

**MÉMOIRE DE LA  
FÉDÉRATION DES MÉDECINS RÉSIDENT·E·S DU QUÉBEC**

**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***

**Commission de la santé et des services sociaux**

**Le 6 février 2025**



## I- Introduction

La Fédération des médecins résident-e-s du Québec remercie les membres de la Commission de la santé et des services sociaux de lui permettre de faire valoir son point de vue relativement au projet de loi n° 83 – *Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux*.

### La FMRQ

La Fédération des médecins résident-e-s du Québec ([www.fmrq.qc.ca](http://www.fmrq.qc.ca)) regroupe les associations de médecins résident-e-s œuvrant au sein des quatre réseaux de santé universitaires du Québec. Elle regroupe plus de 4 000 membres diplômé-e-s du doctorat en médecine (M.D.) qui offrent des soins directement à la population québécoise dans le cadre d'une résidence où ils et elles se perfectionnent dans l'une des 60 spécialités médicales reconnues au Québec. Cette résidence est d'une durée de deux à sept ans, selon les spécialités.

Les médecins résident-e-s travaillent en moyenne 72 heures par semaine, 48 semaines par année et, selon ce que permet leur entente collective actuelle, ils peuvent travailler jusqu'à 19 journées consécutives de jour, de garde de soir, de nuit et de fin semaine. Tout ce temps passé dans les établissements du Québec explique essentiellement la raison d'être de l'appellation convenue de médecins « résidents ».

À la fin de la résidence, plusieurs poursuivent une formation complémentaire, communément appelée *fellowship*, d'une durée d'une année jusqu'à trois dans certaines spécialités, qui s'ajoute aux années de résidence, et ce, afin généralement de développer une expertise particulièrement pointue permettant ensuite une pratique spécifique de la médecine dans les centres universitaires.

Les médecins résident·e·s œuvrent principalement dans les milieux de soins des établissements de médecine universitaire, mais également dans toutes les régions du Québec à travers les groupes de médecine de famille (les « GMF-U »), les hôpitaux, les CLSC ainsi qu'à domicile. Ils et elles évaluent les patient·e·s, posent des diagnostics, déterminent des plans de traitement, prescrivent des médicaments et pratiquent différentes interventions chirurgicales, des accouchements, bref, ils et elles font tout ce que les médecins en pratique autonome de leur spécialité sont appelé·e·s à faire, le tout selon leur niveau de résidence.

## II- Remarques préliminaires

### ***La FMRQ en faveur d'un réseau public de santé fort, bien financé et attractif***

La FMRQ est résolument en faveur d'un système public de santé qui dispose des ressources matérielles et humaines nécessaires pour offrir des soins de grande qualité à la population québécoise. La FMRQ souhaite un réseau public de santé le plus accessible et efficace possible, un réseau pouvant permettre aux différents groupes professionnels d'y prodiguer des soins et des services de qualité dans un environnement stimulant et qui est suffisamment attractif pour y retenir et y recruter les ressources humaines nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

L'ensemble des médecins résident-e-s du Québec prodiguent des soins à la population au sein du réseau public de santé. Il et elles souhaitent toutes et tous y poursuivre leur pratique après leur résidence, mais dans la mesure où l'on peut leur faire une place.

### ***La nécessaire modernisation du réseau***

Nous avons déjà eu l'occasion d'échanger avec les membres de cette commission quant à l'importance de faire passer notre réseau public de santé dans le XXI<sup>e</sup> siècle, mais ces bons vieux télécopieurs encore utilisés pour la transmission de requêtes médicales dans nos établissements nous rappellent toujours que nous en sommes encore bien loin. En fait, il faut des changements en profondeur qui soient structurants, notamment en termes de technologies de l'information, d'utilisation pertinente de données probantes et d'une meilleure organisation administrative en soutien, notamment, aux équipes de soins au sein du réseau. La création de Santé Québec devait, et doit, être une pièce maîtresse de ces changements essentiels. Seul l'avenir nous dira si ce sera le cas, mais des doutes légitimes ont déjà émergé alors que l'agence qui est chargée de mener ces changements semble plutôt occupée à répondre à des commandes politiques du gouvernement consistant à réduire ses propres ressources humaines et financières. Alors que nous aurions dû donner les moyens à Santé Québec d'investir pour mener à bien une réforme

fondamentale au sein d'un réseau qui nécessite des réinvestissements, on a plutôt choisi la voie inverse en la mandatant pour mener une énième opération gouvernementale de compressions budgétaires. Difficile de donner ainsi un nouveau souffle au réseau alors qu'on y manque déjà d'oxygène. Souhaitons que ce ne soit qu'un faux départ et que le gouvernement donnera réellement à l'agence les moyens d'investir pour améliorer concrètement les services et non pas pour les diminuer alors que l'effet direct sera justement de favoriser encore davantage le développement d'une médecine privée parallèle. Nous demeurons tout de même volontairement optimistes et il le faut, puisque la dernière chose dont notre réseau a besoin serait une démobilisation de ses forces vives qui cesseraient de croire à notre capacité collective de l'améliorer et d'en maintenir la pertinence.

La FMRQ travaille déjà au quotidien à faire avancer différents dossiers de réforme en santé au sein de plusieurs lieux de concertation tels que la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec et la Table nationale de concertation sur la valorisation de la médecine de famille. Nous abordons l'arrivée de Santé Québec comme une étape intéressante pour les années à venir permettant de mobiliser l'ensemble des acteurs et des professionnels en soins du réseau dont font partie, à part entière, les médecins résident·e·s. Mais encore faudrait-il permettre à l'agence de faire son travail en évitant les mesures ponctuelles contre-productives comme le propose, à nos yeux, le projet de loi n° 83 à l'étude par la commission.

### ***Le projet de loi n° 83, un « OVNI » législatif sorti de nulle part***

C'est justement au moment de l'entrée en scène officielle de Santé Québec, l'automne dernier, qu'est apparu dans le ciel politique cet OVNI qu'est le projet de loi n° 83. Une proposition législative qui, avec respect pour ses rédacteurs, semble avoir été préparée rapidement, sans trop de réflexion poussée au préalable. Enrobé dans un argumentaire prétendant vouloir améliorer l'accès aux soins dans le réseau public de santé, ce projet de loi a été lancé la veille d'une nouvelle annonce d'investissements supplémentaires permettant au réseau privé de santé d'offrir une vingtaine de nouveaux actes médicaux assurés par le régime public.

Ainsi, le 3 décembre 2024 à 15 h 28, le ministre de la Santé déclarait vouloir améliorer l'accès au réseau public de santé dans le communiqué de son ministère annonçant le projet de loi n° 83 :

« Notre gouvernement pose les gestes nécessaires pour assurer l'engagement des médecins envers la population et le réseau public. **Nous posons un ensemble de gestes qui permettront d'améliorer l'accès à notre réseau de santé.** »<sup>1</sup>

Pourtant, le lendemain matin, à 7 h, le même ministre annonçait de nouveaux investissements au bénéfice du réseau de cliniques privées « CMS » en affirmant que les réseaux de santé public et privé étaient nécessaires et complémentaires :

« (...) nous travaillons afin de permettre aux patients en attente depuis plusieurs mois d'accéder plus rapidement à une chirurgie, et ce, sans frais. **Nous devons continuer de prioriser les patients en misant sur la complémentarité des réseaux public et privé.** »<sup>2</sup>

Cherchez l'erreur ! La logique gouvernementale ici, comme celle derrière les objectifs déclarés du projet de loi n° 83, ne brille pas par sa cohérence. Cherche-t-on vraiment à freiner le développement du réseau privé de santé ou veut-on en faire une chasse gardée pour les médecins actuellement en pratique ? Si le plan gouvernemental est vraiment de diminuer l'accès au système privé en santé, il faudrait être cohérent et cesser toute aide gouvernementale à son développement. Les actions du gouvernement, au cours des dernières années, ne vont clairement pas dans cette direction, bien au contraire. Ce n'est pas davantage par le projet de loi n° 83 que l'on pourrait y arriver puisque ses effets potentiels sur le nombre de médecins dans le réseau public de santé seraient extrêmement limités.

---

<sup>1</sup> <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pour-un-meilleur-acces-obligation-de-pratique-des-nouveaux-medecins-dans-le-reseau-public-pour-cinq-ans-59941>

<sup>2</sup> <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pour-un-meilleur-acces-plus-de-quebecois-beneficieront-gratuitement-de-chirurgies-dans-les-centres-medicaux-specialises-59954>

### ***Une pénurie de médecins qui n'est pas imputable aux médecins eux-mêmes***

La pénurie de médecins au Québec, qui affecte négativement notre réseau public de santé, n'est pas imputable aux médecins eux-mêmes. Cela résulte plutôt de décisions politiques à courte vue, prises dans les années 1990, qui ont mené à une diminution des admissions en médecine. Rappelons que cela prend une dizaine d'années de formation universitaire pour former un médecin, ce pour quoi il est primordial de bien planifier, longtemps à l'avance, les admissions en médecine et les admissions correspondantes en résidence qui surviennent de quatre à cinq ans plus tard.

### ***Des renforts pour bientôt***

Nous soulignons ici qu'au-delà de nos critiques envers le gouvernement actuel relativement au projet de loi n° 83, c'est grâce à lui que nous pourrons bientôt compter sur plus de médecins formés au Québec. Ces décisions prises dès 2018 et encore plus en 2021 de procéder à des hausses importantes des admissions en médecine, auront pour effet de doter le Québec de presque 660 médecins de plus que ce qui était déjà prévu au cours des prochaines années. D'environ 935 admissions en médecine par année vers 2020, le nombre a été graduellement augmenté jusqu'à près de 1175 annuellement aujourd'hui. Il s'agit d'une hausse annuelle importante de 25% par année en cinq ans. Voilà des exemples de mesures fortes qui ne sont pas anecdotiques et qui commencent déjà à faire sentir leurs effets. Il y a ainsi déjà chaque année, depuis bientôt trois ans, quelques centaines de médecins résident·e·s de plus parmi nos membres chaque année et cela va encore augmenter, à compter de 2026, puisque les cohortes d'étudiant·e·s au doctorat en médecine plus significativement importantes feront leur entrée en résidence. Les besoins en médecins sont bien sûr immenses et ils vont aller en augmentant avec l'effet combiné du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre total de Québécoises et de Québécois et les départs de médecins plus âgés pour la retraite.

Toutefois, la FMRQ souhaite que ces efforts importants de former plus de médecins au Québec ne soient pas mis en péril par des mesures coercitives comme celles proposées dans le projet de loi n° 83, puisque ces mesures pourraient bien avoir un effet contraire aux objectifs déclarés.

### III- Observations générales

Le projet de loi n° 83 propose deux principales mesures :

- 1- La mesure qui a été la plus médiatisée est bien sûr celle comportant l'obligation de travailler dans le secteur public pendant cinq ans pour les futurs médecins en pratique autonome sans la possibilité de poser des actes médicaux assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec dans le secteur privé pendant cette période;
- 2- L'autre principale mesure qui est sans aucun lien avec la question de la pratique médicale dans le secteur privé est celle proposant d'imposer des « contrats » préalables à l'entrée au doctorat en médecine et/ou en résidence qui comporteraient l'obligation, pour les futur-e-s diplômé-e-s, d'exercer la médecine sur le territoire du Québec à la fin de leur formation médicale, sous peine de pénalités financières qui ne sont pas précisées dans le projet de loi. Cette mesure est clairement plus controversée sur le plan juridique que la précédente.

#### ***Un très court projet de loi, mais de potentiels bouleversements majeurs***

Le nombre très limité d'articles du projet de loi n° 83 ne rend pas bien compte des bouleversements majeurs potentiels que renferment ses propositions, en particulier celle visant à obliger les jeunes médecins à pratiquer sur le territoire du Québec à défaut de pénalités financières.

Si la FMRQ n'est en faveur d'aucune de ces deux mesures, précisons que nous partageons l'objectif de renforcer le réseau public de santé en y consacrant les ressources financières et humaines nécessaires. Cependant, la mesure proposée qui instaurerait une sorte de « service civil obligatoire » pour les jeunes médecins ne nous apparaît pas en adéquation avec les objectifs déclarés du projet de loi, au contraire.

***Un projet de loi annoncé un mois d'avance en plein scandale public à la DPJ et au lancement de la renégociation des ententes avec les fédérations médicales***

La préannonce du projet de loi n° 83, l'automne dernier<sup>3</sup>, s'est faite en plein scandale public au sein des centres jeunesse du Québec, un scandale qui a mené notamment à la démission en catastrophe de la directrice nationale de la protection de la Jeunesse (DPJ)<sup>4</sup>. Cette préannonce législative est ainsi survenue un mois avant le dépôt formel du projet de loi. L'argumentaire gouvernemental soutenant ledit projet – avant même qu'on en connaisse les détails exacts – semblait commodément permettre au gouvernement de dévier l'attention du public d'un scandale en cours, et ce, alors que les médias allaient bientôt s'intéresser aux débordements des urgences qui surviennent, malheureusement, chaque fin d'automne au Québec.

Le projet de loi n° 83 a également la singulière particularité d'arriver au moment de la renégociation des ententes de rémunération des médecins. Ce ne serait évidemment pas la première fois que le gouvernement du Québec ferait usage de la technique du bâton et de la carotte comme moyen de négociation avec les fédérations médicales. Pensons au projet de loi n° 11 en février 2022<sup>5</sup>, qui visait spécifiquement les membres de la FMOQ, ou encore à l'inclusion de dispositions liées aux activités médicales particulières (AMP) dans le projet de loi n° 15, l'an dernier, qui visait cette fois les membres de la FMSQ. Le tour de la FMRQ était peut-être venu de goûter à cette « médecine gouvernementale » après plus de deux ans de négociation qui n'ont toujours pas permis le renouvellement de notre entente collective échue depuis 2021 ?

---

<sup>3</sup> <https://www.tvanouvelles.ca/2024/11/03/quebec-veut-forcer-les-nouveaux-medecins-formes-dans-la-province-a-pratiquer-au-public-apres-leurs-etudes>

<sup>4</sup> <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2115521/lionel-carmant-dpj-catherine-lemay-demission>

<sup>5</sup> *Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre*

### ***Des propositions de disparités de traitement visant des jeunes dans une loi du Québec : une première pour l'Assemblée nationale ?***

Si le projet de loi n° 83 devait être adopté comme il est actuellement proposé, il s'agirait probablement d'une malheureuse première historique que l'on introduise de telles disparités de traitement et de telles atteintes à des libertés fondamentales visant des jeunes du Québec par l'intermédiaire de notre Assemblée nationale. Cela constituerait également un énorme précédent visant un groupe social en particulier, les jeunes médecins ici, et ce, sans qu'il n'y ait aucun lien rationnel, ni aucune proportionnalité entre les objectifs déclarés du projet de loi et les bénéfices potentiellement escomptés si les mesures contenues au projet de loi devaient être adoptées. Sans entrer ici dans les détails juridiques, nous soulignons principalement l'enjeu des mesures de limitation géographique d'exercice professionnel contenues notamment aux articles 5 et 6 du projet de loi.

Et si ces mesures – surtout celles liées à la limitation de la mobilité professionnelle – ne s'appliquaient qu'aux jeunes médecins dans un premier temps, pourquoi le gouvernement ne prendrait-il pas le goût ensuite d'user de mesures semblables pour d'autres professionnels de la santé et même pour d'autres groupes de jeunes professionnels ? Cela n'est certainement pas un projet de société stimulant pour les jeunes du Québec. Nous espérons également que cela n'annonce pas une nouvelle orientation gouvernementale de type « utilisateur-payeur » où l'éducation ne serait plus vue comme un investissement social global, mais comme un bien de consommation qui a son prix et qui doit être remboursé par les « clients » que sont les apprenant-e-s du Québec.

### ***Le jour de la marmotte !***

En fait, cela ne serait une première que si l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi n° 83, puisque le projet de loi n° 15, adopté voilà à peine plus d'un an en décembre 2023, contenait des propositions de nature semblable, mais avec des effets discriminatoires potentiels de moindre importance. Nous écrivions d'ailleurs à cette commission, dans notre mémoire sur le PL15 présenté en avril 2023, que :

« (...) nous ne pouvons pas passer sous silence que le projet de loi [le PL15], dans sa forme actuelle, semble, au surplus, vouloir imposer des paramètres aux médecins spécialistes avec la menace, en cas d'impasse, d'en faire payer le prix à la relève médicale. Il n'y a pas d'autre lecture possible de l'inique **article 392 du projet de loi, qui suggère la possibilité d'attacher des conditions de pratique futures à des étudiants en médecine comme condition d'entrée en résidence. Une proposition qui, en plus d'être moralement et légalement douteuse, est à sa face même un échec assuré dans son application.** »

**(...) C'est pourquoi la FMRQ réitère que les mesures de l'article 392, prévoyant d'imposer d'avance des « conditions de travail » à des personnes qui en sont à plusieurs années encore d'occuper les fonctions liées à ces conditions, doivent être retirées, de même que toute autre disposition actuelle ou à venir qui irait dans le sens de faire supporter le fardeau de changements organisationnels envisagés sur les épaules des jeunes médecins.** »

En commission parlementaire, le 19 avril 2023, le ministre de la Santé s'était montré fort étonné de nos inquiétudes à l'effet que le projet de loi n° 15 comportait des « clauses orphelins ». Le ministre nous avait rassurés en se défendant – avec une sincérité sentie – de n'avoir aucune intention d'imposer de telles clauses discriminatoires à la relève médicale. Le ministre nous avait même invités « à respirer par le nez » tellement cette idée était loin de lui et il nous avait alors promis de retirer ces mesures, ce qu'il a effectivement fait par la suite, un geste que la FMRQ a salué publiquement.

Comment alors interpréter, moins de deux ans plus tard, que le même ministre revienne cette fois avec des mesures discriminatoires plus explicites encore dans le projet de loi n° 83 ?

Rappelons à cette commission que les jeunes médecins du Québec ont déjà subi de telles « clauses orphelins » négociées, au milieu des années 1990, entre le gouvernement du Québec et une fédération médicale. Toutefois, ce n'était alors pas l'œuvre de l'Assemblée nationale, mais plutôt celle du gouvernement à titre de partie « patronale » aux tables de négociation. Le gouvernement du Québec avait finalement dû reculer sous les pressions populaires menées par les jeunes médecins et la FMRQ.

***De nouvelles contraintes de la pratique médicale contraires au discours ministériel***

Le ministre de la Santé a souvent souhaité, avec raison, éliminer les contraintes à la pratique de la médecine, notamment en médecine de famille. Nous comprenons donc encore moins la raison d'être des mesures proposées dans le projet de loi n° 83. S'il s'agit de mobiliser davantage les médecins autour des réformes visant à améliorer et à pérenniser le réseau public de santé, nous ne croyons pas que la solution passe par de nouvelles contraintes. Le ministre de la Santé a régulièrement affirmé publiquement qu'il n'était pas en faveur de telles contraintes et il en a d'ailleurs aboli certaines avec l'objectif partagé de rendre, par exemple, la médecine de famille plus attractive auprès de la relève médicale. Nous avons donc été d'autant plus étonnés de voir que le projet de loi n° 83 comporte la pire forme de contrainte qui soit, l'imposition d'un genre de service civil obligatoire, pour les jeunes médecins, assorti de pénalités financières exorbitantes.

Nous tenons à rappeler aux membres de la commission que des mesures malheureuses, mais bien moins néfastes en termes d'impacts sur la relève médicale, ont déjà été mises en place en 2015, pendant l'ère du ministre Barrette, pour limiter géographiquement la pratique pour nos finissant-e-s en médecine de famille<sup>6</sup>. Cette réforme majeure a directement mené la relève médicale à choisir en moins grand nombre la médecine de famille et le nombre de postes de résidence laissés vacants dans cette spécialité a connu une hausse importante, faute d'intéressé-e-s. C'est donc dire qu'au contraire de garantir un meilleur accès de la population à des soins en première ligne comme le promettait le ministre de la Santé de l'époque, ces mesures ont dans les faits sapé tous nos efforts pour valoriser la médecine de famille. Nous soumettons ainsi que le gouvernement est en voie, avec le projet de loi n° 83, de répéter la même erreur. Et ce, alors qu'il a invité tous les partenaires visés, dont la FMRQ, à travailler activement à la valorisation de la médecine de famille depuis un an. Les mesures proposées au projet de loi n° 83 risquent de contrecarrer également nos efforts de recrutement de médecins à l'extérieur du Québec.

---

<sup>6</sup> L'introduction de contraintes de pratique par sous-territoires régionaux appelés les « réseaux locaux de services ou RLS ».

Comme nous l'avons déjà expliqué devant cette commission, malgré la pénurie de médecins, certain·e·s médecins résident·e·s rencontrent déjà parfois des difficultés à se trouver un poste à la fin de leur résidence, et ce, après plus ou moins 10 ans de formation universitaire. Cela peut s'expliquer notamment par la limitation du nombre de postes dans plusieurs spécialités, ou parfois par le manque de ressources limitant la pratique de certaines spécialités au sein du réseau public. Mais également parfois parce les contraignantes règles régissant l'octroi des postes et des AMP, par exemple, en médecine de famille, peuvent limiter le souhait de faire de la prise en charge de patients en première ligne alors que c'est pourtant un besoin criant. Paradoxalement, dans certains cas, le réseau privé permettra une telle pratique et ce, au bénéfice de patient·e·s et même parfois au bénéfice de clientèles plus vulnérables. Le cas de la docteure Marie-Lou Sauvé, rapporté plus tôt cette année dans les médias<sup>7</sup>, est un cas parmi d'autres mais assez révélateur de ces contraintes du réseau public qui poussent des médecins vers la sortie. Pourquoi ne pas travailler à lever ces obstacles plutôt qu'à chercher à un en créer de nouveaux comme avec le projet de loi n° 83 ?

### ***Limiter la pratique médicale privée, mais à moitié***

Le projet de loi à l'étude vise uniquement les soins prodigués dans le secteur privé qui sont assurés par le régime public. Les cas de médecins formés au Québec qui décident de se consacrer à une pratique d'actes médicaux non remboursés par la RAMQ, comme les soins esthétiques, par exemple, ne sont pas visés ici par le gouvernement.

La FMRQ ne propose évidemment pas d'élargir la portée du projet de loi que nous jugeons inutile, illégal et nuisible. Mais le danger demeure, s'il devait être adopté, de tracer la voie pour tout jeune médecin qui ne trouverait malheureusement pas de postes dans le réseau public. Il ne lui resterait plus alors qu'à intégrer le secteur privé pour y donner uniquement des soins non remboursés par la RAMQ.

---

<sup>7</sup> <https://professionsante.ca/je-nai-pas-choisi-le-prive-cest-le-public-qui-ma-exclue-et-mexclut-encore>

Ainsi, un jeune médecin qui ne trouverait pas de poste dans le réseau public pourrait pratiquer sans conséquence dans le réseau privé pour y donner des soins non assurés, alors que son collègue se trouvant dans la même situation serait sévèrement sanctionné s'il cherchait à prodiguer des soins assurés par la Régie alors que ces soins sont bien sûr généralement plus essentiels pour les patient·e·s. Clairement, il y a là une autre incohérence qui sous-tend l'entièreté du projet de loi.

## **IV- Critiques des prémisses sur lesquelles le projet de loi prétend s'appuyer**

### ***De très mauvaises solutions à un problème qui demeure à mieux documenter***

Les représentants du gouvernement qui ont fait la promotion publique du projet de loi cet hiver ont avancé plusieurs faits et chiffres sans réellement les étayer et sans les documenter. Il est donc assez difficile de commenter des affirmations dont les sources ne sont pas communiquées. On a parlé publiquement d'environ 28 cas de médecins en début de pratique qui choisissaient une pratique au privé, puis ensuite d'un possible 50 cas par année. Dans tous les cas, il s'agit d'une réalité malheureuse, mais qui est à mille lieues d'une situation d'exode justifiant des mesures discriminatoires comme celles contenues au projet de loi à l'étude. Rappelons ici que le Québec diplôme près de mille nouveaux médecins chaque année et que le Québec compte plus de 25 000 médecins en incluant les 4000 médecins résident-e-s. Selon les chiffres du gouvernement lui-même, il y aurait actuellement environ 750 médecins en pratique privée. Évidemment que nous souhaitons compter sur maximum de médecins au sein du réseau public de santé – un objectif, encore une fois, que la FMRQ partage pleinement – mais il demeure que le projet de loi n° 83 propose d'imposer des restrictions aux libertés fondamentales et des contraintes de pratique à des milliers de futurs jeunes médecins parce que moins de 3% d'entre eux adopteraient un comportement que l'on voudrait contrer ?

Les raisons de pratiquer au privé pour les quelques cas de médecins de plus qui semblent y pratiquer depuis quelques années sont multiples. Des contraintes administratives limitant la pratique, des horaires défavorables, un manque de ressources et d'infrastructures, une absence de postes ou de plateaux techniques suffisants dans certaines spécialités et surspécialités. Si une infime minorité de jeunes médecins ne poursuivent pas leur carrière au sein du réseau public de santé du Québec chaque année, il vaudrait mieux chercher à en comprendre plus clairement les raisons plutôt que de chercher à imposer de nouvelles conditions de pratique à des milliers de jeunes

médecins. Si certains ont possiblement échoué à se trouver un poste dans le réseau public ou si le réseau public lui-même a échoué à leur faire une place pour y pratiquer selon la spécialité médicale qu'ils ont mis des années à développer, il vaudrait mieux s'activer à rectifier le tir pour réintégrer ces médecins dans le réseau public.

Il y a possiblement des enjeux systémiques liés à certaines spécialités médicales particulières qui pourraient être à revoir au sein du système public afin d'y retenir ou d'y ramener des médecins et cela doit être discuté avec les fédérations médicales concernées, mais en aucun cas l'Assemblée nationale ne devrait ajouter de nouvelles contraintes de pratique qui ne peuvent, à terme, qu'ajouter au problème plutôt que de constituer des solutions.

D'ailleurs, le secteur privé recrute déjà abondamment dans le réseau public chez la plupart des autres professionnels de la santé, dont chez les infirmières. Pour les médecins en particulier, le projet de loi, s'il était adopté, ne risquerait-il pas simplement de changer les pratiques de recrutement du secteur privé en les menant à simplement se tourner davantage vers les médecins déjà en pratique ? Ou, pire encore, vers ceux et celles engagé·e·s dans le réseau public depuis un nombre prescrit d'années qui pourront alors avoir l'impression d'avoir « payé leur dette » en ayant terminé leur « service obligatoire » ? Personne ne souhaite cela, mais ça demeure un risque réel.

### ***Des pouvoirs pourtant déjà existants***

Il n'existe actuellement aucun exode des médecins du Québec vers le réseau privé et si tel était le cas, le gouvernement dispose déjà de pouvoirs clairs lui permettant d'intervenir légalement sans créer de discrimination envers les jeunes ou un autre groupe social.

Les articles 30 et plus précisément 30.1 de la Loi sur l'assurance maladie du Québec permettent déjà au gouvernement d'agir s'il y avait véritablement un exode vers le privé qui menaçait notre régime public :

« 30.1. **Lorsque le ministre estime que la qualité ou la suffisance des services médicaux offerts dans l'ensemble du Québec** ou dans une de ses régions par les professionnels soumis à l'application d'une entente serait affectée par une augmentation du nombre de professionnels non participants exerçant un même genre d'activité, **il peut, par arrêté, suspendre la possibilité pour les professionnels soumis à l'application d'une entente de devenir des professionnels non participants et d'exercer ce même genre d'activité** dans l'ensemble du Québec ou dans une de ses régions.

L'arrêté du ministre indique la durée de la suspension, le genre d'activité et la région visés ainsi que la date d'entrée en vigueur de la suspension, laquelle peut être antérieure à la date de la prise de l'arrêté pour une période maximale de 30 jours. Le ministre rend public immédiatement cet arrêté, lequel doit en outre être publié à la Gazette officielle du Québec.

**La période de suspension ne peut excéder deux ans. Si le ministre l'estime nécessaire, il peut la prolonger** suivant les mêmes modalités, pourvu que la durée de chaque prolongation n'excède pas deux ans.

Est nul tout avis de non-participation qui prendrait effet durant la période de suspension. »

L'existence de ces dispositions rend encore plus nébuleux, à nos yeux, les réels objectifs du dépôt du projet de loi n° 83. Le gouvernement, s'il le voulait, pourrait déjà limiter le passage de la pratique de la médecine vers le réseau privé, et ce, sans en faire subir les conséquences à un sous-groupe de médecins partageant la caractéristique d'être dans le même groupe d'âge. Et cette mesure peut être appliquée pendant deux ans et peut même être renouvelée pour des périodes supplémentaires de deux ans. Nous comprenons que, pour y recourir, le gouvernement devrait par ailleurs démontrer l'existence d'un véritable péril mettant en cause la qualité ou la suffisance des soins médicaux dans le système public. Une démonstration qu'il est probablement incapable de faire. Voilà probablement la véritable raison d'être du projet de loi n° 83, une raison d'être qui est généralement derrière toute clause de disparité de traitement visant les futurs membres d'un groupe de professionnels : le manque de courage politique d'adresser les problèmes avec les personnes directement concernées, en sacrifiant plutôt les conditions de leurs futur·e·s collègues qui ne sont pas encore là pour défendre leurs intérêts.

Évidemment, la FMRQ ne propose pas le recours à ces pouvoirs puisqu'il n'y a pas péril en la demeure le justifiant, ni d'ailleurs de raisons justifiant l'imposition de restrictions à des droits fondamentaux comme le propose le projet de loi n° 83.

Cela ne veut pas dire, par ailleurs, qu'il n'y a pas lieu de trouver des moyens d'assurer une meilleure rétention et une meilleure attractivité au sein de notre réseau public de santé. Mais nous jugeons que les mesures proposées au projet de loi n° 83 ne permettrait pas l'atteinte de ces objectifs, bien au contraire. En fait, l'adoption potentielle des mesures présentées par le projet de loi n° 83, et en particulier celle relative à l'obligation de pratique au Québec sont plutôt porteuses, elles, d'un danger d'exode des jeunes médecins qui n'existe pourtant pas actuellement.

### ***L'argument des coûts de formation en médecine : des données faussées***

Il est assez particulier que les représentants du gouvernement du Québec aient publiquement avancé, au soutien du projet de loi, des chiffres relatifs aux coûts de formation en médecine<sup>8</sup> qui ont été volontairement « dopés » par les salaires des médecins résident·e·s. Les salaires de nos membres n'existent pas pour rien, mais bien parce qu'ils et elles, dans le cadre de leur résidence, offrent des soins à la population du Québec de jour, de soir et de nuit, pour une moyenne de 72 heures par semaine, 48 semaines par année et parfois jusqu'à 19 jours consécutifs. Cela a peu à voir avec des « coûts de formation ».

En fait, si l'on soustrait, des chiffres que les représentants du gouvernement ont avancés, les salaires des médecins résident·e·s, ces coûts se trouvent à être divisés par deux ou par trois selon les méthodes de calcul. Ce faisant, contrairement à ce qu'ont tenté de vendre à la population le premier ministre et le ministre de la Santé, il est faux de prétendre qu'il en coûte plus cher pour former les médecins du Québec que pour former

---

<sup>8</sup> <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pour-un-meilleur-acces-quebec-annonce-son-intention-dobliger-les-nouveaux-medecins-a-pratiquer-dans-le-reseau-public-59292> et <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2124149/medecins-public-prive-quebec-projet-loi-83>

d'autres diplômés universitaires. En fait, selon une étude de 2023 de l'IEDM<sup>9</sup>, les coûts de formation universitaire au Québec pour les programmes du regroupement des « beaux-arts » supposent des coûts de formation comparables au regroupement incluant la médecine. Les coûts de formation doctorale en médecine sont même de deux à trois fois inférieurs à ceux des programmes des regroupements « médecine vétérinaire » et « agriculture, foresterie et médecine dentaire » pour le premier cycle universitaire. Les coûts pour former de tels vétérinaires ou diplômés d'agriculture ou de foresterie sont même identiques aux coûts du regroupement comprenant la médecine, si l'on regarde les coûts pour le deuxième cycle. Ces chiffres, analysés par l'IEDM en 2023, sont confirmés par le gouvernement du Québec lui-même dans ses études budgétaires du mois de décembre dernier<sup>10</sup> et les chiffres confirmés pour l'année académique précédente (2023-2024) sont pratiquement identiques et ont été publiés par le gouvernement du Québec en juillet 2024<sup>11</sup>. Ces données étaient donc tout à fait à la connaissance du gouvernement lors des sorties de presse du ministre de la Santé et également du Premier ministre<sup>12</sup> du Québec au soutien du projet de loi n° 83 l'automne dernier. Nous comprenons ainsi un peu plus pourquoi les salaires des résident-e-s ont été artificiellement ajoutés aux coûts de formation en médecine. Cela visait à tenter d'en tirer un argument qui est pourtant contraire à la réalité.

---

<sup>9</sup> POITEVIN, Michel, *Et si on modulait les droits de scolarité*, janvier 2023, Institut économique de Montréal

<sup>10</sup> Gouvernement du Québec, *Règles budgétaires et calcul des subventions de fonctionnement aux universités du Québec*, Année universitaire 2024-2025, Décembre 2024, Annexe 1.0 (page 187)

<sup>11</sup> Gouvernement du Québec, *Calculs définitifs des subventions de fonctionnement aux universités du Québec*, Année universitaire 2023-2024, Juillet 2024, Annexe 1.0 (page 25)

<sup>12</sup> <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-11-06/nouveaux-medecins/quebec-envisage-d-imposer-des-penalites-financieres.php>

## V- Éléments particuliers

### ***Les futurs médecins pourraient être traités plus sévèrement encore que les médecins condamnés aujourd'hui pour des vols ou des fraudes envers la Régie***

Les modifications à la *Loi sur l'assurance maladie du Québec* proposées aux articles 1 à 3 du projet de loi auraient notamment pour effet, si elles étaient adoptées, de traiter les jeunes médecins qui factureraient des services assurés par la régie au privé [à l'intérieur de l'interdiction de cinq ans] plus sévèrement encore que le sont actuellement les médecins condamnés au criminel pour des vols ou des fraudes en lien avec la facturation de services assurés par la régie. En fait, les actuels médecins participant au régime public qui font l'objet d'une condamnation criminelle « qui a trait à une réclamation faite à la Régie ou payée par elle » auront pour peine, de la part de la régie, de pouvoir pratiquer uniquement au privé en devenant « professionnel non participant pour une période de six mois, s'il s'agit d'une première déclaration de culpabilité, ou d'un an, s'il s'agit d'une déclaration subséquente ». Ces médecins peuvent donc continuer à pratiquer la médecine au privé et à facturer leurs patient-e-s pour des services autrement assurés par la régie. Mais pour les futur-e-s médecins qui se trouveraient dans la même situation parce qu'ils auraient exigé ou reçu « pour un service assuré une rémunération autre que celle prévue à une entente », ils se retrouveraient littéralement à ne plus pouvoir pratiquer la médecine ni dans le public, ni dans le privé. Cela apparaît comme un interdit de toucher toute forme de rémunération pour des services assurés autant au public qu'au privé, en plus d'être assujettis à des amendes prévues au nouvel article 27 proposé dans le projet de loi. Il y a possiblement ici d'autres enjeux juridiques, notamment quant à la question des condamnations multiples.

Concrètement, l'article 2 du projet de loi propose de modifier ainsi [texte en gras] l'article 77 de la Loi sur l'assurance maladie :

« 77. Lorsqu'un professionnel de la santé poursuivi en vertu du Code criminel (Lois révisées du Canada (1985), chapitre C-46) est déclaré coupable pour une infraction ou un acte criminel qui a trait à une réclamation faite à la Régie ou payée par elle, la Régie doit, dès que le jugement définitif est prononcé, émettre une ordonnance écrite aux termes de laquelle ce professionnel de la santé est considéré comme un professionnel non participant pour une période de six mois s'il s'agit d'une première déclaration de culpabilité ou d'un an s'il s'agit d'une déclaration subséquente.

**Toutefois, si le professionnel ainsi déclaré coupable est un médecin qui ne peut devenir un médecin non participant en raison de l'application de l'article 27, l'ordonnance émise par la Régie doit plutôt lui interdire d'être rémunéré pour tout service assuré rendu pendant l'une ou l'autre de ces périodes, selon le cas.**

Une telle ordonnance doit indiquer la date à partir de laquelle le professionnel de la santé sera considéré comme un professionnel non participant **ou ne pourra être rémunéré pour un service assuré, selon le cas**, et la période au cours de laquelle elle s'applique. »

La même situation de sanction spécifiquement plus sévère envers les jeunes médecins s'appliquerait même en absence de condamnation criminelle puisque le projet de loi n° 83 propose également de modifier l'article 77.0.1 de la Loi sur l'assurance maladie ainsi [texte en gras] :

« 77.0.1. La Régie peut rendre une ordonnance de non-participation de six mois à l'égard d'un professionnel de la santé lorsque :

1° une affaire concernant ce professionnel a été soumise à un comité de révision alors que, dans les 60 derniers mois, la Régie avait déjà rendu une décision conformément à l'article 50 à l'encontre de ce professionnel;

2° il n'y a plus ouverture à aucun recours contre la décision de la Régie rendue à la suite de cette deuxième affaire soumise au comité de révision.

**Lorsque le professionnel est un médecin qui ne peut devenir un professionnel non participant en raison de l'application de l'article 27, la Régie peut rendre, dans les mêmes cas, une ordonnance lui interdisant d'être rémunéré pour tout service assuré rendu pendant une période de six mois.**

Une ~~ordonnance telle ordonnance de non-participation~~ est rendue selon les modalités prévues à l'article 77 »

Nous comprenons donc que la « logique » du législateur ici serait, si le projet était adopté, qu'un médecin qui fraude la RAMQ est « condamné » à travailler dans le privé, mais un nouveau médecin qui serait assujéti à l'interdiction de pratique privée pendant cinq ans serait, lui, tout simplement empêché de gagner sa vie comme médecin.

Notons que la même disparité de traitement dans les conditions de pratique serait introduite si les articles 4, 7 et 8 du projet de loi étaient adoptés, dans l'article 259 de la nouvelle *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* (G-1.021), dans l'article 257 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis* (S-4.2) et à l'article 132.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (S-5). Dans ces trois cas, la sanction pour avoir cessé d'exercer dans un centre de soins avant le délai prescrit par la loi est le statut de « non-participant » pour les médecins aujourd'hui, alors que ce serait l'interdiction d'être rémunérés, autant au public qu'au privé pour des soins assurés, pour les nouveaux médecins pendant cinq ans. Notons que ces trois cas de figure de disparité entre jeunes médecins et ceux déjà en pratique pourraient se produire sans lien avec la question du désengagement du public vers le privé qui est pourtant l'objectif déclaré du projet de loi.

***Un virage à 180 degrés en matière de formation médicale : vers un isolationnisme du Québec en médecine ?***

Le Québec a laissé la formation universitaire en médecine se « pancanadianiser » depuis 15-20 ans, et ce, avec l'assentiment de différents gouvernements successifs, dont ceux issus des deux partis d'opposition que sont le PLQ et le PQ. Cette tendance a été possible par un désengagement graduel mais continu du Collège des médecins du Québec en cette matière depuis au moins le milieu des années 1990.

Aujourd'hui, l'entrée en résidence se décide à travers un mécanisme de jumelage pancanadien dont il serait hasardeux de chercher à se retirer, compte tenu de l'arrimage maintenant bien établi des politiques pancanadiennes en matière de formation médicale.

Le Québec décide toujours combien il y aura de postes d'entrée au doctorat en médecine et combien de postes de résidence seront offerts chaque année, mais le système de jumelage des personnes candidates dans les différentes facultés de médecine canadiennes est géré par un organisme canadien établi à Ottawa (le *Canadian Resident Matching Service - CaRMS*). Ce système de jumelage procède essentiellement ainsi : les diplômé·e·s du doctorat en médecine de toutes les provinces et les territoires du Canada (de même que des candidat·e·s diplômé·e·s à l'étranger) peuvent postuler sur tous les postes de résidence offerts au Canada, y compris ceux offerts au Québec. À ce jour, les diplômé·e·s du Québec, même s'ils et elles appliquent un peu partout au Canada, choisissent en très grande majorité de faire leur résidence au Québec. Mais cela pourrait changer puisque leur mobilité est totale et cela fait l'objet d'ententes notamment entre les 17 facultés de médecine du Canada, dont les quatre du Québec, qui sont toutes réunies au sein de l'Association des facultés de médecine du Canada. Précisons que les candidat·e·s de citoyenneté canadienne résidant dans une autre province que le Québec peuvent également choisir un poste de résidence au Québec à travers le jumelage pancanadien. Ceux-ci vont-ils encore choisir le Québec si le projet de loi n° 83 devait être adopté ? La réponse est évidemment non et déjà beaucoup de questions nous sont posées à cet effet de leur part et de la part de différents établissements canadiens offrant des postes de résidence à l'extérieur du Québec et qui se questionnent sur les intentions du Québec de possiblement mettre fin à des pratique de saine réciprocité et de coopération interprovinciale.

Le Québec a clairement choisi, depuis plus de 15 ans, d'arrimer sa formation médicale à celle des autres provinces canadiennes. La FMRQ a expliqué, à de nombreuses reprises, cette réalité devant cette commission, notamment en lien avec des réformes pédagogiques controversées en résidence de la part du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou de cette volonté unilatérale du Collège des médecins de famille du Canada – volonté mise sur pause temporairement – depuis quelques années d'allonger la résidence en médecine de famille <sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Voir les mémoires de la FMRQ lors des consultations en commission parlementaire pour le projet de loi 11 le 1<sup>er</sup> février 2022 (pages 16 à 18) et pour le projet de loi 15 le 19 avril 2023 (pages 12 à 15).

Devons-nous comprendre maintenant que le gouvernement du Québec, par son projet de loi n° 83 et particulièrement par ses articles 5 et 6, entend faire un virage complet en choisissant maintenant une forme d'isolationnisme provincial en médecine par la limitation de la mobilité interprovinciale pour ceux et celles qui choisissent de se former au Québec ?

## VI- Conclusion

Nous réitérons en conclusion que, malgré nos sévères critiques envers le projet de loi à l'étude, la FMRQ demeure entièrement en faveur d'un régime public de santé fort, bien financé, qui puisse donner envie à la relève médicale de continuer d'y consacrer leur vie professionnelle au bénéfice de la santé de la population québécoise.

Ce n'est clairement pas ce qui se produirait si les propositions contenues au projet de loi n° 83 devaient être adoptées. Si le gouvernement du Québec veut sérieusement parler de « contrat social » avec la relève médicale, ce n'est certainement pas avec des mesures coercitives et discriminatoires, un peu assimilables à une forme de travail « forcé », que cela devrait se faire.

Heureusement, au cours des prochaines années et pour au moins une autre décennie, le Québec pourra compter sur des cohortes de nouveaux médecins chaque année plus nombreuses et à des niveaux jamais atteints au Québec. Cela représentera un important apport concret, structurel et bénéfique au développement de notre réseau de santé. Nous réitérons que cela existe grâce à des mesures prises au cours des cinq dernières années par l'actuel gouvernement du Québec avec, dans ce cas, une très pertinente vision à long terme.

Mais d'ici là, il serait dommage d'y opposer des vents contraires comme le propose le projet de loi n° 83. Il peut probablement plaire à l'esprit de penser qu'en restreignant la mobilité des futurs médecins – en les punissant s'ils et elles souhaitaient pratiquer ailleurs qu'au Québec ou à l'extérieur du réseau public de santé – l'on pourra assurer au Québec plus de médecins. Mais sans même parler de l'illégalité de telles mesures, nous croyons qu'il ne faut également pas sous-estimer les dangers d'une désaffection éventuelle de la formation médicale offerte au Québec autant par les personnes de l'extérieur du Québec que des jeunes du Québec. C'est également sous-estimer la portée négative que ces éventuelles mesures pourraient avoir sur la pratique dans le réseau public. Le danger est

que cette pratique devienne associée à une forme de service « militaire » obligatoire<sup>14</sup>. Un risque de dévaloriser cette pratique qui est pourtant, à ce jour, le choix de la très vaste majorité des jeunes médecins. Enfin et surtout, c'est également écarter l'analyse des raisons qui se cachent derrière ces cas d'exception de jeunes médecins qui se retrouvent à pratiquer au privé<sup>15</sup>. Pourquoi ne pas plutôt tenter d'agir sur ces raisons afin de leur trouver ou leur retrouver une place au sein du réseau public, plutôt que de chercher à stigmatiser l'ensemble de la relève médicale ? Le discours très négatif entourant le projet de loi n° 83 suggère fort malheureusement que le développement du réseau privé de santé au Québec serait en partie causé par les jeunes médecins alors que, bien au contraire, la très vaste majorité d'entre eux choisissent déjà d'œuvrer dans le réseau public, et ce, au grand bénéfice de la population du Québec.

Nous avons déjà indiqué aux membres de cette commission que les médecins résident·e·s sont toujours prêt·e·s à s'investir à réformer le système de santé du Québec et à le rendre plus performant, tout en y assurant des milieux professionnels plus stimulants notamment pour les médecins. Mais pour y arriver, il faudrait s'assurer de leur faire une place à part entière sans conditions de pratique inéquitables.

Voilà pourquoi la FMRQ invite les membres de la commission à simplement rejeter l'ensemble des mesures contenues au projet de loi n° 83. Ces mesures, en plus d'être clairement discriminatoires, seraient assurément contre-productives si le réel objectif est de mobiliser la relève médicale au soutien du réseau public de santé.

Les médecins résident·e·s du Québec qui sont déjà impliqué·e·s au quotidien au sein du système public de santé souhaitent toutes et tous pouvoir y consacrer leur vie professionnelle au service de la population du Québec. Ne brisons pas ce désir par des mesures coercitives et démesurées dont les effets risquent d'être contraires aux objectifs recherchés.

---

<sup>14</sup> <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2124445/omnipraticien-prive-public-region>

<sup>15</sup> <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2124590/reseau-public-prive-christian-dube>

Nous remercions encore les membres de la commission pour l'opportunité de donner notre avis quant à la portée du projet de loi n° 83 et, surtout quant aux dangers importants qui se profilent derrière les mesures qui y sont proposées.