MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI No 83
MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC

***Un tout petit pansement pour un bien plus grand mal***

***Propositions de meilleures solutions pour***
***« favoriser l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux »***

**Québec, le mardi 11 février 2025**

**PRÉSENTATION DE MQRP** 2
**COMMENTAIRES SUR LE PL83 : LA POSITION NUANCÉE DE MQRP** 3
Un objectif louable 3
Une mesure pansement 3
Bénéfices envisagés 4
Risques appréhendés 4
**PROPOSITIONS ALTERNATIVES DE MQRP POUR FREINER LA PRIVATISATION ET RENFORCER LE SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC** 6
Recours aux leviers législatifs pour mieux encadrer la pratique médicale 6
Une utilisation optimale des ressources dans le régime public 7
Favoriser l'exercice de la médecine au sein du réseau public 8
Un contrat social pérenne et bidirectionnel 9
Conclusion 11
**Résumé des recommandations** 12
**Annexe 1: Rappel historique** 13
**Annexe 2: Tableau risques/bénéfices du PL83** 16

# PRÉSENTATION DE MQRP

Médecins québécois pour un régime public (MQRP) est un regroupement de médecins, résidents et étudiants en médecine voué à la défense du système public de santé. Créé en 2005 à la suite de l'arrêt *Chaoulli*, qui a ouvert une brèche légale permettant l'incursion du privé dans notre système de santé, MQRP milite activement pour contrer la marchandisation des soins et la croissance de la médecine à but lucratif, lesquelles exacerbent les inégalités en matière de santé.

La mission de MQRP est de bâtir un système de santé public fort. Pour ce faire,

- MQRP revendique l'application intégrale de la *Loi canadienne sur la santé*, l'inscription de ses principes dans les lois québécoises et l'extension de la couverture à tous les soins et services médicalement nécessaires.
- MQRP préconise une approche basée sur les principes d'universalité et d'équité pour assurer des soins de santé accessibles à toute la population du Québec.
- MQRP milite pour un meilleur accès public aux services médicalement nécessaires qui incluent les services des professionnels de la santé tels les psychologues, physiothérapeutes, orthophonistes, dentistes, ergothérapeutes, nutritionnistes, infirmières praticiennes, etc.
- MQRP revendique une assurance médicament universelle.
- MQRP milite pour que tout hôpital ou clinique médicale soit à but non lucratif dès qu'un médecin inscrit au régime public y pratique.
- MQRP s'oppose à la pratique hybride, soit le fait qu'un médecin puisse pratiquer à la fois dans le régime public et le régime privé.
- MQRP valorise la communication entre la population et ses institutions plutôt que des réformes visant à imposer les règles de la nouvelle gestion publique.

Nos moyens sont les suivants :

- Regrouper des médecins de toutes catégories pour la défense du régime public de santé au Québec et la promotion des principes de la gestion publique, de l'intégralité, de l'universalité, de la transférabilité et de l'accessibilité ;
- Proposer des solutions publiques, concrètes et équitables pour l'accès à tous les soins et services médicalement nécessaires ;
- Collaborer avec d'autres organisations qui partagent les mêmes objectifs (notamment Canadian Doctors for Medicare - www.canadiandoctorsformedicare.ca).

## COMMENTAIRES SUR LE PL83 : LA POSITION NUANCÉE DE MQRP

### Un objectif louable

MQRP salue l'initiative d'un projet de loi visant à favoriser l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux. Face à la croissance fulgurante de la médecine privée au Québec dans les dernières décennies, laquelle se fait au détriment des patients et au bénéfice d'une poignée d'entreprises à but lucratif, il est impératif et urgent d'entreprendre des actions pour protéger et renforcer notre système public.

MQRP milite ultimement pour une interdiction législative du privé en santé, afin de ramener et de retenir l'ensemble des effectifs médicaux dans le régime public, d'utiliser l'argent des contribuables de manière efficiente et de garantir un accès équitable aux soins. Dans l'intervalle, différentes mesures peuvent être envisagées pour limiter, à tout le moins, l'expansion de la privatisation.

### Une mesure pansement

MQRP considère que la mesure proposée par le PL83 est isolée, simpliste et largement insuffisante. En effet, l'enjeu tel qu'il se présente aujourd'hui requiert un effort collectif et concerté, qui ne saurait reposer uniquement sur les jeunes médecins. Certes, il est préoccupant de constater sur le terrain que la possibilité de travailler au privé est de plus en plus acceptée socialement chez les nouvelles générations de futurs médecins, et ce, dès les bancs d'école. En 2023, on notait une hausse de 148% du nombre de médecins pratiquant au privé sur 10 ans; une hausse d'autant plus prononcée de 400% chez les médecins qui ont moins d'un an de pratique, et de 439% pour ceux ayant entre 1 et 5 ans de pratique[1]. Soulignons que le discours général et politique des dernières années a clairement contribué à « légitimiser »pour plusieurs le passage au privé.

Néanmoins, la privatisation de la santé constitue un phénomène beaucoup plus vaste, qui découle du cumul de décisions politiques incohérentes prises par nos gouvernements, qui ont passivement et activement participé à l'essor de la médecine privée, notamment en investissant des milliards de dollars dans des partenariats public-privé, en introduisant les CMS, en recourant aux agences de main-d'œuvre indépendante et, tout récemment, en augmentant les chirurgies réalisables au privé couvertes par les assureurs.

Le PL83 nous apparaît comme le geste d'un gouvernement qui désire se donner l'apparence d'agir pour préserver le système public, sans toutefois s'investir réellement en ce sens. Le gouvernement applique d'une main une mesure pansement, tout en ouvrant la porte au privé de l'autre.

[1] Chiffres de la RAMQ publiés dans "Serrer la vis aux médecins « inc. »", La Presse, 23 août 2023

## Bénéfices envisagés

Le PL83 est susceptible d'avoir des effets positifs concrets sur notre système de santé public, particulièrement si l'on considère la tendance actuelle, avec laquelle le passage au privé devient de plus en plus fréquent dès l'entrée en pratique. La mesure proposée constitue donc un frein concret à l'exode des jeunes médecins vers le privé en les maintenant dans le réseau public pendant au moins cinq ans, période qui pourrait favoriser l'enracinement de certains d'entre eux dans le secteur public.

Cette mesure freinerait le recrutement agressif présentement mené par les cliniques privées auprès des jeunes étudiant.e.s et résident.e.s en médecine, quitte à le déplacer vers les médecins ayant quelques années derrière le stéthoscope. Le PL83 envoie un signal aux entités privées qui sont guidées par le profit: nos nouveaux médecins ne sont pas « à acheter » ou «à capturer» dès leur sortie des bancs d'école. Nous espérons que le fait de limiter les possibilités de recrutement diminue le passage au privé des nouveaux médecins, et freine en conséquence l'expansion des cliniques privées. Cela dit, nous rappelons qu'une meilleure rétention à long terme ne sera possible que si les conditions de pratique sont améliorées, ce que nous détaillerons plus loin.

Par ailleurs, d'un point de vue social, le PL83 réitère le contrat social qui lie les professionnels de la santé à la population. La lutte contre la privatisation exige la mobilisation de différents acteurs, incluant les médecins. Le PL83 ne saurait être une solution miracle. Il s'agit néanmoins d'un premier pas dans la direction souhaitée par MQRP. Nous espérons que le gouvernement réaffirmera son engagement envers le contrat social en mettant en place des mesures supplémentaires pour freiner l'exode vers le privé.

## Risques appréhendés

Le PL83 envoie le message que la situation actuelle du secteur privé en santé est, dans l'ensemble, acceptable, à condition que son expansion soit maîtrisée. En d'autres termes, il semble suggérer que, tant que le nombre de médecins et de services privés ne croît pas de manière excessive, le système de santé privé peut coexister avec le public. Ce point de vue présente des dangers importants. Il minimise l'impact de la privatisation progressive qui affaiblit lentement mais sûrement le réseau public, érode l'accessibilité des soins et exacerbe les inégalités. Au lieu de considérer la situation comme relativement satisfaisante, il est impératif d'adopter une approche plus stricte et proactive en imposant des limites fermes et rapides à l'expansion du secteur privé.

Le PL83, par sa mesure unique, laisse entendre qu'un engagement de cinq ans dans le système public suffirait à contrer l'exode vers le privé, alors que la réalité est bien plus complexe. L'obligation restreinte à une durée de cinq ans sous-tend l'idée d'un contrat social à durée limitée, en vertu duquel l'engagement envers le secteur public peut être temporaire et

après quoi le passage au privé devient acceptable. Par le fait même, le secteur privé en santé se voit légitimé.

Cette approche est à risque d'entraîner plusieurs effets pervers, dont l'accélération du passage au privé. En effet, certains médecins pourraient devancer leur transition vers le privé avant l'application de la loi, afin d'éviter toute contrainte future. D'autres pourraient également adopter des stratégies de contournement de l'obligation, par exemple en ayant recours aux désaffiliations et affiliations successives ou en occupant des postes temporaires au public.

Nous avons abordé plus haut le phénomène de recrutement par les entités privées auprès des jeunes médecins. Avec l'adoption du PL83, il est à prévoir que les CMS et les cliniques privées changeront simplement leur stratégie, en ciblant désormais des professionnels plus expérimentés ayant déjà passé le cap des cinq années dans le réseau public. De nouveaux modèles d'affaires pourraient également émerger pour tirer profit de cette nouvelle règle.

Nous craignons particulièrement que le PL83 serve une stratégie d'autojustification par le gouvernement, qui se défendra d'avoir agi concrètement pour préserver notre système de santé public, sans toutefois aborder en profondeur les véritables causes de l'exode médical vers le privé. (voir annexe 2)

## Propositions alternatives de MQRP pour freiner la privatisation et renforcer le système de santé public

### Recours aux leviers législatifs pour mieux encadrer la pratique médicale

L'exode des médecins vers le privé n'est pas un problème isolé, mais le symptôme d'un enjeu plus large : l'essor du secteur privé en santé et ses effets délétères sur l'accessibilité et l'équité des soins. Pour y remédier, il est essentiel d'agir à la source en limitant l'enrichissement des entreprises privées et des CMS, en freinant leur développement et en réduisant les contrats et investissements publics dans ces structures.

Au niveau juridique, l'affaire *Chaoulli* a révélé qu'une interdiction stricte du privé en santé pourrait être sujette à une contestation en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* ou de son analogue québécois, la *Charte des droits et libertés de la personne*. MQRP est d'avis qu'une interdiction législative formelle du privé en santé serait ultimement la meilleure manière de ramener et retenir les effectifs médicaux dans le régime public, d'utiliser l'argent des contribuables de manière efficiente, et de garantir un accès équitable aux soins.

**Recommandation: interdire formellement le privé en santé**

MQRP estime qu'une interdiction législative formelle du privé en santé serait la meilleure façon de ramener et de retenir les effectifs médicaux dans le régime public.

Toutefois, dans le contexte politique et juridique actuel, plusieurs autres mesures, en dehors de l'interdiction formelle, peuvent et doivent être envisagées pour limiter, à tout le moins, l'expansion du privé en santé au Québec. Nous suggérons :

- **d'interdire le statut de non-participant** et d'orienter ces médecins vers le statut de désengagé, leur imposant les tarifs RAMQ et garantissant le remboursement des patients. Les médecins qui ne souhaitent pas participer au régime public seraient alors orientés vers le statut de désengagé. Ainsi, ils ne pourraient facturer à leur patientèle que les montants correspondant aux tarifs établis par la RAMQ, permettant aux patients d'être remboursés pour leurs soins. C'est d'ailleurs le fonctionnement dans la majorité des provinces canadiennes. Cette mesure réduirait drastiquement les occasions de tirer profit du système de santé, tout en assurant une meilleure accessibilité aux soins pour la population.
- **de mettre fin à la récente permission mixité de pratique en télémédecine** pour recentrer le temps médical vers le réseau public.
- **d'interdire les désaffiliations et réaffiliations répétées** qui permettent indirectement une pratique mixte, bien que celle-ci soit techniquement interdite par la Loi.

MQRP invite entre-temps le ministre à appliquer l'article 30.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*, déjà en vigueur :

> ***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. [...]*

Ces actions combinées permettront de consolider le réseau public et d'assurer un accès équitable aux soins pour tous.

**Recommandation: recourir aux leviers législatifs**

L'interdiction de pratique au privé ne devrait pas seulement concerner les cinq premières années de pratique. MQRP est d'avis que:

- le gouvernement peut immédiatement utiliser l'article 30.1 de la LAM pour ramener les médecins au public;
- le statut de médecin non-participant à la RAMQ devrait être aboli, et ce, indépendamment du nombre d'années de pratique;
- la mixité de pratique permise pour la télémédecine devrait être interdite;
- la pratique de désaffiliation et réaffiliation répétée, permettant indirectement une pratique mixte, devrait être interdite.

## Une utilisation optimale des ressources dans le régime public

Parmi les causes mentionnées par les médecins qui vont pratiquer au privé, certains citent la difficulté d'exercer dans le système public à la hauteur de leurs attentes. Pensons ici notamment aux chirurgiens qui se plaignent de ne pas avoir assez de temps de bloc opératoire en raison de leur sous-utilisation. Avant tout recours au privé, nous devons exiger que nos ressources au public soient pleinement utilisées. Les salles d'opération dans nos hôpitaux devraient fonctionner à leur pleine capacité avant de songer ou d'avoir recours à des solutions externes (*centres médicaux spécialisés, mini-hôpitaux, etc.*).

Pour ce faire, le gouvernement se doit de renforcer les conditions de travail et salariales pour rendre le réseau public plus attractif et freiner l'exode vers le privé. En plus d'établir des

restrictions encadrant la pratique au privé, le gouvernement se doit d'être proactif pour que le réseau public soit un employeur de choix pour les professionnels. Les négociations sur les conditions de travail doivent se faire en gardant en tête la pénurie criante de main-d'œuvre et l'exode massif des travailleurs de la santé vers le privé. Il est nécessaire d'améliorer les conditions de travail et le salaire des différents travailleurs de la santé pour améliorer globalement le système public.

Finalement, parmi les défis du régime public, l'accès aux soins de première ligne est un des éléments ayant le plus souffert des politiques successives des dernières années. Dans ce contexte, nous proposons plusieurs axes de solutions pour la première ligne afin que les citoyens retrouvent un accès adéquat à des soins de santé, sans avoir à passer par des fournisseurs privés:

- **Un retour à des soins accessibles et décentralisés**, notamment en s'inspirant du modèle des CLSC pour un gestion locale, décentralisée, dans lesquels les citoyens sont impliqués dans la gouvernance;
- **Un élargissement de l'offre de soins,** notamment dans les services professionnels (psychothérapie, physiothérapie, ergothérapie) et dans les services de soutien à domicile qui limitent les hospitalisations inutiles;
- **Un investissement dans la prévention,** en réorientant une partie du budget consacré aux soins curatifs vers les soins préventifs et en renforçant les politiques publiques ciblant les déterminants sociaux de la santé pour agir en amont et réduire la pression sur le système curatif.

**Recommandation: utiliser les ressources du public à sa pleine capacité**

Avant tout recours au privé, nous devons exiger que nos ressources au public fonctionnent à pleine capacité. Avec un financement adéquat, tous les blocs opératoires du réseau public devraient opérer à plein rendement avant de considérer d'autres options (CMS).

Nous proposons également de revitaliser la première ligne en mettant l'accent sur les éléments suivants: un retour à des soins accessibles et décentralisés, en élargissant l'offre de soins et en investissant dans la prévention.

## Favoriser l'exercice de la médecine au sein du réseau public

Il faut, d'une part, rendre le réseau public plus attrayant pour les soignants et, d'autre part, cesser de financer parallèlement des initiatives privées qui drainent celui-ci de ses ressources.

Nous croyons qu'il est nécessaire de s'attaquer aux causes du départ des médecins vers le privé, en réformant les mécanismes de planification des ressources médicales, notamment les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), les Plans d'effectifs médicaux (PEM) et les

Activités médicales particulières (AMP), afin de les alléger tout en garantissant une répartition équitable des soins sur le territoire. L'approche québécoise, plus rigide que celle adoptée ailleurs au Canada, n'a pas démontré une efficacité supérieure en matière de réduction des déserts médicaux.

Si le gouvernement souhaite réellement que les médecins restent dans le régime public, il se doit d'arrêter de financer les initiatives privées. Par exemple, il faut limiter l'essor des CMS, dont l'élargissement des chirurgies accentue l'exode des médecins vers le privé, mettre un terme aux avantages fiscaux dont bénéficient les cliniques privées, cesser de subventionner indirectement celle-ci en leur fournissant un système de référence et de gestion des rendez-vous, par exemple via les plateformes de Clic Santé ou du GAP. Cette dynamique affaiblit le réseau public, réduisant son accessibilité et son équité au profit du privé.

**Recommandation: rendre la pratique au public plus attrayante**

Les restrictions entourant l'obtention de postes sont fréquemment citées par les médecins qui quittent dans leurs premières années de pratique, qui voient le privé comme une alternative plus facile et attrayante. MQRP est d'avis que:

- Les conditions liées à l'obtention du permis de pratique (PREM ET PEM), ainsi que les obligations liées aux activités médicales particulières (AMP) devraient être révisées et assouplies;

- Le gouvernement ne devrait pas encourager la pratique au privé, à travers le financement d'initiatives privées (CMS) ou le référencement de patients vers des cliniques privées (via GAP, Clic Santé).

## Un contrat social pérenne et bidirectionnel

Le contrat social en médecine est fondamentalement bidirectionnel, impliquant des responsabilités partagées entre les médecins et le gouvernement. D'une part, les médecins s'engagent à fournir des soins de qualité à tous les citoyens dans le cadre d'un système de santé public, universel et gratuit. Ces soignants ont un rôle crucial à jouer en assurant l'accessibilité, l'équité et la pertinence des soins.

D'autre part, il est nécessaire que le gouvernement soutienne ce contrat en garantissant un système de santé fonctionnel, bien organisé et bien financé. Sans une infrastructure adéquate, des ressources humaines suffisantes et des conditions de travail favorables, il devient impossible pour les médecins de remplir leur rôle efficacement et de répondre aux besoins de la population. Le gouvernement doit garantir que les médecins disposent de l'environnement et des outils nécessaires pour offrir des soins de qualité, tant en termes de ressources matérielles que de formation continue. Le contexte actuel de privatisation croissante et de surcharge des

listes d'attente contribue à l'exode des médecins vers le privé, ce qui fragilise et surcharge encore davantage le système public.

Les pistes de solutions proposées dans ce rapport ne peuvent être mises en œuvre sans une volonté politique ferme. Or, nos décideurs sont souvent guidés par la pression populaire et les impératifs électoraux. Puisque le pouvoir législatif incarne la volonté du peuple, il est essentiel de sensibiliser les citoyens québécois aux conséquences de la privatisation du système de santé, soit: l'affaiblissement de la solidarité sociale, la duplication des coûts pour les usagers, la détérioration de l'accessibilité et de la qualité des soins et services, le tout au bénéfice de quelques grandes entreprises.

Il est temps que les classes politiques cessent de présenter la privatisation comme une solution complémentaire, et qu'elles ne balayent plus d'un revers de la main les critiques légitimes sur son expansion.

**Recommandation: renforcer le contrat social**

Il est essentiel de renforcer le contrat social qui lie les médecins à la population en réaffirmant leur engagement à soigner les patients au sein d'un système de santé universel, gratuit et public. Cet engagement ne doit pas être perçu comme une obligation temporaire, mais comme un principe fondamental et durable qui garantit l'accessibilité et l'équité des soins pour tous.

Le gouvernement doit assumer pleinement son rôle de gardien du système de santé public, notamment en assurant des conditions de travail justes et en garantissant un financement adéquat pour préserver l'intégrité et l'efficacité du réseau public.

## Conclusion

MQRP partage l'intention officielle du PL83, soit de favoriser notre système de santé public, mais insiste sur la nécessité d'adopter une approche plus complète qui freinera véritablement le développement délétère du privé et de la recherche de profit en santé. Comme présenté précédemment, une approche multiforme dévouée au renforcement du système public est nécessaire, plutôt que d'imposer des restrictions cosmétiques d'une main, tout en favorisant de l'autre un exode vers le privé. Une véritable lutte contre la privatisation exige une action concertée sur tous les fronts.

Les pistes de solutions préconisées par MQRP sont plus largement détaillées dans notre rapport annuel de 2024, intitulé *Guide d'autodéfense intellectuelle contre la privatisation du système de santé*[2].

[2] Médecins québecois pour le régime public (2024), *Guide d'autodéfense intellectuelle contre la privatisation du réseau de la santé*, https://drive.google.com/file/d/1f0acxs6onXTQLi-PuAJEda9iK_D9OWMs/view

## Résumé des recommandations

1. **MQRP estime qu'une interdiction législative formelle du privé en santé** serait la meilleure façon de ramener et de retenir les effectifs médicaux dans le régime public.

2. **MQRP suggère de recourir entre-temps aux leviers législatifs suivants pour mieux encadrer la pratique médicale**

   L'interdiction de pratique au privé ne devrait pas seulement concerner les cinq premières années de pratique. MQRP est d'avis que:
   - **a.** le gouvernement peut immédiatement utiliser l'article 30.1 de la Loi sur l'assurance maladie (LAM) pour ramener les médecins au public;
   - **b.** le statut de médecin non-participant à la RAMQ devrait être aboli, et ce, indépendamment du nombre d'années de pratique;
   - **c.** la mixité de pratique permise pour la télémédecine devrait être interdite;
   - **d.** la pratique de désaffiliation et réaffiliation répétée, permettant indirectement une pratique mixte, devrait être interdite.

3. **MQRP exige une utilisation à pleine capacité des ressources du public**
   Le réseau public devrait être financé et utilisé à pleine capacité avant de considérer des alternatives. Le gouvernement devrait reculer sur sa promesse d'étendre les procédures couvertes en CMS.

4. **MQRP suggère de rendre la pratique au public plus attrayante**
   Afin de favoriser l'exercice au sein du réseau public de santé et services sociaux, les règles d'exercice au public (PREM, PEM, AMP) devraient être assouplies et le financement d'initiatives privées qui lui font concurrence devrait être interdit.

5. **MQRP suggère de renforcer le contrat social**
   MQRP rappelle que le contrat social qui unit les médecins à la population est bidirectionnel et n'est pas à durée limitée. Les médecins ont une redevance envers la population, tandis que le gouvernement se doit de préserver des conditions d'exercices saines dans le système public.

# Annexe 1

## CONTEXTE DE L'EXPANSION DU PRIVÉ AU QUÉBEC : LE FRUIT DE DÉCISIONS GOUVERNEMENTALES

Le projet de loi 83 doit être analysé dans le contexte plus large de la privatisation en santé, tant sous le gouvernement actuel que durant les décennies précédentes.Le Québec se distingue comme la province canadienne où la privatisation des soins de santé est la plus marquée. Pour bien comprendre les raisons sous-jacentes à l'expansion de la médecine privée à but lucratif dans notre province, il importe de souligner les décisions gouvernementales successives et la déresponsabilisation de l'État ayant mené à la présente impasse:

- **1980 : Diminution du financement de l'État**
  Depuis les années 1970, le financement privé des soins de santé a fortement augmenté en réponse à la réduction du financement public. Initialement, des soins comme l'optométrie, la physiothérapie, la psychologie et la dentisterie étaient couverts par la Loi sur l'assurance maladie, mais ont été progressivement exclus à partir des années 1980, permettant au marché privé de croître. En 1979, le financement privé représentait 17,5 % des dépenses en santé, et a atteint environ 27 % en 2020, avec un bond notable avant la pandémie, où il avait dépassé 52,6 % en 40 ans. Cette tendance reflète une diminution du financement public, passant de 77 % en 1976 à 70,1 % en 2019, avec une baisse de 7 % au Québec, accentuant la privatisation du système de santé[3].

- **2000: Création des GMF**
  Au début des années 2000, la Commission Clair a mis l'accent sur l'amélioration des services de première ligne et a instauré des réformes importantes, notamment la création des Groupes de médecine de famille (GMF), conçus pour offrir des soins continus et coordonnés à la population. Selon une analyse de l'IRIS, sur les 50 GMF-R privés ou mixtes existants, près des deux tiers comptent au moins un actionnaire, associé ou dirigeant qui n'est pas médecin, et près du quart ne comptent aucun médecin parmi leurs actionnaires, associés ou dirigeants. Cependant, plus de 20 ans après la création des GMF, force est de constater que ce modèle n'a pas permis d'atteindre les objectifs de sa mission : accroître l'accès de la population aux médecins de famille, favoriser le désengorgement des urgences et améliorer l'accès aux services psychosociaux de première ligne[4].

---

[3] Guillaume Hébert. La progression du secteur privé en santé au Québec. Série: Le privé en santé. IRIS 2022. https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/IRIS-FICHE1_prive-sante_VF.pdf

[4] Anne Plourde. Bilan des groupes de médecine (GMF) de famille après 20 ans d'existence – Un modèle à revoir en profondeur. Publications. IRIS 2022. https://iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/?utm_source=chatgpt.com#Conclusion

- **2005: Jugement Chaoulli**
  En 2005, la Cour suprême du Canada a statué en faveur du Dr Chaoulli, affirmant que les longs délais d'attente pour certains soins violaient les droits des patients, ce qui a permis le recours au privé pour des interventions non urgentes comme celles de la hanche, du genou et de la cataracte. Presque 20 ans plus tard, cet arrêt a contribué à la privatisation des soins de santé au Québec, en attirant de la main-d'œuvre vers le privé sans réduire les listes d'attente. Récemment, le gouvernement a élargi la liste des chirurgies pouvant être réalisées en privé dans plusieurs spécialités, ce qui risque d'accentuer l'exode des chirurgiens vers le privé.

- **2008: Rapport Castonguay**
  Le dépôt du rapport Castonguay en 2008 a marqué un tournant majeur en préconisant une ouverture accrue du système québécois au secteur privé. Ce rapport recommandait notamment l'augmentation du nombre de cliniques privées, la délégation de leur gestion au secteur privé et la possibilité pour les médecins de pratiquer dans le secteur public et le secteur privé en même temps

- **2010: Acceptabilité sociale croissante**
  Depuis une décennie, la privatisation gagne en acceptabilité sous l'influence du gouvernement, des médias et des idéologies néolibérales. Le public fonctionne à plusieurs égards et a ses propres «Top-Gun » . Présentée comme une réponse aux pressions budgétaires et aux inefficacités du réseau public, cette transformation repose sur un discours qui minimise ses effets négatifs, notamment l'aggravation des inégalités d'accès aux soins et le drainage de la main-d'œuvre au privé. Malgré les résistances de certains groupes, la privatisation progresse, renforcée par des décisions politiques et une perception publique influencée par une couverture médiatique souvent unilatérale.

- **2015: Projet de loi 20**
  En 2015, le ministre de la santé Gaétan Barrette dépose un projet de loi avec pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé, notamment en augmentant le nombre de patients pris en charge par les médecins de famille. Il souhaitait notamment imposer un nombre minimal de patients à suivre sous peine de sanctions financières. Ce projet largement dénoncé par la FMOQ, l'opposition dénonçait également son approche coercitive et son atteinte à l'autonomie professionnelle. Devant la contestation, plusieurs mesures du projet de loi ont été revues si bien qu'un accord entre la FMOQ et le gouvernement a mené à des cibles d'accessibilité plutôt qu'à des quotas rigides. Il s'agit ici d'un exemple précis d'échec d'un projet de loi axé sur des mesures punitives envers les médecins plutôt qu'une amélioration globale des ressources du système de santé.

- **2022: Télémédecine privée**
  En décembre 2022, un décret du gouvernement de la CAQ a facilité l'essor de la télémédecine privée en modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie. Deux mesures majeures ont été introduites : la mixité de pratique, permettant aux médecins du public de travailler aussi en privé, et l'assurance duplicative, autorisant les assureurs privés à couvrir ces soins. Ces changements ont un impact direct sur

l'offre de soins publics, car ils réduisent la disponibilité des médecins dans le secteur public, augmentant ainsi les délais d'accès aux soins et alimentant la privatisation. De plus, la télémédecine privée, souvent effectuée sans suivi ni possibilité d'examen physique, ne garantit pas toujours des soins optimaux, augmentant ainsi les risques de diagnostics inadéquats et de prescriptions inutiles.

- **2023: Projet de loi 15 et Santé Québec**
  En avril 2023, le ministre de la santé Christian Dubé dépose un projet de loi « mammouth » qui vise à réformer le système de santé en créant une nouvelle agence centrale: Santé Québec. Adopté sous bâillon en décembre 2023, ce projet de loi ouvre davantage la porte au privé. Il facilite l'implantation de nouveaux modèles hybrides tels les centres médicaux spécialisés (CMS) où les investissements privés jouent un rôle de plus en plus important dans l'offre de soins de santé au Québec.

## Annexe 2: Tableau risques/bénéfices du PL83

**Tableau 1 : PL83 - Récapitulatif des bénéfices envisagés et risque appréhendés**

| | BÉNÉFICES ENVISAGÉS | RISQUES APPRÉHENDÉS |
|---|---|---|
| **PASSAGE AU PRIVÉ** | Arrêt complet du passage au privé des jeunes médecins dans les cinq premières années de leur pratique | Accélération du passage au privé après la période de cinq années obligatoires |
| **RECRUTEMENT** | Frein au recrutement agressif présentement mené par les cliniques privées auprès des jeunes étudiants et résidents en médecine | Adaptation des stratégies des cliniques privées, notamment dans le recrutement |
| **EXPANSION DES CLINIQUES PRIVÉES** | Limitation de l'expansion des cliniques privées par la diminution du bassin de jeunes médecins disponibles | Expansion rebond des cliniques privées par le recrutement des professionnels plus expérimentés |
| **CONTRAT SOCIAL** | Imposition du contrat social chez les jeunes médecins | Perception d'un contrat social à durée limitée |
| **POLITIQUE** | Présenté comme potentielle première action législative d'une série visant à freiner la privatisation | Gouvernement qui se satisfait de la mesure et évite de s'attaquer aux causes profondes de la privatisation |