

DE : MONSIEUR CHRISTIAN DUBÉ
Ministre de la Santé

Le 13 novembre 2024

TITRE : Projet de loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1- Contexte

L'amélioration de l'accès aux soins et services de santé est au cœur des préoccupations du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après le MSSS), qui s'intéresse à des mesures pouvant accroître la capacité de l'offre de services de santé à la population. L'une des mesures vise à exiger des médecins formés au Québec un engagement de pratique au sein de la province. En complémentarité, il est proposé de réviser les modalités législatives qui régissent le statut des médecins, de famille et spécialistes, exerçant à titre de professionnel non participant, et ce, afin d'augmenter le niveau de contribution des médecins au réseau public de la santé et des services sociaux.

Chaque année des milliers de jeunes Québécoises et Québécois soumettent un dossier auprès des facultés de médecine. Cependant, le nombre de places étant restreint, ils ne seront pas tous admis, même s'ils ont les capacités voulues pour devenir d'excellents médecins. Les frais de scolarité exigés aux étudiants québécois en médecine ne représentent qu'une infime partie de ce que coûte réellement la formation du doctorat en médecine. Les parcours académique et clinique des médecins sont soutenus financièrement par le gouvernement du Québec, reflétant l'engagement de l'État à la santé publique et à l'accessibilité aux soins. Les principaux jalons préalables à la pratique se déclinent comme suit :

- Études doctorales : les étudiants entreprennent un doctorat en médecine d'une durée de quatre à cinq ans. L'article 465 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (RLRQ, chapitre G-1.021) (ci-après LGSSSS), dont l'entrée en vigueur est prévue le 1^{er} décembre 2024, permet au gouvernement de déterminer le nombre de places pour les étudiants québécois et de l'extérieur du Québec. Cet article permet également au gouvernement d'imposer aux étudiants de l'extérieur du Québec la signature, avant le début de leur formation, d'un engagement assorti d'une pénalité, à pratiquer la médecine dans la région ou l'établissement déterminé par le ministre de la Santé.
- Études postdoctorales : après l'obtention du diplôme de médecine, les médecins poursuivent une résidence dont la durée varie selon la spécialité choisie, généralement entre deux et six ans. Durant cette période, les médecins résidents reçoivent une rémunération dans le cadre du service rendu au système de santé. Cette rémunération conventionnée varie en fonction de leur année de formation. L'article 464 de la LGSSSS permet au gouvernement de déterminer le nombre de postes de résidence, répartis à travers les différentes spécialités médicales en fonction du besoin identifié.

- Obtention du permis de pratique auprès du Collège des médecins du Québec (CMQ) aux conditions prévues à l'article 33 de la Loi médicale (RLRQ, chapitre M-9) après avoir réussi les examens de fin de résidence.

Au terme de leur formation – doctorale ou postdoctorale – les médecins formés au Québec ne sont actuellement soumis à aucun engagement d'exercice au sein de la province.

Pour l'ensemble des médecins exerçant au Québec, la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29) (ci-après la LAM) prévoit qu'un médecin peut opter pour l'un des trois statuts suivants :

Professionnel soumis à l'application d'une entente (Professionnel participant)	Exerce dans le cadre du régime d'assurance maladie et est rémunéré suivant les tarifs prévus à une entente entre leurs représentants et le ministre de la Santé. Les services assurés rendus à une personne assurée sont payés directement par la Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après la RAMQ) (par. c, art. 1 LAM) ;
Professionnel désengagé	Exerce en dehors du régime d'assurance maladie, mais accepte d'être rémunéré selon les tarifs prévus à l'entente. Il revient à la personne assurée de se faire payer par la RAMQ. La personne assurée paie ensuite le professionnel de la santé (par. d, art. 1 LAM) ;
Professionnel non participant	Exerce en dehors du régime et n'accepte pas d'être rémunéré suivant les tarifs prévus à l'entente. Les personnes assurées doivent assumer le paiement de ses honoraires pour tous les services, et n'ont pas droit à un remboursement par la RAMQ (par. e, art. 1 LAM).

Conformément aux dispositions de l'article 21 de la LAM, dès qu'un médecin obtient son permis d'exercice, le statut de professionnel soumis à l'application d'une entente lui est attribué d'office par la RAMQ. Le choix de devenir un professionnel non participant ou désengagé revient au médecin dès le début de sa pratique et peut évoluer au fil du temps. Pour devenir un professionnel non participant ou désengagé, le médecin doit transmettre un avis à la RAMQ par poste recommandée (art. 26 de la LAM). Le désengagement et la non-participation prennent effet le 30^e jour suivant la date de la mise à la poste de l'avis. La LAM ne prévoit aucune autre condition au désengagement ou à la non-participation que la transmission d'un avis à la RAMQ.

2- Raison d'être de l'intervention

Le nombre significatif d'étudiants qui complètent le doctorat en médecine au Québec et qui par la suite migrent vers d'autres provinces ou pays pour pratiquer (16 % des médecins, soit 13 % des médecins de famille et 18,5 % des autres spécialités qui ont débuté leur pratique entre 2020 et 2022), combiné à une augmentation marquée du taux de médecins optant pour une pratique à l'extérieur du réseau public (non participant) en début de pratique

préoccupent le gouvernement, considérant le caractère préjudiciable que cette situation cause à l'offre de soins et de services de santé à la population québécoise.

D'une part, le taux de rétention des médecins formés au Québec qui ont fait leur doctorat en médecine et leur résidence au Québec se situe parmi les plus élevés si on exclut les étudiants des Maritimes qui étudient dans une faculté de médecine québécoise¹ (taux de rétention de 96,6 % pour la médecine de famille et de 93,4 % pour les autres spécialités). Cependant, ces taux globaux diminuent si l'on considère à la fois la résidence au Québec et hors Québec (87 % pour la médecine de famille et 81,4 % pour les autres spécialités). Cette diminution s'explique par le fait que si le doctorat en médecine est réalisé au Québec mais la résidence à l'extérieur du Québec, le taux de rétention chute considérablement ((en excluant les étudiants ayant complétés leur résidence hors Québec et le contingent particulier des Maritimes; 15 % pour la médecine de famille et 26 % pour les autres spécialités). On observe, depuis quelques années, une augmentation du nombre d'étudiants ayant fait leur doctorat en médecine au Québec qui choisissent de poursuivre leur résidence ailleurs au Canada.

Toutefois, les étudiants qui ont réalisé leur doctorat en médecine dans une autre province canadienne et fait leur résidence au Québec ont un meilleur taux de rétention (médecine de famille 62 %, autres spécialités 51 %). Ils sont cependant beaucoup moins nombreux que ceux qui quittent.

Année	Discipline	Solde migratoire pour
		MD du Québec jumelé au Canada
2020	Médecine spécialisée	51
	Médecine familiale	27
	Total	78
2021	Médecine spécialisée	61
	Médecine familiale	27
	Total	88
2022	Médecine spécialisée	52
	Médecine familiale	34
	Total	86
2023	Médecine spécialisée	56
	Médecine familiale	24
	Total	80
2024	Médecine spécialisée	81
	Médecine familiale	22
	Total	103

¹ Avec la délocalisation du programme de formation médicale de l'Université de Sherbrooke, 32 étudiants des provinces maritimes sont admis chaque année en médecine à Moncton plutôt qu'au Québec. Les statistiques relatives à la rétention des médecins étant colligées par université d'attache (par opposition au lieu de réalisation), il convient de retirer les données de ce contingent particulier afin d'obtenir les taux de rétention des étudiants ayant effectivement complétés leurs études au Québec.

D'autre part, le statut de participation des médecins a une incidence importante sur l'offre et l'accessibilité pour des services assurés. Au 31 mars 2018, le statut de professionnel non participant au Québec impliquait 412 médecins, incluant les médecins de famille et les spécialistes (2,04 % du nombre total de médecins admissibles à facturer dans le cadre du régime public). Au 31 mars 2024, cette donnée atteint un nombre de 733 (3,6 % du nombre total de médecins admissibles à facturer dans le cadre du régime public), traduisant une hausse de 78%. Un autre phénomène est aussi observé, soit l'accroissement dans l'alternance des statuts de pratique pour une même année référentielle (64 médecins en 2018 comparés à 151 médecins en 2024).

Pour les médecins de moins de cinq années de pratique, une hausse de la prévalence de 38 % du statut de professionnel non participant a été enregistrée entre 2018 et 2023 (48 médecins en 2018 et 128 médecins en 2023). En outre, depuis 2021, les médecins de moins de cinq ans de pratique constituent le groupe le plus fortement représenté au sein des médecins non participants (en 2023, 19 % des médecins non participants, soit 22 % des omnipraticiens et 13 % des spécialistes, avaient moins de cinq ans de pratique).

Ce phénomène croissant a un impact négatif sur l'accès médical dans le réseau public et augmente la pression sur les acteurs qui y œuvrent.

3- Objectifs poursuivis

Les modifications proposées visent essentiellement à obliger les médecins à débiter l'exercice de leur profession au Québec au sein du réseau public de la santé et des services sociaux pour une durée de cinq ans. De même, le gouvernement, s'il le juge nécessaire, pourrait imposer la signature d'un engagement aux étudiants admis au doctorat en médecine ou en résidence au Québec de pratiquer dans la province pour une durée déterminée par le gouvernement. Cette mesure complémentaire vise à limiter le phénomène d'exode des médecins formés dans les universités québécoises vers d'autres provinces ou pays. Les avis de divers groupes et personnes concernées qui seront recueillis lors des travaux parlementaires permettront de préciser le nombre d'années de cette obligation.

Ces modifications législatives complémentaires permettront aux citoyens de bénéficier d'une offre de services bonifiée pour répondre dans des délais opportuns en limitant la possibilité pour les médecins à devenir un professionnel non participant au régime public de santé et de services sociaux et en prévoyant un engagement minimal de leur part à pratiquer au Québec. En outre, l'augmentation du nombre de médecins participants exerçant au Québec diminuerait les délais d'accès tout en augmentant les pages de disponibilités offertes aux usagers.

Plus largement, la mesure représente également un élément contributif à l'adhésion des médecins au régime public. Ayant développé un lien thérapeutique avec leur clientèle et des habitudes de pratique dans des milieux de soins publics, il est raisonnable de supputer que cela favorisera le sentiment de responsabilité envers celle-ci, ce qui pourrait favoriser la rétention de ces médecins au sein du réseau public. La valorisation de l'exercice de la médecine au sein du secteur public permettrait de réduire le nombre de médecins qui choisiront la pratique dans les secteurs privés.

4- Proposition

Afin de contrer les effets érosifs du statut de professionnel non participant des médecins sur la capacité de l'offre du réseau de la santé et des services sociaux, il est proposé de modifier la LAM, laquelle encadre le processus de changement de statut des médecins à titre de professionnel non participant.

Plus spécifiquement, les modifications proposées visent à :

- obliger un médecin à demeurer un médecin participant pendant cinq ans avant d'avoir la possibilité de devenir un professionnel non participant ;
- créer une infraction pénale spécifique pour dissuader un médecin de facturer des services assurés comme s'il était un professionnel non participant alors qu'il est tenu de demeurer un médecin participant.

De plus, pour contrer l'exode des médecins formés dans les universités québécoises vers d'autres provinces ou pays, il est également proposé de modifier la LGSSSS afin de :

- permettre au gouvernement, s'il le juge opportun, d'imposer aux résidents en médecine qu'il détermine la signature, avant le début de leur résidence, d'un engagement assorti d'une clause pénale à exercer la médecine au Québec après leur résidence;
- permettre au gouvernement, s'il le juge opportun, d'imposer aux étudiants en médecine qu'il détermine la signature, avant le début de leur formation, d'un engagement assorti d'une clause pénale à exercer la médecine au Québec après l'obtention de leur permis d'exercice.

Les paramètres d'encadrement proposés tiennent compte de la représentativité des médecins ayant moins de cinq ans de pratique des médecins non participants et du nombre important de médecins qui quittent vers d'autres provinces et pays après leur formation universitaire.

Par ailleurs, afin que la mesure puisse s'implanter de façon significative au sein de l'écosystème québécois de soins et services de santé, il convient de fixer un nombre minimal d'années de pratique obligatoire au Québec à titre de professionnel participant. Si l'on considère le temps nécessaire à s'adapter à un milieu de travail et à développer un lien d'attachement à celui-ci, la période d'application de la mesure doit se faire sur une période minimale de cinq ans pour constituer un gain réel et substantiel à l'offre de services pour la population. En outre, il est aussi proposé de permettre aux établissements d'effectuer une planification des effectifs en adéquation avec les besoins actuels et projetés des usagers sur leur territoire. Finalement, conformément aux modalités du Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins (RLRQ, chapitre M-9, r. 27.1), le CMQ considère qu'après trois ans sans pratique dans un champ d'activité, il y a lieu de réévaluer les compétences professionnelles du médecin. Son dossier doit alors être réévalué afin qu'il puisse de nouveau pratiquer, avec une durée de stage ou de tutorat préalable. Une barrière de cinq ans permettra donc de limiter les cas de médecins, qui opéreraient pour une absence complète de pratique afin de se soustraire à l'obligation.

Considérant les différentes réalités existantes et pour conserver une flexibilité d'application, les contingents d'étudiants ou de résidents visés par la mesure ainsi que les modalités d'exception jugés opportuns seront précisés au moment de la prise du décret par le gouvernement.

De plus, malgré l'augmentation de 40 % des admissions en médecine, le Québec prévoit encore manquer de médecins d'ici la fin de la prochaine décennie si rien ne change. Il est impératif de retenir au Québec et dans les services publics les médecins formés au Québec. Il est dès lors raisonnable de demander aux étudiants québécois ayant le privilège de compléter un doctorat en médecine au Québec de pratiquer au Québec, pour une durée au moins équivalente à celle durant laquelle le Québec a soutenu leur formation en médecine.

Sachant que les diplômés internationaux en médecine admis en résidence au Québec (entre 45 et 60 par année) ont un taux de rétention à cinq ans inférieur à celui des médecins ayant complété leur doctorat en médecine dans une université québécoise (79 % vs 97 % pour les médecins de famille), il appert raisonnable d'imposer aux diplômés internationaux en médecine qui ont le privilège de compléter une résidence au Québec, une obligation de pratiquer pendant un certain nombre d'années la médecine au Québec dans les services publics sous peine d'une pénalité financière.

De plus, il est proposé de prévoir que la mesure visant l'obligation du médecin à demeurer un médecin participant pendant cinq ans ne s'applique pas aux médecins qui débutent l'exercice de leur profession au Québec avant la sanction de la loi.

Enfin, des adaptations sont proposées aux dispositions des lois du domaine de la santé et des services sociaux qui prévoient qu'un médecin devient un médecin non participant à titre de conséquence administrative pour certains comportements afin de prendre en compte le fait que les nouveaux médecins ne pourront désormais devenir non participants pendant cinq ans.

5- Autres options

Première option

Statu quo

Compte tenu de la conjoncture d'accès en soins et services de même que la tendance des cinq dernières années – eut égard à la proportion grandissante de médecins non participants et le solde migratoire négatif – le statu quo n'est pas viable.

Deuxième option

Encadrement des médecins ayant le statut de professionnel non participant par les dispositions actuelles de la LAM et des engagements imposés aux étudiants de niveau doctoral prévus à la LGSSSS.

D'une part, l'article 30 de la LAM permet au gouvernement de décréter, par règlement, que les médecins ayant le statut non participant ne peuvent exiger une rémunération autre que celle prévue aux ententes conclues en vertu de l'article 19 de la LAM pour des services assurés lorsque le ministre de la Santé estime que le nombre de médecins non participants

dans l'ensemble du Québec ou dans une de ses régions est trop considérable pour que les services assurés puissent être rendus selon des conditions uniformes. Cette mesure permet ainsi d'imposer temporairement l'obligation aux médecins non participants à exercer comme des médecins désengagés.

D'autre part, l'article 30.1 de la LAM permet au ministre de la Santé de suspendre le droit du médecin de devenir un professionnel non participant lorsqu'il estime que la qualité ou la suffisance des services médicaux offerts au Québec serait affectée par une augmentation du nombre de médecins non participants. Par arrêté ministériel, le ministre peut alors suspendre pour une période maximale de deux ans la possibilité pour un médecin de devenir non participant et d'exercer ce même genre d'activité dans l'ensemble du Québec ou dans une de ses régions. Cette suspension peut être prolongée par un nouvel arrêté, pourvu que chaque prolongation n'excède pas deux ans.

De plus, l'article 22.0.0.0.2 de la LAM permet au gouvernement de prescrire, par règlement, le tarif maximal qui peut être exigé d'une personne assurée pour un service fourni par un médecin ayant le statut de non participant.

En outre, l'article 465 de la LGSSSS confère au gouvernement la possibilité d'exiger des étudiants en médecine provenant de l'extérieur du Québec de signer un engagement avant le début de leur formation. Il faut noter que la pénalité financière était passée de 300 000 \$ à 1 000 \$ au cours des dernières années.

Ainsi, les solutions actuelles prévues à la LAM et à la LGSSSS, même temporaires, seraient complémentaires aux mesures prévues au projet de loi.

Troisième option

Interdiction au médecin de devenir un professionnel non participant. Dans cette option, seulement deux statuts demeurerait possibles pour le médecin participant ou désengagé.

Avantages :

- Diminution du fardeau financier pour les usagers, puisque les frais encourus peuvent être réclamés à la RAMQ ;
- Augmentation du nombre de médecins qui contribuent à l'offre de services publics de façon globale ;
- Équité d'accès pour tous les patients, sans égard à la capacité de payer ;
- Élimination du phénomène d'alternance entre la participation et la non-participation ainsi que l'autoréférencement, du public vers le privé, qui peut en émaner ;
- Limitation, pour l'utilisateur présentant un cas complexe ou se compliquant, du passage au privé au public.

Inconvénients :

- Réduction du revenu pour les médecins exerçant à titre de professionnel non participant ;

- Diminution de l'offre de services privés pour les citoyens ayant recours aux services des médecins non participants ;
- Mécontentement des cliniques privées et de leurs propriétaires vu la modification de leur modèle d'affaires ;
- Exode possible des médecins vers d'autres provinces (sauf l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador où l'équivalent du statut de non participants n'existe pas) ou d'autres pays ;
- Pression accentuée sur l'organisation des services publics pour fournir un accès équivalent à l'offre du privé.

Cette solution est non retenue actuellement, car elle pourrait avoir un impact trop important sur les services offerts à la population, notamment en lien avec la capacité de réseau à absorber rapidement la volumétrie engendrée par la réorientation de l'ensemble des patients qui consultent habituellement au privé.

6- Évaluation intégrée des incidences

Les mesures proposées devraient être bénéfiques à la population québécoise. Elles ont pour finalité l'accès aux services tout en limitant les possibilités de pratique au privé et l'exercice de la médecine à l'extérieur du Québec une fois la formation universitaire complétée. Elles sous-tendent une vision centrée sur les patients. La solution proposée aura plusieurs effets bénéfiques pour l'ensemble des Québécois dont, notamment, une augmentation de médecins de famille et des spécialistes participant au régime public et, conséquemment, une augmentation potentielle de l'accès aux services publics.

De façon générale, la solution préconisée aura également un effet bénéfique sur la population québécoise en raison des conséquences sociales et économiques pouvant être causées par le fait de ne pas avoir accès, en temps opportun, à des soins de santé dispensés au public. De plus, elle préservera la personne assurée d'avoir à déboursier des frais pour des services disponibles dans le cadre du régime public.

Il est possible que les médecins, particulièrement les étudiants en médecine, les résidents ainsi que les nouveaux médecins, expriment du mécontentement ou des réactions face à l'imposition des obligations prévues par le projet de Loi.

La solution retenue devrait avoir un impact financier limité, autant sur les nouveaux médecins que sur les entreprises privées (cliniques). Après consultation auprès du ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie (MEIE), il appert que les modalités visées par cette proposition concernent les médecins qui, dans le présent contexte, peuvent être assimilés aux employés du domaine de l'État. En ce qui concerne les entreprises privées, l'impact serait limité puisque la mesure sous-tend une modification de leurs méthodes de recrutement, sans incidence sur le modèle d'affaires. À cet égard, une analyse d'impact réglementaire n'est pas requise en vertu de la Politique gouvernementale sur l'allègement réglementaire et administratif – Pour une réglementation intelligente (Décret 1668-2022).

À ce jour, il n'y a pas d'évaluation précise de l'impact financier qu'entraînerait pour les universités l'obligation faite à un maximum de 1 200 étudiants de signer un contrat avant même leur entrée à l'université. Cette modification pourrait exiger des ressources administratives et logistiques accrues, augmentant potentiellement les coûts de gestion et

de soutien aux étudiants. En outre, si tous les candidats postulant à une résidence par l'entremise du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) devaient signer un engagement, cela impliquerait une restructuration du processus de recrutement et de jumelage, entraînant possiblement des coûts additionnels pour la mise en place de nouveaux protocoles et pour assurer le suivi de l'engagement des résidents.

7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes

La RAMQ et le MEIE ont été consultés pour la rédaction de ce mémoire et du projet de loi.

En 2023, des travaux communs ont été menés par le MSSS, en collaboration avec la RAMQ, lors des réflexions entourant la rédaction du Projet de loi 15 – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. Les solutions envisagées à ce moment ayant un impact important sur les processus de la RAMQ, celle-ci a contribué par la projection de différents scénarios.

Des discussions préliminaires avec le CMQ, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec soutiendraient la pertinence d'intégrer des mesures permettant de circonscrire le phénomène des médecins non participants.

Également, la solution présentée visant plus particulièrement les futurs médecins, la Fédération médicale étudiante du Québec et la Fédération des médecins résidents du Québec a d'ailleurs soulevé des préoccupations par rapport au présent projet de loi.

8- Mise en œuvre, suivi et évaluation

Actuellement, des étudiants de l'extérieur du Québec admis au doctorat en médecine dans une université québécoise doivent signer, avant le début de leur formation, un engagement à pratiquer la médecine dans une région ou un établissement déterminé par le ministre de la Santé pour une période maximale de quatre ans. La mise en œuvre de la mesure pourrait se faire selon des modalités semblables à celles qui sont actuellement appliquées. Lorsque le gouvernement juge opportun pour le bien-être de la population québécoise de prendre un décret en application de l'un ou l'autre des articles 464 et 465 de la LGSSS, la signature de l'engagement sera de la responsabilité des universités. À cet effet, les facultés de médecine devront obtenir, au moment opportun, la signature de l'engagement (si applicable) et transmettre ces engagements au MSSS.

Afin d'assurer le suivi adéquat des nouvelles modalités des articles 464 et 465 de la LGSSS, il sera nécessaire de mettre en place un outil de suivi des parcours des médecins. Actuellement, il n'existe pas de bases de données longitudinales et fiables permettant de suivre un médecin dès son entrée au doctorat, à travers sa résidence, et jusqu'à son installation en pratique. Cette absence de suivi unifié rend difficile la collecte d'information continue sur l'ensemble du parcours professionnel d'un médecin, en particulier lorsque celui-ci choisit de poursuivre sa résidence dans une autre province et, éventuellement, d'y établir sa pratique. Un suivi centralisé au niveau national, incluant une base de données exhaustive pour déterminer où chaque médecin décide de pratiquer,

sera nécessaire pour assurer le respect de la mesure et offrir une vision claire des flux de professionnels de la santé à travers le pays.

En ce qui concerne l'obligation de pratique au sein du réseau public, comme le médecin aura à informer la RAMQ pour devenir un professionnel non participant, une modification du formulaire « Avis de désengagement, réengagement ou non-participation » de la RAMQ sera prévue afin d'y intégrer les nouveaux paramètres de la mesure. La RAMQ analysera la requête et informera le médecin s'il peut devenir non participant.

Chaque mois, la RAMQ met à jour la liste des professionnels qui ont changé de statut et la publie sur son site Internet, en plus de la publication à la *Gazette officielle du Québec*.

9- Implications financières

La mesure concerne l'exercice de la pratique des nouveaux médecins en tant que professionnels non participants dans les cliniques privées. Comme les nouveaux médecins seront contraints de participer au régime public selon le délai prescrit dans la LAM, on peut penser que leur salaire, en tant que professionnels participants, pourrait potentiellement être moins élevé que s'ils avaient été choisis d'être professionnels non participants par le fait qu'ils ne peuvent facturer le tarif qu'ils veulent. Toutefois, cet impact est faible puisque limité dans le temps et que le médecin touchera tout de même un salaire aux tarifs définis dans les Ententes.

Un impact financier pourrait aussi être envisagé pour les cliniques de médecine privées. Toutefois, ces entreprises ne pouvant plus recruter de médecins ne répondant pas aux critères de l'article 27 de la LAM, elles devront modifier leur méthode de recrutement. Cet impact est donc limité puisque les médecins deviennent recrutables par la suite.

La mise en place d'un outil de suivi du parcours des médecins sera nécessaire. De plus, la coordination entre les différentes provinces et le gouvernement fédéral représentera un coût logistique, impliquant la création de protocoles.

10- Analyse comparative

Certaines provinces ont elles aussi encadré la pratique de la médecine à la suite de la formation doctorale et postdoctorale, en instaurant des programmes variés :

- En Ontario, le programme de retour de service pour diplômés internationaux en médecine (DIM) exige un contrat d'engagement de retour de service de cinq ans pour l'entrée en résidence d'étudiants ayant obtenu leur diplôme de médecine en dehors du Canada et des États-Unis sous peine de remboursement des frais de formation;
- En Colombie-Britannique, le programme pour les DIM permet de pratiquer dans des régions prioritaires en échange d'un financement pour leur formation ;
- En Saskatchewan, le *graduate retention program* offre un crédit d'impôt pour les diplômés s'établissant dans la province. Cette incitation financière contribue à attirer et à retenir des professionnels dans des zones spécifiques ;

- Au Nouveau-Brunswick, dans le cadre d'une entente avec le Québec, quatre postes de résidence sont offerts dans des spécialités autre que la médecine de famille avec un contrat d'engagement de cinq ans dans le nord-ouest de la province au terme de la formation, sous peine d'une pénalité de 400 000 \$.

En ce qui concerne le statut de non participant, selon les données transmises par la RAMQ, le Québec se démarque par un taux supérieur de médecin non participant au réseau public en comparaison avec toutes les autres provinces, où moins de 25 médecins étaient non participants en 2023, et dont les règles applicables sont variées :

- en Ontario et à Terre-Neuve-et-Labrador, il est interdit aux médecins de facturer plus que les tarifs convenus aux Ententes et les patients sont remboursés à 100 % ;
- en Colombie-Britannique, il est possible de facturer au-delà des tarifs et le patient est remboursé selon les tarifs prévus aux Ententes ;
- en Saskatchewan et en Alberta, le statut de médecin désengagé est l'équivalent de celui de professionnel non participant au Québec (frais facturés aux patients non remboursables) ;
- au Nouveau-Brunswick, un médecin participant peut décider d'offrir ses services comme non-participant pour un patient en particulier pour un épisode de soins.

Les proportions de médecins non participants à l'intérieur des autres provinces et territoires étant négligeables, elles n'ont que très peu d'incidence sur leur écosystème des soins de santé.

Le ministre de la Santé,

CHRISTIAN DUBÉ