage de former pendant 10 ans un ophtalmologiste qui ne pourra pas mettre pleinement en pratique ses compétences pendant ses cinq premières années de pratique, avec le risque de perdre ces compétences.

Dans un même ordre d'idée, un autre enjeu lié à l'utilisation du secteur privé est qu'elle ne limite pas seulement les contribuables québécois de l'accès à un médecin spécialiste, mais également d'un nombre considérable de professionnels essentiels au bon fonctionnement du milieu hospitalier, tels que les infirmières, les inhalothérapeutes, les adjointes administratives et autres. Les conditions de travail attrayantes et les horaires flexibles offerts au privé rivalisent fortement avec les conditions au public, ce qui engendre cette mobilité de personnel soignant. Pendant ce temps, plusieurs hôpitaux se voient contraints de fermer certains services faute d'infirmières, d'inhalothérapeutes ou de préposés aux bénéficiaires. En ce sens, augmenter l'attractivité du système public auprès des travailleurs semble une meilleure option que d'encourager un système privé qui

³ *Pour un meilleur accès—Plus de Québécois bénéficieront gratuitement de chirurgies dans les centres médicaux spécialisés.* (s. d.). Gouvernement du Québec. Consulté le 12 janvier 2025, à l'adresse <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pour-un-meilleur-acces-plus-de-quebecois-beneficieront-gratuitement-de-chirurgies-dans-les-centres-medicaux-specialises-59954>

nous dépouille du personnel essentiel au bon fonctionnement d'un système public fort. À quoi bon forcer les médecins à pratiquer au public s'ils sont limités par le manque de personnel de soutien essentiel à la réalisation de leurs tâches?

COMPARAISON AVEC LES ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE

Afin de tracer un parallèle avec la profession médicale, les études pour devenir psychologue seront utilisées à titre de comparatif pour illustrer l'iniquité du projet de loi n° 83. Nous utiliserons cet exemple puisque tout comme la médecine, on assiste dans les dernières années à un grand exode de ce corps de métier du public vers le secteur privé, et ce, malgré les besoins croissants en soins de santé mentale dans toutes les sphères du système de santé.

La profession de psychologue exige une formation universitaire extensive et exigeante constituée, dans le cas d'un parcours standard, de deux ans d'études collégiales pré-universitaires suivis d'un baccalauréat de trois ans en plus d'un doctorat d'une durée variable de quatre à six ans, pour un total pouvant aller jusqu'à neuf ans de formation universitaire⁴. Ces études, largement financées par l'État, représentent une somme considérable lorsqu'on prend en compte que la majeure partie des du financement nécessaire à la formation des psychologues provient des fonds publics. Comme plusieurs domaines du milieu de la santé, ces professionnels sont essentiels à bien des égards pour la prise en charge de multiples conditions de santé mentale, particulièrement dans le contexte où on assiste à une exacerbation des troubles de l'humeur, de l'anxiété et des troubles d'apprentissage, pour n'en citer que quelques-uns.

Depuis plusieurs années, de nombreux organismes sonnent l'alarme concernant l'exode des psychologues vers le privé⁵ dont l'ordre des psychologues du Québec. En effet, selon les chiffres du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), près de 40 % des psychologues quittent le réseau de santé au profit du privé dans les cinq premières années de pratique⁶ (sans compter ceux qui pratiquent au privé dès le début de leur carrière). Une situation préoccupante quand on considère que près de 30 à 40 % des consultations en médecine de

⁴ *Doctorat en psychologie (D.Ps. Et Ph.D.-RI)*—Faculté des lettres et sciences humaines—Université de Sherbrooke. (s. d.). Université de Sherbrooke. Consulté le 9 décembre 2024, à l'adresse <https://www.usherbrooke.ca/flsh/etudes/programmes/3e-cycle/doctorats/doctorat-en-psychologie-dps-et-phd-ri>

⁵ Legault Thuot, C. (10 octobre 2023). *COMMUNIQUÉ | Crise en santé mentale : Le cercle vicieux du marché de la psychothérapie*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/communiques/crise-sante-mentale/>

⁶ Villeneuve, F. (8 décembre 2024). « Par dépit », *les psychologues quittent de plus en plus le réseau public* | *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2125228/psychologues-public-demission-sante-mentale>

première ligne sont en lien avec des problématiques de santé mentale selon l'OPQ⁷, particulièrement depuis la pandémie de COVID-19. Bien que les besoins en santé mentale augmentent, le nombre de psychologues dans le réseau public diminue de façon considérable. Depuis 2010, le nombre de psychologues du réseau public s'est vu diminué d'environ 400, passant de 2500 à 2100, alors que la commission de la santé mentale estimait à 20 % la proportion des Canadiens vivant avec des troubles de santé mentale. Ce déséquilibre engendre plusieurs iniquités dans la prise en charge de ces conditions, notamment un manque d'accès en première ligne pour les populations moins nanties n'ayant pas d'assurance privé. Les patients se voient souvent dans l'obligation d'engorger les urgences et les services de première ligne faute de ressources disponibles.

Alors qu'environ un psychologue sur deux pratique au privé⁸ et que la crise de la santé mentale atteint un niveau sans précédent, le gouvernement n'a entrepris aucune action coercitive pour obliger les diplômés du doctorat en psychologie à pratiquer dans le système public. Il s'agit ici d'un exemple qui vise à mettre en évidence les contradictions évidentes et les iniquités qu'engendreraient le projet de loi n° 83 en forçant les étudiants en médecine à pratiquer au public. Bien qu'il soit important de ne pas nier l'ampleur du problème de l'exode du réseau public pour une pratique privée en médecine, il semble que le projet de loi n° 83 applique le principe de deux poids deux mesures pour les étudiants en médecine qui se verraient imposer des mesures coercitives alors que d'autres professions en demande dans le réseau se verraient épargner de ce genre de contrainte malgré les besoins populationnels en augmentation.

Tout ceci est à prendre en considération dans le contexte où les médecins, particulièrement les omnipraticiens, deviennent les dispensateurs de soins par défaut pour certains problèmes de santé, surtout en santé mentale et musculosquelettique, non pas parce qu'ils sont les plus habiletés à le faire, mais parce qu'ils sont la seule ressource accessible sans frais pour les patients. On ne peut qu'imaginer le nombre significatif de consultations que les médecins de famille auraient à faire en moins si les services de psychologie, de physiothérapie et d'ergothérapie étaient facilement accessibles au public. Les données du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) disponibles sur le tableau de bord du MSSS semblent aller dans ce sens : parmi toutes les demandes

⁷ Couturier, C. (13 février 2021). Le trop difficile accès à un psychologue. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/594966/le-trop-difficile-acces-a-un-psychologue>

⁸ Couturier, E.-L. (10 octobre 2023). *Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec et ses remèdes*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/crise-sante-mentale/>

reçues, plus de 50% peuvent être réglées sans rendez-vous médical⁹. Peut-être même que cette implication plus marquée des autres professionnels dans le réseau de santé publique est la solution pour permettre aux médecins de famille de prendre en charge davantage de patients et de régler les problèmes d'accès à la première ligne.

COÛTS DES ÉTUDES EN MÉDECINE

Les coûts de formation d'un médecin sont difficiles à estimer par la nature même de la formation médicale. En effet, jusqu'à la moitié de la formation médicale se fait pendant la résidence (2-6 ans) selon le type de spécialité choisie. Le médecin résident porte plusieurs chapeaux : le travailleur, l'apprenant et l'enseignant. En effet, ce dernier sera amené à superviser des étudiants et des collègues moins avancés dans leur formation ainsi qu'à offrir des soins de santé à la population québécoise dans le réseau public. Ces deux services sont rémunérés via un salaire octroyé par le gouvernement. En contrepartie, le médecin résident est considéré comme un employé de l'État, est soumis à la *Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux* et est protégé par une convention collective. Il est à noter que le travail d'un médecin résident contribue significativement à l'offre de services en soins de santé au Québec. Par exemple, plusieurs services en centre universitaire, tels que les consultations spécialisées à l'urgence ou la prise en charge des soins intensifs, fonctionnent presque exclusivement avec des médecins résidents durant la nuit. Nous sommes d'avis, sans minimiser la contribution de la société à notre formation, qu'il ne faut pas insérer le salaire des résidents, variant de 49 258 \$ à 74 758 \$¹⁰ annuellement, dans la facture totale. Le médecin résident retournera une partie de ce montant en impôts et en frais de scolarité, et ce salaire est une reconnaissance du travail qu'il exerce au quotidien dans le système de santé québécois au même titre que tous les autres professionnels de la santé. On ne peut exiger d'un pharmacien ou d'un infirmier qui travaille au public depuis cinq ans qu'il demeure dans le système public sous prétexte que le gouvernement lui a versé cinq ans de salaire. Il nous apparaît donc évident que le salaire des résidents ne devrait pas être pris en compte dans le coût de la formation médicale.

⁹ *Performance du réseau de la santé et des services sociaux*. (s. d.). Gouvernement du Québec. Consulté 29 janvier 2025, à l'adresse <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/performance-reseau-sante-services-sociaux>

¹⁰ Échelles salariales. (s. d.). *FMRQ*. Consulté 22 janvier 2025, à l'adresse <https://fmrq.qc.ca/entente-collective/echelle-salariale-et-primas/echelles-salariales/>

Nous estimons que l'argument du coût de la formation médicale ne saurait, à lui seul, justifier l'imposition des exigences prévues par le projet de loi n° 83 aux futurs médecins. Étant donné que seules des universités publiques offrent un programme de formation médicale au Québec, tout citoyen aspirant à étudier la médecine au Québec se trouverait contraint à se conformer aux dispositions de ce projet de loi, sans alternative possible. L'absence de choix imposée par ce projet de loi pourrait inciter davantage d'étudiants à poursuivre une partie de leurs études médicales hors-Québec, entraînant ainsi une perte d'effectifs potentiels pour notre système de santé durant leur formation. Ces étudiants, formés ailleurs, pourraient ne jamais revenir exercer au Québec, ce qui aggraverait la pénurie de main-d'œuvre médicale et compromettrait l'accessibilité aux soins. Il est donc essentiel de repenser les modalités du projet de loi n° 83 afin de garantir un équilibre entre les impératifs de financement public et la liberté de choix des étudiants en médecine, dans une perspective d'optimisation de l'offre de soins au sein de la province.

OBLIGATION DE TRAVAILLER AU QUÉBEC À LA FIN DES ÉTUDES MÉDICALES

L'un des éléments du projet de loi n° 83 qui semble avoir causé moins de discussions dans le débat public est l'obligation de travailler au Québec à la fin des études médicales. Cette mesure semble pourtant causer encore davantage d'atteinte aux libertés individuelles que l'obligation de travailler dans le système public.

LES IMPACTS SUR LA MIGRATION DES FUTURS MÉDECINS

La formation en médecine comporte des jalons clés pouvant entraîner de la mobilité étudiante. Comme mentionné précédemment, le jumelage à la résidence se veut un processus pancanadien via le service de jumelage à la résidence du Canada (CaRMS). Les étudiants en médecine peuvent donc choisir de postuler dans les programmes de résidence des 17 facultés de médecine canadiennes tandis que certains iront effectuer leur résidence aux États-Unis. Il y a donc une libre circulation interprovinciale, des candidats du reste du Canada venant travailler au Québec et des étudiants québécois quittant la province pour être formés ailleurs.

Dans les dernières années, le bilan migratoire est négatif pour le Québec. En 2024, sur les 929 étudiants en médecine québécois ayant obtenu un poste en résidence, 107 d'entre eux l'ont obtenu à l'extérieur du Québec, soit 11 % de l'ensemble des étudiants en médecine. À l'inverse, seulement 28 étudiants en médecine hors-Québec ont obtenu un poste en résidence dans notre province, résultant en un bilan migratoire négatif de 79 personnes. Cette situation est influencée par plusieurs facteurs :

- La barrière linguistique que constitue la langue française empêche plusieurs étudiants du Canada anglais de postuler auprès des programmes de résidence québécois, alors que davantage d'étudiants en médecine du Québec ont un niveau de connaissance de l'anglais leur permettant de postuler dans l'ensemble du pays ;
- L'absence de programme de formation au Québec dans certaines spécialités (médecine de la douleur, pharmacologie clinique et toxicologie, ...) oblige ceux souhaitant exercer cette spécialité à effectuer leur résidence dans une autre province ;
- Le contingentement des postes d'une spécialité désirée incite les étudiants à postuler à des universités hors-Québec pour s'assurer d'être sélectionné dans cette spécialité ;
- Le faible attrait de la médecine familiale par les étudiants en médecine les amène à privilégier une résidence dans une autre province plutôt que de poursuivre leur parcours en tant que médecin de famille au Québec. En 2024, parmi les 87 postes vacants au Canada après les deux tours du jumelage, 71 étaient au Québec et tous ces postes sauf un étaient en médecine familiale.

Au-delà de la résidence hors-Québec, les limitations déjà existantes imposées par le gouvernement du Québec ont un impact majeur sur le retour de ces résidents pour pratiquer au Québec après leur résidence : nous sommes la seule province avec un système de PREM/PEM et d'activités médicales particulières (AMP) qui limitent la liberté de pratique des médecins. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que les résidents formés hors-Québec préfèrent pratiquer dans la province où ils ont été formés s'ils ont moins de balises limitant leur pratique médicale. Il ne faut également pas oublier que la période de la résidence peut être ponctuée d'impondérables de la vie (mariage, création d'une famille, maladie, etc.), ce qui peut amener les futurs médecins à changer leur plan de vie et décider de demeurer dans la province où ils sont établis pour leur résidence. Nous avons donc de sérieuses préoccupations sur l'impact du projet de loi n° 83 sur le bilan migratoire, comme encore plus d'étudiants pourraient décider de poursuivre leur résidence hors-Québec pour échapper aux mesures proposées ; pire encore, certains étudiants québécois pourraient décider d'effectuer l'ensemble de leur cursus médical hors-Québec si les contraintes évoquées par le projet de loi n° 83 sont applicables dès le début de la formation médicale.

Dans certains domaines de pointe, tels que les surspécialités pédiatriques, les lieux de pratique sont extrêmement restreints. En effet, seulement quatre centres au Québec offrent des soins et des plateaux techniques spécialisés adaptés aux moins de 18 ans. Ne faisant pas exception à la règle, le processus d'attribution des postes en résidence et de spécialiste est balisé par le MSSS. Pourtant certains candidats

québécois se voient contraints de postuler à l'extérieur de la province, en tant que résidents ou surspécialistes, faute de postes disponibles au Québec. Malgré leur intention de rester ici, ces futurs spécialistes pédiatriques n'ont d'autre choix que de s'exiler hors du Québec pour leur résidence, et ultimement pour leur emploi comme il n'y a pas d'offre dans la province. Selon les modalités actuelles du projet de loi, ces derniers se verront pénalisés s'ils choisissent de pratiquer hors de la province, malgré le fait que cette situation soit imposée par le MSSS lui-même. Selon nous, il semble déraisonnable d'appliquer des pénalités à ces résidents qui n'ont d'autre choix que de quitter le Québec, étant donné que le gouvernement ne leur offre pas d'option pour pratiquer dans leurs champs d'expertise dans la province.

INIQUITÉ INTERPROVINCIALE

Comme expliqué précédemment, le jumelage à la résidence se fait de manière centralisée via le CaRMS pour l'ensemble des 17 facultés de médecine du pays. La prémisse de ce système est que l'ensemble des étudiants en médecine du Canada ont la possibilité de postuler à n'importe quelle faculté de médecine canadienne de leur choix. Si les individus effectuant leur résidence au Québec se voient imposer de travailler au Québec pour une durée minimale à la fin de leurs études, cela causera assurément une iniquité par rapport aux autres provinces. En effet, alors que la libre circulation des gradués est permise dans le régime actuel, le Québec pourrait récupérer une partie de ses ressortissants ayant fait leurs études médicales ou leur résidence hors-Québec, tandis que les autres provinces n'auraient pas la possibilité de recruter leurs ressortissants ayant fait une partie de leur parcours médical au Québec. Il en résulterait fort probablement que les étudiants en médecine du reste du Canada ne postuleraient pas à des postes de résidence québécois, de peur d'être dans l'obligation d'y travailler à la fin de leurs études. En 2024, c'étaient 28 étudiants d'autres provinces (excluant ceux ayant fait leur médecine au campus de Moncton affilié à l'Université de Sherbrooke) qui ont été jumelés à un programme de résidence du Québec ; on peut imaginer qu'une proportion significative de ces 28 futurs médecins auraient décidé de ne pas postuler au Québec si cette acceptation à la résidence avait été accompagnée de conditions pénales quant à leurs premières années de pratique.

LA SITUATION DU NOUVEAU-BRUNSWICK

La province du Nouveau-Brunswick se trouve dans une situation fort particulière en termes de formation médicale, présentant une dépendance importante envers le Québec pour l'éducation des futurs médecins francophones de la province. En effet, aucune université néo-brunswickoise n'offre de programme de médecine. En revanche, l'Université de Sherbrooke possède un campus délocalisé à Moncton, où 28 étudiants

par année peuvent effectuer leur doctorat en médecine grâce à un financement annuel de près de 5 millions de dollars du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail du Nouveau-Brunswick¹¹. Cela dit, peu de programmes de résidence sont offerts dans cette province : la résidence en médecine familiale est offerte au Nouveau-Brunswick, avec 16 postes de résidence à l'UMF du Grand-Moncton affilié à l'Université de Sherbrooke, ainsi qu'à Fredericton (sept postes), Saint-Jean (six postes), Moncton (cinq postes) et Miramichi (deux postes) affiliés à l'Université de Dalhousie et offrant une formation en anglais¹². Pour ce qui est des autres spécialités, on retrouve un programme de psychiatrie à Moncton (deux postes) affilié à l'Université de Sherbrooke, ainsi que le tronc commun de médecine interne à Saint-Jean (quatre postes) et à Moncton (deux postes) dans le programme de l'Université Dalhousie. Les étudiants en médecine du Nouveau-Brunswick n'ont donc d'autre choix que d'effectuer leur résidence au Québec s'ils souhaitent effectuer une autre spécialité médicale que la médecine familiale ou la psychiatrie dans un environnement francophone.

Dans ce contexte, il serait préjudiciable pour le système de santé du Nouveau-Brunswick d'imposer à leurs résidents en spécialité de pratiquer au Québec pendant quelques années avant de pouvoir retourner travailler dans leur province d'origine. Une telle mesure aurait de très fortes chances d'amener les étudiants en médecine à poursuivre leur formation dans les universités anglophones environnantes, nuisant à la francophonie canadienne hors-Québec, dans une province où les francophones perdent continuellement de leur poids démographique. Soulignons que la même problématique serait présente pour tous les étudiants et résidents en médecine francophones des autres provinces canadiennes qui voudraient faire leurs études dans leur langue maternelle au Québec, mais préféreraient passer leur tour par crainte d'être dans l'obligation de travailler au Québec à la fin de leurs études.

Le libellé du projet de loi n° 83 laisse un flou quant à savoir si les étudiants et résidents faisant leur formation au sein d'un programme de l'Université de Sherbrooke à Moncton seraient affectés par la loi. Les articles 5 et 6 du projet de loi n° 83 modifient respectivement les articles 464 et 465 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*. Or, ces deux articles concernent « les programmes de formation postdoctorale » et « les programmes de formation médicale de niveau doctoral », sans mention du lieu physique où ces

¹¹ *L'UdeS formera plus de médecins à son site de Moncton*. (s. d.). Université de Sherbrooke. Consulté 27 décembre 2024, à l'adresse <https://www.usherbrooke.ca/actualites/nouvelles/sante/details/48615>

¹² *Descriptions de programmes—Premier tour*. (s. d.). CaRMS. Consulté le 27 décembre 2024, à l'adresse <https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/descriptions-de-programmes/>

programmes sont prodigués ; l'article 465 fait même explicitement mention des étudiants « de l'extérieur du Québec ». Dans ce contexte et avec ce libellé, les clauses d'obligation de pratiquer au Québec semblent donc davantage rattachées au programme universitaire qu'au lieu de la formation, mettant à risque même les étudiants faisant l'entièreté de leur parcours médical à Moncton d'être soumis à cette obligation de travailler au Québec à la fin de leur formation.

CONSTITUTIONNALITÉ DE CETTE MESURE

Finalement, il faut se questionner sur la légalité d'interdire aux gradués de médecine d'aller pratiquer leur métier dans d'autres provinces canadiennes ou à l'étranger à la fin de leur formation. En effet, l'article 6 de la *Charte canadienne des droits et libertés* défend la liberté de mouvement au Canada en stipulant que tout citoyen canadien a le droit « de gagner [sa] vie dans toute province¹³. » Aucune clause dans la jurisprudence ne semble s'être prononcée sur un cas de figure semblable au projet de loi n° 83. Même si l'article 1 de la Charte permet de brimer un des droits de cette même Charte si la mesure législative est raisonnable et justifiée, est-ce que les décideurs considèrent que les mesures législatives proposées valent la peine de bafouer des droits constitutionnels ?

Lors d'un point de presse donné à l'Assemblée Nationale le 6 novembre dernier, le premier ministre François Legault reconnaissait que d'exiger aux médecins souhaitant quitter le Québec de rembourser leurs frais de scolarité contreviendrait à l'article 15 de la Charte canadienne des droits et libertés¹⁴. La raison évoquée était qu'une telle mesure créerait une discrimination entre les étudiants aisés et les moins nantis. Même si cette mesure n'est pas retrouvée sous cette forme dans le projet de loi n° 83, l'imposition d'une clause pénale assortie au contrat proposé aux articles 5 et 6 représente une pénalité financière similaire à ce que le premier ministre déclarait être inconstitutionnel. Au-delà de la discrimination reliée au statut socio-économique, il importe de se questionner à savoir si d'imposer aux gradués en médecine un employeur unique et une interdiction de travailler à l'extérieur de la province ne crée pas une discrimination par rapport à toutes les autres professions où l'on ne retrouve pas de telles contraintes.

¹³ Charte canadienne des droits et libertés. Partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada. R.U. (1982). c. 11.

¹⁴ *Point de presse de M. François Legault, premier ministre—Assemblée nationale du Québec*. (6 novembre 2024). <https://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-96631.html>

CONCLUSION

Nous reconnaissons que l'accessibilité au réseau public de soins de santé est un enjeu de premier plan dans le Québec actuel. Le manque criant d'accès pour bon nombre de Québécois brime le droit à la santé et est une cause de frustration chronique de la population à la fois contre les décideurs politiques et les professionnels de la santé.

Il n'en demeure pas moins que les cibles du projet de loi n° 83 nous semblent erronées. L'ensemble des mesures proposées semblent peu enclines à apporter une réelle bouffée d'air frais au réseau de la santé, tout en créant deux classes d'étudiant entre ceux qui étudient la médecine et les autres. Dans ce contexte, il importe que nos législateurs se posent sérieusement cette question avant d'adopter le projet de loi n° 83 dans son format actuel : est-ce que ces mesures valent vraiment la peine de brimer des droits fondamentaux ? Vaut-il la peine de s'antagoniser toute la prochaine génération de médecins, qui voudraient potentiellement quitter le réseau public dès que leur période de cinq ans sera complétée ou aller pratiquer dans une autre province, s'ils se jugent trop contrôlés dans la pratique au public ?

La solution repose principalement sur l'augmentation de l'apport complémentaire de tous nos collègues professionnels de la santé. La nouvelle génération de médecins reconnaît très bien que nous ne sommes pas la clé de voûte du système de santé, mais plutôt un élément parmi l'ensemble des professions qui peuvent optimiser la santé et les services sociaux des Québécois. Or, on continue à faire porter aux médecins les responsabilités découlant des autres professionnels qui sont en pénurie dans le réseau public. Le fait que la majorité des consultations en médecine familiale concernent des problèmes d'ordre musculo-squelettique ou de santé mentale, qui seraient bien mieux pris en charge par des physiothérapeutes et des psychologues respectivement, témoigne de cette situation. Une augmentation significative des postes dans le réseau public pour les physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, orthophonistes, nutritionnistes et pharmaciens permettrait assurément de décharger les médecins de responsabilités pour lesquels ils ne sont pas les plus outillés pour plutôt se concentrer sur leur champ d'expertise. Ces changements permettraient, entre autres, aux médecins de famille de prendre davantage de patients en charge et de diminuer le nombre de patients en attente sur le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).

Un autre point primordial à prendre en compte face à ce projet législatif est l'impact de telles mesures sur des étudiants en médecine qui sont à un minimum de six ans, mais pouvant aller jusqu'à 12 ans, de débiter leur pratique médicale. Lorsqu'on est admis au doctorat en médecine, peu de gens peuvent s'imaginer précisément

de quoi aura l'air leur parcours jusqu'à la fin de leur résidence. De plus, les aléas du parcours en médecine peuvent amener plein de surprises, que ce soit en faisant sa résidence dans une autre province et en y faisant sa vie, en vivant des changements au niveau de sa situation familiale ou de son état de santé, ... Bref, il est impossible de prédire au début de ses études médicales ce que l'avenir va nous réserver. Dans ce contexte, il semble déraisonnable d'imposer aux futurs médecins une pratique exclusivement au Québec dans le réseau public si cela leur oblige à faire des sacrifices immenses au niveau de leur vie personnelle, d'autant plus que la formation et la pratique médicale entraînent déjà des contraintes majeures sur la vie des gens qui choisissent cette profession.

Nous croyons fortement en la nécessité d'un réseau de la santé public fort et accessible qui doit être renforcé. Cela dit, nous sommes convaincus que cette amélioration continue du réseau ne doit pas se faire par la coercition des étudiants en médecine et des nouveaux médecins, alors que les mesures proposées dans cette loi ne résulteraient qu'en un impact minime sur l'accessibilité aux soins. La solution repose dans une valorisation du système de santé public pour l'ensemble des professionnels de la santé, tout en respectant les libertés individuelles protégées par nos lois fondamentales.

RECOMMANDATIONS

- Si les législateurs persistent à appliquer des restrictions à la mobilité interprovinciale, que les étudiants en médecine soient exemptés de cette mesure en supprimant l'article 6 du projet de loi ;
- Par souci d'uniformité, comme les articles 5 et 6 laissent au gouvernement la possibilité de déterminer la durée de l'engagement, que la fin de l'article 1 qui dit « pendant cinq ans » soit remplacé par « pour la durée établie lors de la signature de cette entente. »
- Ajouter au projet de loi une interdiction pour les représentants des cliniques privées de faire de la représentation ou de la sollicitation auprès d'étudiants et de résidents en médecine ;
- Augmenter l'embauche de professionnels de la santé non-médecins dans le réseau public, particulièrement les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les psychologues, pour diminuer les tâches déléguées aux médecins par manque d'accès à ces professionnels ;
- Éviter d'utiliser le système privé pour pallier les manquements du système public, surtout en ce qui a trait à l'accès aux plateaux techniques. Dans le cas où il serait impossible de faire autrement et par souci de préserver la compétence des médecins, permettre aux nouveaux médecins d'accéder à ces plateaux techniques et services privés requis par le système public.

COORDONNÉES

Dr Patrice Levasseur-Fortin

Pédiatre – Hôpital de St-Eustache

Patrice.levasseur-fortin.med@ssss.gouv.qc.ca

Dr Maxime Morin-Lavoie

Médecin résident en pneumologie chez l'adulte – Université de Sherbrooke

Maxime.morin-lavoie.med@ssss.gouv.qc.ca

Dr Guillaume Roy

Médecin résident en oncologie médicale – Université de Sherbrooke

Guillaume.roy.med@ssss.gouv.qc.ca