Guide d’autodéfense intellectuelle contre la privatisation du réseau de la santé

Rapport annuel 2024 de

MQRP

MÉDECINS QUÉBÉCOIS
POUR LE RÉGIME PUBLIC

Sous la direction de
Élise Girouard-Chantal, MD MSc, secrétaire-trésorière
Xavier Gauvreau, MD, vice-président

Rédigé par
Me Alexandra Barkany, LL.M., conseillère
Élise Girouard-Chantal, MD MSc, secrétaire-trésorière
Fernando Alvarez, MD, conseiller
Hubert Tessier-Grenier, MD, conseiller
Jean-François Tourigny, MD PharmD MSc, ancien conseiller
Isabelle Leblanc, MD, présidente
Pierre Fontaine, MD, conseiller
Xavier Gauvreau, MD, vice-président

Révision par
Me Alexandra Barkany, LL.M., conseillère
Justin Gagnon, conseiller
Kelly-Anne Kurtz, conseillère

Remerciements
Dre Nadia Sourial, Me Marco Laverdière et Dr Neb Kovacina pour leur participation et contribution à notre soirée de formation annuelle en mai 2024, moteur de départ du présent document.

Mémoire du CA présenté à l'Assemblée générale des membres
Publié le 9 décembre 2024

CP 48729 Outremont
Outremont, Québec H2V 4T3
Pour toute question ou commentaire, veuillez contacter info@mqrp.qc.ca

Pour tout problème complexe, il existe une solution qui est claire, simple et fausse.

- Henri Louis Mencken (1880-1956)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **4**
- Qui est MQRP? 4
- Quel est l'objectif de ce rapport? 5

PETIT LEXIQUE DE LA PRIVATISATION EN SANTÉ **6**

CONTEXTE **8**
- Quel est l'historique du système de santé au Québec? 8
- Quel cadre juridique régit la privatisation de la santé au Québec? 11
- Pourquoi la privatisation de la santé est-elle devenue acceptée socialement? 15
- Est-ce un enjeu propre au Québec? 17
- La privatisation de la santé au Québec, qu'en est-il aujourd'hui? 18
- Pourquoi les médecins (et futurs médecins) devraient s'y intéresser? 20

ILLUSIONS DE LA PRIVATISATION **21**
- La privatisation assure-t-elle un système de santé plus efficace? 21
- La qualité des soins est-elle meilleure dans le privé? 23
- La privatisation permet-elle un meilleur accès aux soins? 24

DÉRIVES DE LA PRIVATISATION **25**
- Comment la privatisation conduit-elle à l'exode des médecins du système public? 25
- Comment la privatisation augmente-elle les inégalités? 26
- L'introduction du privé a-t-elle permis de diminuer les listes d'attentes en chirurgie? 27
- Quels sont les impacts de la télémédecine privée sur le système de santé public? 29
- Quels sont les impacts d'un système d'assurance médicaments mixte? 30

REGARDS VERS UN FUTUR PUBLIC - LA POSITION DE MQRP **33**
- Quelles sont les qualités du système public québécois à renforcer? 33
- Quelles sont les stratégies préconisées par MQRP pour améliorer notre système de santé public? 36

CONCLUSION **40**

BIBLIOGRAPHIE **41**

ANNEXES **47**

INTRODUCTION

Qui est 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'objecte 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).

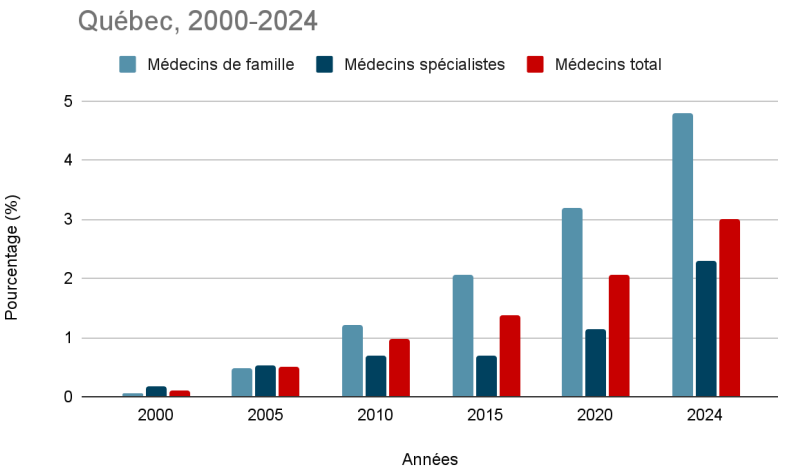
Quel est l'objectif de ce rapport?

En février 2011, MQRP publiait son rapport annuel intitulé *État des lieux : Main basse sur le système public de santé,* qui faisait déjà état d'une détérioration marquée du système de santé public, accentuée par une ouverture croissante des gouvernements à la privatisation des soins de santé.

Malheureusement, nous avons depuis assisté à une croissance fulgurante de la médecine privée au Québec, au détriment des patients. Tel que prédit, les listes d'attentes se sont allongées et l'accès aux soins s'est détérioré pour l'écrasante majorité de la population. Malgré l'échec manifeste de cette privatisation, un changement préoccupant s'opère dans l'opinion publique : face à la dégradation des services publics, une frustration chronique cède place à un désir de changement, souvent orienté vers des solutions privées. Nourri par des mythes répétés sur l'efficacité du privé par des gouvernements successifs, le citoyen moyen semble de plus en plus résigné à accepter cette alternative.

Il est encore plus inquiétant de constater qu'un nombre record de médecins quittent chaque année le système public, et ce, de plus en plus rapidement après la fin de leurs études. En 2005, seulement 0,48 % des médecins de famille exerçaient en dehors du régime public; ce chiffre a bondi à 4,8 % en 2024. Du côté des spécialistes, la proportion est passée de 0,53 % à 2,3 % au cours de la même période[5]. **Le graphique 1** ci-joint illustre cette croissance exponentielle depuis 2000[1,2,3,4]. Aujourd'hui, plus de 500 médecins de famille et plus de 270 médecins spécialistes exercent au privé[5].

Graphique 1: Proportions de médecins hors régime public[1,2,3,4]



Près de 20 ans de l'arrêt *Chaoulli*, ce rapport cherche à dresser un portrait actuel de la privatisation de la santé au Québec, à dénoncer les illusions et dérives qui s'y rattachent, et proposer des solutions aux problèmes qui affligent notre système actuel.

En bref

MQRP est un groupe qui milite pour que tous les Québecois et Québecoises aient un accès égal aux soins de santé, et ce, sans avoir à débourser de leurs poches. Après tout, il payent déjà pour ces soins par le biais des impôts.

Depuis les 20 dernières années, la croissance de la médecine privée au Québec a été fulgurante, sans amélioration notable des soins. Il est temps de réévaluer l'état des lieux en vue de corriger le tir pour le futur de notre système de santé public.

PETIT LEXIQUE DE LA PRIVATISATION EN SANTÉ

AMP
Les médecins de famille au Québec doivent consacrer une partie de leur pratique à des activités médicales particulières (AMP), avec des sanctions financières en cas de non-respect de l'engagement.

Assurance duplicative
La législation québécoise interdit la souscription d'assurances privées couvrant les mêmes services que le régime public. Cela garantit que l'accès aux soins se fasse selon les besoins des patients, et non en fonction de leur capacité à payer pour des services plus rapides, assurant ainsi un accès aux soins équitable.

Centres médicaux spécialisés (CMS)
Les centres médicaux spécialisés (CMS) sont des établissements qui fournissent des services médicaux en sous-traitance au système de santé public, en mettant à disposition des infrastructures, notamment des salles d'opérations. Les CMS traitent généralement des patients présentant des cas moins complexes que ceux opérés dans les établissements publics. Il faut savoir que les CMS imposent au système public des frais supplémentaires afin de dégager une marge de profit de leurs activités.

Écrémage (en anglais: *cream skimming*[6])
Phénomène par lequel le système de santé privé sélectionne les patients en meilleure santé ou avec des problématiques simples, afin de maximiser les profits. Cela laisse au système public la prise en charge des cas plus complexes, souvent les patients les plus vulnérables, nécessitant des soins plus lourds. Par exemple, les centres médicaux spécialisés (CMS) laissent au secteur public la prise en charge des patients plus lourds et coûteux.

Frais accessoires
Les frais accessoires désignent les frais supplémentaires que doivent payer les patients pour obtenir certains services médicaux ou traitements, qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé provincial. Historiquement, ces frais étaient interdits, mais plus récemment, des accords ont été conclus entre les fédérations médicales et le gouvernement, permettant aux professionnels de facturer certains services comme des billets médicaux, la complétion de formulaires ou certaines échographies. Ces frais menacent l'accessibilité aux soins de santé en imposant un coût supplémentaire.

Médecins participants versus non-participants
Les médecins participants sont soumis à l'entente négociée par leur fédération (FMOQ ou FMSQ) avec le MSSS; ils exercent dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec. Les médecins non-participants ne sont pas liés par ces ententes et facturent directement leurs patients, qui ne peuvent pas être remboursés par la RAMQ.

Mixité de pratique
Au Québec, la pratique mixte est interdite pour les soins couverts par la RAMQ, c'est-à-dire qu'un médecin ne peut pas exercer à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé (sauf exception visant les radiologues hors établissement et nouvellement les soins de

télémédecine). Les médecins pratiquant au public peuvent cependant pratiquer au public et exercer des actes non couverts par la RAMQ au privé, tel que les soins d'esthétique.

PPP
Un partenariat privé-public (PPP) est un contrat à long terme par lequel un organisme public s'associe avec une entreprise du secteur privé, avec ou sans financement de la part de celle-ci, à la conception, à la réalisation et à l'exploitation d'un ouvrage public. C'était, par exemple, le modèle choisi pour la construction du CHUM et du CUSM entre 2013 et 2017.

PREM/PEM
Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) sont la méthode d'attribution des permis de pratique en médecine familiale, en fonction des régions et besoins populationnels. Le PEM d'un établissement correspond au nombre de postes autorisés par spécialité, c'est-à-dire la méthode d'attribution des permis de pratique pour les médecins spécialistes.

Surfacturation
La surfacturation se produit lorsqu'un professionnel de la santé facture des montants excédant le coût des services couverts par le régime public provincial d'assurance-santé. En d'autres termes, cela correspond à la facturation de frais supérieurs à leur valeur réelle du service, mettant en cause l'accessibilité et l'intégrité du système de santé.

Vases communicants (en anglais: *zero sum game*)
Contrairement à l'idée véhiculée selon laquelle le secteur privé est « complémentaire » et offre de « nouvelles options », les ressources en santé (notamment le personnel) sont limitées. Ainsi, chaque transfert de ressource vers le privé constitue une perte pour le réseau public.

CONTEXTE

Quel est l'historique du système de santé au Québec?

Afin de comprendre l'état actuel du système de santé québécois, il est nécessaire d'examiner son évolution historique complexe, marquée par une série de réformes majeures qui ont débuté dans les années 1960.

Au cours de la première moitié du 20e siècle, les services médicaux à l'extérieur des hôpitaux étaient offerts par des cabinets privés de médecins qui facturaient directement à leurs patients. Le réseau hospitalier était principalement administré par des communautés religieuses, responsables de prendre en charge les patients les plus malades[7,8].

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, de nombreux pays, dont le Canada, ont entrepris une transformation de leurs systèmes de santé en plaçant l'État au centre de leur gestion. Deux modèles de système de soins sont alors envisagés. D'une part, le modèle Beveridge, originaire du Royaume-Uni, propose une couverture universelle financée par l'impôt. D'autre part, le modèle Bismarck, adopté en Allemagne, repose sur une assurance sociale financée par les cotisations des travailleurs. Le modèle Bismarck permet aux patients de choisir librement leurs médecins et établissements de santé. Cependant, le modèle Beveridge présente trois avantages majeurs : il est généralement moins onéreux, offre une meilleure équité dans l'accès aux soins, et assure une coordination plus efficace entre les services de santé fournis et leur financement[9]. Ces approches ont profondément influencé les débats sur la création d'un système de santé public au Québec.

Le mouvement vers un système de santé public au Canada a débuté au début des années 1960, en Saskatchewan, où le premier programme d'assurance médicale publique a vu le jour sous la direction du premier ministre Tommy Douglas. En 1966, la *Loi sur les soins médicaux* a créé un cadre national pour l'assurance maladie, établissant un partage des coûts des services médicaux assurés entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires. Cette loi dressait les bases du système de santé public canadien, encourageant les provinces à développer leurs propres systèmes d'assurance maladie. Soulignons que l'enjeu du partage du financement demeure un sujet de débat important, alors que la contribution du fédéral n'était que de 22 % en 2024[10].

Les années 1960 ont également marqué une véritable révolution pour le réseau hospitalier québécois, marquée par l'instauration de l'État-providence sous le gouvernement libéral de Jean Lesage[7].

En 1970, la Commission Castonguay-Nepveu a proposé une refonte majeure du système de santé du Québec, en recommandant la création d'un régime d'assurance maladie public et universel. Malgré une forte résistance des communautés religieuses, des médecins et des compagnies d'assurances, l'Assemblée nationale a adopté, en 1971, la *Loi sur les services de santé et des services sociaux*, assurant un accès universel et gratuit aux soins de santé, sans égard au revenu ou au statut social des citoyennes et des citoyens[11]. En 1984, La *Loi canadienne sur la santé* établissait les principes directeurs que doivent respecter les provinces et territoires pour recevoir les subventions fédérales, dont il sera question dans la section suivante du présent rapport[7].

Les années 1980 et 1990 ont représenté une période de défis économiques importants pour le Québec, marquée par une pression croissante de réduire les dépenses publiques. Adoptant une politique de déficit zéro, visant à équilibrer le budget provincial, le gouvernement québécois a mis en place un « virage ambulatoire », favorisant la prestation des soins en dehors des hôpitaux, notamment par le biais de cliniques externes et de soins à domicile. Des compressions budgétaires et des réorganisations ont été mises en œuvre, au prix de tensions avec les professionnels de la santé et d'une réduction de l'accès à des soins de qualité[12].

Graphique 2: Historique du système québécois

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. En 2005, la Cour suprême du Canada a donné raison au Dr Chaoulli, statuant que les longs délais d'attente pour les soins médicaux violaient les droits des patients[13]. Cet arrêt a autorisé le recours au privé pour trois types d'interventions chirurgicales non urgentes: la hanche, le genou et la cataracte. Près de 20 ans plus tard, cet arrêt aura eu l'effet d'accélérer la privatisation des soins de santé au Québec. De surcroît, 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[14].

En 2015, le projet de loi 10, introduit par Gaétan Barrette, a constitué une nouvelle étape dans la réorganisation du système de santé québécois. Cette réforme visait à décloisonner le réseau en abolissant les agences de santé et en fusionnant les différents établissements d'un même territoire, avec pour objectif d'améliorer l'efficacité et la coordination des soins[15]. Plus récemment, l'adoption du projet de loi 15, introduit en avril 2023 par le ministre actuel de la santé, Christian Dubé, s'est inscrit dans cette même logique de centralisation et de nouvelle gestion publique qui a mené les réformes depuis le début des années 2000. Ce projet de loi « monstre » comptant plus de 1200 articles prévoit la création d'un employeur unique pour l'ensemble des 330 000 employés de l'État, l'*Agence Santé Québec*. L'entité aura à sa tête une ancienne PDG du secteur privé[16]. Tel que souligné dans le mémoire que

MQRP a déposé à l'Assemblée nationale à ce sujet, plusieurs articles de la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace,* dont la plupart des dispositions sont désormais en vigueur, semblent faciliter le recours au privé dans la gestion des soins[17].

En bref

L'histoire du système de santé au Québec est marquée par une transformation progressive, passant d'un réseau majoritairement privé et religieux au début du 20e siècle à un système public universel instauré dans les années 1960-1970. Sous l'influence du modèle Beveridge, le Québec a adopté un régime d'assurance maladie public en 1971, malgré des résistances. Les réformes ultérieures ont inclus la création des Groupes de médecine de famille (GMF) en 2000, mais aussi des mesures favorisant la privatisation, comme le jugement Chaoulli en 2005 et le rapport Castonguay en 2008. Les années récentes ont vu une centralisation accrue avec des réformes telles que le projet de loi 10 (2015) et le projet de loi 15 (2023), reflétant une tension persistante entre gestion publique et recours au privé.

Quel cadre juridique régit la privatisation de la santé au Québec?

La privatisation de la santé au Québec est régie par un cadre juridique complexe qui intègre plusieurs lois et réglementations fédérales et provinciales, lesquelles encadrent l'organisation, la prestation et le financement des services de santé. D'emblée, il importe de noter qu'aucune loi ne prohibe les services de santé privés. Comme l'a déjà souligné la Cour suprême du Canada, le Québec pourrait choisir un système de santé similaire à celui de nos voisins américains (*Chaoulli* c. *Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35, par. 176). Cela dit, diverses lois, règlements et autres éléments du corpus juridique balisent directement ou indirectement la privatisation des services de santé.

La santé ne fait pas l'objet d'une attribution constitutionnelle spécifique à un palier gouvernemental, mais constitue plutôt un sujet que les lois fédérales ou provinciales peuvent aborder selon leur objet et leur nature (*Schneider* c. *La Reine*, [1982] 2 RCS 112). Par exemple, alors que la prestation des soins de santé relève d'une compétence provinciale (*Loi constitutionnelle de 1867*, art. 92(7)), le Parlement fédéral peut légiférer en matière de santé par le truchement de sa compétence exclusive en matière de droit criminel (LC 1867, art. 91(27)), en contrôlant les dangers possibles que présentent les produits et substances comme les drogues, le tabac, les cosmétiques, etc. Le pouvoir fédéral de dépenser, reconnu indirectement par les tribunaux, permet également au législateur fédéral d'influencer indirectement la prestation des soins de santé en assujettissant le financement des soins de santé à diverses conditions.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), qui établit « les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province » (LCS, art. 4). Cette loi impose cinq conditions aux provinces pour recevoir des fonds fédéraux : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Ce faisant, les provinces se voient découragées de privatiser des soins de santé, au risque de voir leurs transferts en matière de santé diminuer. Les conditions d'intégralité et d'accessibilité constituent les principaux obstacles à la privatisation, bien qu'elles constituent des incitatifs davantage que des prohibitions contraignantes juridiquement. Le principe d'intégralité requiert que tous les soins de santé médicalement nécessaires offerts par les hôpitaux, les médecins et les dentistes œuvrant en milieu hospitalier soient couverts par le régime public provincial d'assurance-santé (LCS, art. 9). La LCS empêche également la surfacturation et les frais modérateurs (LCS, art. 18). Le principe d'accessibilité, quant à lui, exige que les soins de santé assurés soient raisonnablement accessibles à toutes les personnes assurées sans frais d'utilisation ni barrière financière (LCS, art. 12).

Dans la même veine, des accords en matière de santé conclus entre les gouvernements fédéral et provincial influencent la privatisation en conditionnant le financement fédéral à certains critères de prestation des services de santé.

Au niveau provincial, la *Loi sur l'assurance maladie* (LAM) régit les modalités de l'assurance maladie et les services couverts par le régime public, et encadre l'interaction entre les secteurs public et privé. La LAM stipule notamment que les médecins doivent être inscrits au régime de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour pouvoir être rémunérés par celui-ci.

La pratique « mixte » (publique-privée) est interdite, c'est-à-dire que les médecins dits « participants » au régime acceptent de ne pas facturer directement les patients pour les services couverts par la RAMQ, qui agit à titre de tiers payeur (LAM, art. 22). La loi interdit également aux médecins participants de facturer des frais supplémentaires pour les services couverts, afin de maintenir leur accessibilité (LAM, art. 22.0.1). Par ailleurs, la LAM interdit les assurances privées dites « duplicatives », empêchant ainsi les assureurs privés et les régimes privés d'avantages sociaux de couvrir des services déjà assurés par la RAMQ (LAM, art. 15). Nonobstant ces obstacles au développement de systèmes de soins privés parallèles, les médecins peuvent choisir de pratiquer la médecine hors du régime public en devenant « non-participants ». Ils peuvent rendre des services privés qui seront entièrement et directement rémunérés par le patient (LAM, art. 26), lesquels ne peuvent être couverts par une assurance personnelle. De plus, des fournisseurs privés ou cliniques privées peuvent offrir et facturer aux patients des services qui ne sont pas couverts par la RAMQ, tels que certains soins dentaires ou la chirurgie esthétique. Enfin, les établissements publics peuvent également conclure des ententes avec des fournisseurs privés pour offrir certains services pour pallier les manques temporaires dans le système public.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), régit l'organisation et la prestation des services de santé et des services sociaux au Québec. Elle encadre la prestation des soins par les établissements tant publics que privés, ainsi que les modalités de financement et de réglementation. Si les établissements visés par la LSSSS sont majoritairement publics (hôpitaux, CHSLD, CLSC), une modification législative a introduit en 2006 de nouvelles formes de privatisation dans le secteur de santé québécois, par le biais des centres médicaux spécialisés (CMS), qui permettent au réseau public de financer des soins prodigués au privé (LSSSS, art. 333.3). Elle a également permis l'assurance privée de certains soins (remplacement de la hanche, du genou ou l'extraction de cataractes) (LSSSS, art. 333.1; LAM, art. 15 et 15.1).

Graphique 3: Financement et prestation des établissements de santé

Prestation

Financement	Établissements publics	Établissement privés
Public	• CISSS/CIUSSS • Hôpitaux • Instituts • CLSC • GMF-U • CHSLD publics • Médicaments administrés à l'hôpital • Professionnels du réseau public (psychologues, physio, ergo, etc.)	• Cliniques médicales • GMF • Coopératives • CHSLD privés conventionnés • Centres médicaux spécialisés (CMS) • Certains examens d'imagerie (mammographie, échographie, etc.)
Mixte		• Pharmacies communautaires • Cliniques dentaires, optométristes
Privé	• Soins et équipements payés par la fondation de l'hôpital • Programmes de compassion • Chambre privée (assurances privées)	• Cliniques privées « hors RAMQ » • CHSLD privés non conventionnés • Certains examens d'imagerie (Scan, IRM) • Autres professionnels (psychologues, nutritionnistes, physio, chiro, etc.)

Dans ce contexte, il importe de distinguer le financement des soins et leur prestation. Le financement peut provenir du secteur public ou privé (ou être mixte), tandis que la prestation des soins peut être offerte par des établissements publics ou privés. Cette distinction crée différentes combinaisons, lesquelles sont illustrées dans **le graphique 3** ci-haut. Des règlements spécifiques s'ajoutent au cadre juridique, régissant certains aspects particuliers comme la facturation, l'inscription des médecins et la prestation de services par les cliniques privées. Par exemple, le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* (RALAM), liste les services qui ne sont pas considérés comme assurés (RALAM, art. 22), notamment les services rendus à distance (télésanté) par un professionnel.

L'adoption récente du projet de loi 15, la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (LGSSSS), prévoit une refonte majeure du système de santé et des services sociaux québécois. D'après l'analyse de la professeure Mélanie Bourassa Forcier, les dispositions de la LGSSSS ne permettent pas une plus grande place au privé que celles de la LSSSS. Toutefois, la nouvelle loi insiste davantage sur la mise en réseau des acteurs et la complémentarité des services offerts par des établissements et prestataires privés, et est plus explicite quant aux pouvoirs de contracter de la nouvelle entité Santé Québec avec des établissements et prestataires privés[18]. L'avenir nous dira quels seront les impacts de cette loi sur la privatisation.

Enfin, la jurisprudence a une influence significative sur l'interprétation et l'application des règles en vigueur encadrant la privatisation en santé. Par exemple, l'arrêt *Chaoulli*, rendu par la Cour suprême du Canada en 2005, a invalidé des dispositions législatives québécoises interdisant la conclusion de contrats d'assurance privée pour les services assurés par le régime public, ouvrant ainsi la porte à l'assurance privée dans les cas spécifiques où les listes d'attentes sont jugées trop longues, entravant ainsi l'accès aux soins (*Chaoulli* c. *Québec (Procureur général)*, 2005 CSC 35).

En bref

- Aucune loi n'interdit explicitement les services de santé privés au Québec.
- La santé est une compétence partagée entre les gouvernements fédéral et provincial.
- La *Loi canadienne sur la santé* impose cinq conditions pour recevoir les fonds fédéraux (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité, accessibilité) qui découragent la privatisation.
- La *Loi sur l'assurance maladie* régit les modalités du régime public, interdit la pratique mixte et la surfacturation, et encadre les médecins participants et non-participants. Elle interdit les assurances duplicatives, à l'exception de certains soins prévus par règlement pouvant être couverts par des assurances privées.
- La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* régit l'organisation des soins et permet la création de centres médicaux spécialisés, favorisant certaines formes de privatisation.
- La nouvelle *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (PL15) met l'accent sur la mise en réseau et la complémentarité des services privés, tout en précisant les pouvoirs de contracter de Santé Québec avec le secteur privé, sans nécessairement accorder davantage de place au privé que la LSSSS. Les impacts de cette réforme restent à voir.

- La jurisprudence, notamment l'arrêt *Chaoulli*, a ouvert la porte à l'assurance privée pour pallier les délais d'attente jugés trop longs dans le système public.

Pourquoi la privatisation de la santé est-elle devenue acceptée socialement?

Depuis les années 1970, le Québec bénéficie d'un système de santé public qui a longtemps été un pilier de l'identité sociale et politique de la province. Ce système, fondé sur les principes d'universalité et d'accessibilité, a permis d'assurer une couverture médicale pour tous les citoyens, indépendamment de leur statut socio-économique. Cependant, au cours de la dernière décennie, un changement significatif s'opère, tant dans les décisions gouvernementales que dans l'opinion publique, rendant la privatisation du système de santé de plus en plus acceptable. Cette évolution soulève des questions cruciales concernant les motivations derrière cette légitimation et sur les conséquences sur la santé de la population. Malgré l'absence d'effets positifs tangibles, le processus de légitimation se poursuit inexorablement.

Historiquement, des forces du marché ont toujours cherché à introduire la recherche du profit dans le système de santé. Ce qui est frappant au Québec, c'est que depuis une dizaine d'années, le gouvernement lui-même fait la promotion de la privatisation, lui conférant une aura d'acceptabilité sociale. Il est évident que l'essor des idéologies néolibérales, depuis les années 1980, a joué un rôle déterminant dans la promotion de la privatisation des services publics, y compris le système de santé. Ces idéologies prônent une réduction du rôle de l'État dans l'économie et encouragent l'initiative privée comme moyen d'optimiser l'efficacité et l'innovation. Au Québec, cette influence se manifeste par une réévaluation des rôles respectifs du secteur public et du secteur privé dans la prestation des soins de santé, avec une tendance croissante à favoriser des partenariats public-privé et à sous-traiter certains services à des entreprises privées.

Les gouvernements justifient souvent cette orientation par les pressions économiques et budgétaires auxquelles ils sont confrontés. Certes, l'augmentation des coûts des soins de santé, exacerbée par le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies chroniques, impose une charge financière croissante sur le budget provincial. Dans un tel contexte, les décideurs explorent divers moyens de réduire les dépenses publiques tout en maintenant un niveau de service acceptable. La privatisation apparaît alors comme une solution attrayante, permettant de transférer une partie des coûts vers le secteur privé.

La perception publique de la privatisation a également évolué sous l'influence des médias et des discours politiques. Les médias jouent un rôle clé dans la formation de l'opinion publique, souvent en mettant de l'avant les inefficacités du système de santé public et en présentant le secteur privé comme une alternative plus efficace et réactive, sans analyser cette avenue dans une perspective critique. Les récits médiatiques sur les listes d'attente interminables, les pénuries de personnel et les infrastructures obsolètes du système public ont contribué à une érosion progressive de la confiance de la population québécoise envers celui-ci, ouvrant la voie à une acceptation plus large des solutions privées.

Force est de constater que ce discours médiatique et gouvernemental présente souvent un seul côté de la médaille, en insistant sur les dysfonctionnements (découlant souvent de choix politiques) et en négligeant les conséquences de la privatisation, notamment l'aggravation des inégalités d'accès aux soins. Le système de santé public québécois repose sur le principe d'universalité, garantissant que chaque citoyen puisse recevoir les soins nécessaires, indépendamment de sa capacité à payer. En revanche, la privatisation introduit une logique de marché, transformant les soins en marchandise accessible principalement à ceux qui peuvent se les permettre, exacerbant ainsi davantage les inégalités sociales et économiques, aux dépens des individus les plus vulnérables.

Divers acteurs, y compris les gouvernements successifs, les organisations professionnelles et les groupes de réflexion, ont joué un rôle dans la transformation des idées sur la privatisation. Des institutions, telles que les commissions d'enquête et les rapports officiels, ont également influencé les débats et les décisions politiques. Toutefois, cette ouverture vers la privatisation n'a pas été sans résistance: des syndicats, des groupes de citoyens et des professionnels de la santé ont souvent contesté ces mesures, arguant qu'elles compromettaient l'accessibilité et l'universalité des soins de santé[19].

En bref

« Le privé n'étant, du moins dans le contexte de la santé, pas nécessairement le plus efficient, il y a lieu de se demander si le discours répétitif qui fait appel à plus de privé dans la santé ne constitue pas simplement un moyen pour l'État de revoir le contrat social établi à la naissance de l'État-providence ou, plus simplement, la reconnaissance de sa difficulté à réguler ce système complexe »[20].

Est-ce un enjeu propre au Québec?

Après la Seconde Guerre mondiale et durant la guerre froide, la majorité des pays européens, ainsi que le Canada, se sont dotés de systèmes publics de soins de santé financés par l'impôt. Ce modèle de financement public est ainsi devenu un pilier central des systèmes de santé, bien que l'organisation et la prestation des soins peuvent varier d'un pays à l'autre. Cependant, les dernières décennies ont été marquées par une tendance mondiale au désinvestissement des États et à la privatisation progressive des soins de santé. Il ne s'agit pas d'un enjeu propre au Québec; cette tendance est observable dans plusieurs pays occidentaux, étant la résultante de choix politiques influencés par les idéologies néolibérales.

Par exemple, au Royaume-Uni, le National Health Service (NHS), longtemps considéré comme un modèle de soins de santé universel, a progressivement intégré des services privés. Cette transformation a été amorcée dans les années 1980 sous les réformes de Margaret Thatcher, qui ont introduit des partenariats public-privé et favorisé la participation du secteur privé dans certains aspects des soins[21,22].

En Suède, un pays souvent cité pour son modèle de protection sociale, le secteur privé a également pris de l'ampleur dans les soins de santé, particulièrement dans la gestion des hôpitaux et des cliniques. Les réformes des années 1990 ont permis à des acteurs privés d'assurer la gestion de certains établissements publics, tout en maintenant un financement principalement public[23,24].

En France, le système de santé repose en majorité sur un financement public. Cependant, le secteur privé joue aussi un rôle important, notamment au niveau des assurances complémentaires en santé (par exemples les mutuelles d'assurance) et dans la prestation de certains soins hospitaliers et spécialisées. Depuis les années 2000, diverses politiques ont cherché à encourager la concurrence entre les secteurs public et privé, en vue de réduire les coûts et d'améliorer l'efficacité des soins[25].

Aux États-Unis, où le système de santé est historiquement dominé par des acteurs privés, la mise en place de programmes comme Medicare et Medicaid a introduit une forme de financement public couvrant les soins de santé pour certaines populations. Toutefois, les inégalités d'accès et les coûts élevés demeurent des problèmes majeurs, illustrant les limites d'un système principalement axé sur le marché. L'enjeu de la privatisation des soins de santé demeure une question centrale dans les débats politiques.

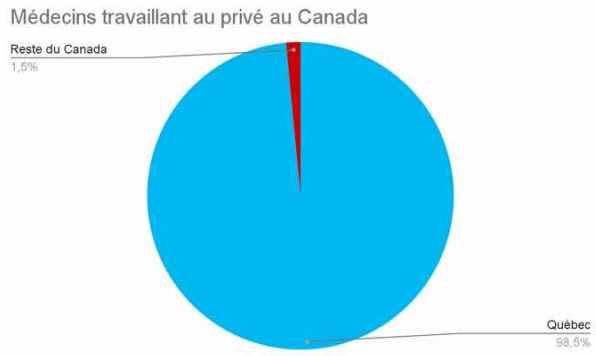
En bref

La privatisation des soins de santé au Québec s'inscrit dans une tendance mondiale qui s'observe dans plusieurs pays occidentaux, étant souvent présentée comme une réponse aux pressions budgétaires et une stratégie pour réduire les dépenses publiques.

La privatisation de la santé au Québec, qu'en est-il aujourd'hui?

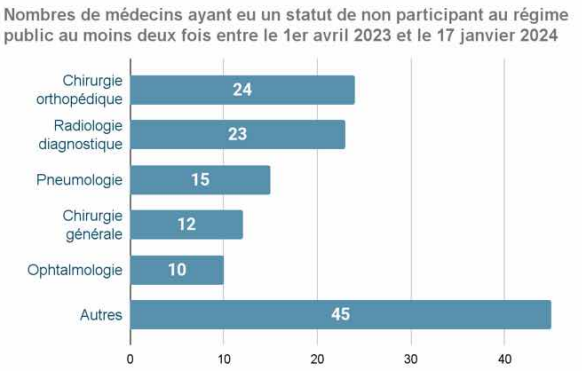
Le Québec se distingue comme la province canadienne où la privatisation des soins de santé est la plus marquée. Depuis les années 1970, la part du financement privé a significativement augmenté. Un rapport de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), basé sur les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), révèle que la part du financement privé représentait 17,5 % des dépenses en santé en 1979 et a connu une augmentation durant les décennies suivantes, frôlant les 30 % en 2012 et se situant maintenant autour de 27 %. Avant la pandémie de 2020, la part du financement privé avait bondi de 52,6 % en 40 ans. On observe donc une diminution de la part de financement public et une augmentation de la part du financement privé depuis 40 ans au Canada. C'est une réalité qui est encore plus marquée au Québec. En 1976, le financement public correspondait en moyenne à 77 % des dépenses totales de santé des provinces, chutant à 70,1 % en 2019. Il s'agit donc d'une diminution de 7 %[27].

Graphique 4:
Médecins travaillant au privé au Canada[26]



Au Québec, durant la même période, la diminution de la part de financement publique était de 12,3 %[27]. Le Québec est aussi la province où le plus de médecins pratiquent exclusivement au privé. En juillet 2024, 780 médecins travaillaient hors de la RAMQ[29], comparativement à 641 médecins l'année précédente et 95 médecins en 2005. Il s'agit d'une hausse de près de 22 % en un an et de 700 % sur 20 ans. Ce phénomène est pratiquement inexistant dans le reste du Canada, où seulement une douzaine de médecins travaillent au privé, ce qui signifie que 98 % des médecins travaillant au privé au pays se trouvent au Québec[30]. L'exode vers le privé est particulièrement préoccupante chez les médecins nouvellement gradués: en 10 ans, le nombre de nouveaux diplômés exerçant au privé a augmenté de 400 % pour ceux ayant moins d'un an de pratique, et de 439 % pour ceux ayant entre 1 et 5 ans de pratique[31].

Graphique 5: Médecins ayant quitté temporairement le régime public depuis un an, selon la spécialité, 2023-2024[28]



Un autre phénomène inquiétant au Québec est celui de l'augmentation de la désaffiliation temporaire, par lequel des médecins, principalement des spécialistes, se désaffillient de la RAMQ pour aller exercer au privé, puis s'affilient à nouveau pour travailler dans le secteur public pendant quelques semaines. Un tel va-et-vient peut survenir plusieurs fois dans une même année. Cette réalité soulève des enjeux éthiques importants. Certains

médecins proposent aux patients du public d'être inscrits sur une liste d'attente privée plus courte, s'ils ont la capacité de payer. Ce système alimente un cercle vicieux: pendant que ces médecins opèrent au privé, les listes d'attente du public s'allongent, poussant davantage de patients capables de payer à se tourner vers le privé, ce qui incite les médecins à travailler au privé.

En bref

Le Québec se distingue comme la province canadienne où la privatisation des soins de santé est la plus marquée, avec une augmentation significative de la part du financement privé depuis les années 1970, passant de 17,5 % à près de 27 % aujourd'hui. De plus, 98 % des médecins pratiquant au privé au Canada se trouvent au Québec, avec une hausse marquée chez les nouveaux diplômés. Ce phénomène, exacerbé par la désaffiliation temporaire de certains médecins pour alterner entre public et privé, alimente un cercle vicieux qui fragilise davantage le système public.

Pourquoi les médecins (et futurs médecins) devraient s'y intéresser?

La privatisation du système de santé québécois soulève des enjeux éthiques, sociaux et professionnels auxquels les médecins ne peuvent rester indifférents. En tant que principaux acteurs du système de santé, ils occupent une position unique, à la fois privilégiée et stratégique pour influencer les débats et l'opinion publique.

Il est indéniable que les médecins québécois bénéficient d'une rémunération parmi les plus élevées au monde. En 2018, la masse salariale des médecins représentait près du quart des dépenses en santé, lesquelles constituent plus de 40 % des dépenses totales de l'État. Les médecins québécois figurent également parmi les mieux rémunérés dans les pays de l'OCDE. Selon les données disponibles, les omnipraticiens au Québec reçoivent, avant retranchement de frais de pratique, environ 7,5 fois le salaire moyen d'un travailleur québécois en équivalent temps plein (ETP), tandis que les spécialistes reçoivent environ 9,6 fois le salaire moyen en ETP[32]. Ces ratios les placent respectivement au 5e et au 3e rang parmi les pays de l'OCDE pour la rémunération des omnipraticiens et des spécialistes[33]. Ce poids budgétaire significatif et ce salaire compétitif témoigne de l'importance de leur rôle, mais il invite aussi à une réflexion sur la responsabilité sociale de la profession. Ils s'accompagnent d'un devoir accru de défendre les principes fondamentaux d'un système de santé équitable et universel, principes menacés par la privatisation.

Qui plus est, en adoptant une logique commerciale, la privatisation altère la vocation éthique de la pratique médicale. Les pressions pour accroître les volumes ou réduire les coûts risquent de réduire le temps consacré aux soins et d'affaiblir la relation de confiance entre les patients et leurs médecins. De plus, en drainant des ressources humaines et financières vers le privé, elle affaiblit le système public, aggrave les pénuries dans les hôpitaux et cliniques publiques, et détériore les conditions de travail des professionnels de la santé. Cette dynamique nuit non seulement aux patients, mais aussi aux médecins eux-mêmes, qui voient leur rôle réduit à répondre à des impératifs financiers plutôt qu'à des besoins populationnels.

En tant que gardiens du système de santé, les médecins ont le devoir de protéger un réseau universel et solidaire. Cet engagement n'est pas seulement une responsabilité morale, mais aussi une condition implicite du contrat social qui leur accorde un statut privilégié. Les futurs médecins doivent également se mobiliser, car la direction que prendra le système de santé influencera directement leurs conditions d'exercice et la qualité des soins qu'ils pourront offrir.

En bref

Les médecins doivent se rappeler que leur profession repose sur un contrat social implicite: en échange de leur privilège d'exercer et de leur statut au sein de la société, ils ont le devoir de prioriser le bien commun. La privatisation du système de santé québécois menace cet équilibre en créant des inégalités d'accès aux soins, en introduisant une logique commerciale qui dénature leur pratique, et en fragilisant le réseau public. En défendant un système universel et solidaire, les médecins honorent leur engagement envers la population et préservent les principes fondamentaux de leur profession.

ILLUSIONS DE LA PRIVATISATION

L'objectif de cette section est de déconstruire les idées erronées et les promesses non tenues liées à la privatisation dans le domaine de la santé. Nous examinerons trois aspects principaux : l'efficacité du système de santé, la qualité des soins, et l'accès aux soins.

La privatisation assure-t-elle un système de santé plus efficace?

L'idée selon laquelle le secteur privé est plus efficace dans la gestion des soins de santé est un mythe largement réfuté par la littérature scientifique, tel que nous l'illustrons dans la présente section[34].

Temps d'attente : une illusion d'efficacité

La croyance erronée selon laquelle le secteur privé est plus efficace dans la gestion des soins, pourtant répandue, repose souvent sur une évaluation simpliste de l'efficacité, mesurée en fonction des temps d'attente pour recevoir certains soins. Les temps d'attente en chirurgie, notamment, sont fréquemment cités dans le discours public comme principale illustration des lacunes du système de santé public québécois.

Le jugement *Chaoulli*, rendu en 2005, a permis l'assurance duplicative pour les chirurgies de la hanche, du genou et des cataractes, en raison des temps d'attente jugés trop longs. Près de 20 ans plus tard, malgré la sous-traitance des chirurgies au privé par le biais des centres médicaux spécialisés (CMS), les temps d'attente pour les patients sans assurance privée sont restés inchangés ou se sont aggravés[35]. En parallèle, les cliniques privées sélectionnent leur clientèle, privilégiant les cas simples et laissant au secteur public les cas les plus lourds, ce qui contribue à l'illusion d'une meilleure efficacité.

Ce phénomène de sous-traitance au privé pour les chirurgies s'est aussi observé en Alberta en 2019, où les centres chirurgicaux à but lucratif (équivalents des CMS du Québec) se sont multipliés. Un rapport de 2023 révèle que l'Alberta affiche l'un des pires résultats en matière de réduction des temps d'attente en chirurgie au Canada[36]. Contrairement à la pensée magique des gouvernements selon laquelle l'utilisation d'établissements à but lucratif augmenterait la capacité chirurgicale provinciale, les données suggèrent plutôt que l'expansion des établissements chirurgicaux agréés détourne les ressources des hôpitaux publics, augmente les temps d'attente pour les patients et réduit les volumes chirurgicaux.

À l'international, d'autres exemples montrent que la privatisation n'améliore pas les délais d'attente. Prenons l'exemple de l'Australie, un pays comparable au Québec en termes d'indicateurs socio-économiques. Depuis l'introduction d'un système privé parallèle en 1997, les patients du système public australien ont attendu plus de deux fois plus longtemps pour des chirurgies que les patients au privé. De plus, ils attendent en moyenne plus longtemps que les patients canadiens pour les mêmes opérations[37]. Un rapport de 2022 a également révélé que les paiements directs par les patients constituent un enjeu important en Australie, affectant les indicateurs de santé de la population, en particulier les personnes atteintes de maladies chroniques comme le cancer. Par exemple, la moitié des patients atteints de cancer ont dû payer plus de 5 000 $ par an en frais médicaux[38]. Les personnes issues du groupe socio-économique le moins favorisé étaient 37 % plus susceptibles de décéder de leur cancer que celles issues du groupe socio-économique le plus favorisé. En somme, non

seulement l'introduction du système privé parallèle australien n'a pas permis de diminuer les temps d'attente, mais il a également affecté négativement les indicateurs de santé et aggravé les inégalités en matière d'accessibilité aux soins.

Efficacité administrative et financière

Outre les temps d'attente, un autre indicateur d'efficacité souvent avancé en faveur de la privatisation est la prétendue supériorité du secteur privé en matière de gestion financière et administrative. Pourtant, des données probantes démontrent le contraire : un système à payeur unique (comme l'État) correspond à des coûts administratifs plus bas[39]. Cela s'explique notamment par la complexité accrue de la facturation et de la gestion des différentes couvertures d'assurances dans les systèmes privés.

L'exemple de Taïwan illustre bien ce point, où un système universel de soins de santé a été mis en place en 1995. Ce système de santé est similaire à celui du Canada, avec quelques différences notables, notamment l'utilisation de dossiers de santé électroniques et la couverture publique de plusieurs services non couverts au Canada (dont les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires et les visites d'infirmières à domicile). Malgré cette offre élargie, Taïwan maintient des coûts administratifs dans les plus bas au monde, ceux-ci représentant moins de 2 % des dépenses totales en santé[40]. En comparaison, les coûts administratifs aux États-Unis, où le privé prédomine, s'élèvent à 31 % et à 16,7 % au Canada[41].

En bref

La privatisation ne garantit pas un système de santé plus efficace, comme le démontrent de nombreuses études. Au Québec, les initiatives comme les centres médicaux spécialisés n'ont pas réduit les délais d'attente et ont contribué à détourner des ressources du système public. En Australie, l'introduction d'un système privé parallèle a prolongé les temps d'attente pour les patients du secteur public tout en aggravant les inégalités en santé.

En matière d'efficacité administrative et financière, l'exemple de Taïwan démontre qu'un système public à payeur unique s'avère plus efficient.

La qualité des soins est-elle meilleure au privé?

À l'échelle internationale, la comparaison entre différents modèles de système de santé montre que les systèmes publics performant mieux que les systèmes privés et parallèles en termes de qualité des soins.

Une récente étude publiée en mars 2024 dans *The Lancet*, le journal ayant le deuxième facteur d'impact le plus important au monde, conclut qu'il n'existe aucune base scientifique solide pour justifier la privatisation des services de santé. Plus spécifiquement, la privatisation a eu plusieurs conséquences négatives communes dans divers pays, notamment les États-Unis, l'Allemagne, la Croatie, le Canada, la Corée du Sud, la Suède, la Grande Bretagne et l'Italie :

- Une augmentation du nombre d'hospitalisations évitables;
- Une hausse de décès par maladies curables;
- Un taux de mortalité global plus élevé;
- Une hausse du nombre d'infections intra-hospitalières;
- Une augmentation des profits des hôpitaux;
- Une diminution d'accès pour des patients les moins fortunés;
- Une diminution du personnel de soins et des infirmières hautement qualifiées;
- Une augmentation de la charge de travail;
- Une diminution des rapports d'incidents/accidents;
- Une diminution des salaires; et
- Une détérioration de l'accès par coupures de services et augmentation des prix[42].

Une analyse longitudinale publiée dans le même journal en 2016, basée sur des données de l'OMS provenant de 75 pays, a également démontré qu'une hausse du taux de chômage est corrélée à une augmentation de la mortalité par cancer, sauf dans les pays dotés d'un régime public de soins de santé. Cette corrélation est possiblement attribuable à un accès plus facile et équitable aux soins de dépistage et aux traitements[43].

En Angleterre, une étude de 2022 portant sur les impacts de la privatisation des services de santé a révélé une corrélation importante entre la privatisation et l'augmentation des taux de mortalité[44]. Aux États-Unis, une revue systématique a démontré que les hôpitaux à but lucratif étaient associés à un taux de mortalité plus élevé que ceux à but non lucratif[45]. Par exemple, une étude couvrant la période de 1973 à 1997 a montré un risque de mortalité accru dans les centres de dialyse à but lucratif, représentant environ 2 500 décès prématurés par an aux États-Unis[45]. De manière plus large, une étude de 2017 publiée dans *BMC Health Services Research* a examiné 22 systèmes de santé des pays de l'OCDE et a comparé les tendances de « mortalité évitable » entre 2000 et 2014. Alors que tous les systèmes de soins de santé ont enregistré une baisse des taux de mortalité évitable au fil du temps, les systèmes privés à but lucratif, quant à eux, ont vu ce déclin ralentir par rapport aux systèmes publics[46].

Enfin, les soins prodigués en clinique privée ne sont pas forcément synonymes de meilleure qualité, notamment parce qu'ils ne sont pas toujours pertinents. En effet, la médecine privée favorise souvent le surdiagnostic, les surinvestigations et une surmédicalisation généralisée[47,48]. La quête de rentabilité encourage la multiplication des tests et des

interventions, même lorsque leur utilité clinique est discutable. La surmédicalisation peut entraîner des effets indésirables, gaspiller des ressources précieuses et, au final, compromettre la pertinence des soins prodigués. Dans le réseau public, l'efficacité et la nécessité médicale réelle sont privilégiées, ce qui garantit souvent des soins plus justifiés et mieux adaptés aux besoins des patients.

En bref

Les données scientifiques montrent que la privatisation des soins ne contribue pas à améliorer la qualité des soins. Au contraire, elle est associée à des conséquences négatives, notamment un risque accru de mortalité évitable, une détérioration de l'accès aux soins et une surmédicalisation inutile.

La privatisation permet-elle un meilleur accès aux soins?

L'accessibilité aux soins de santé est une pierre angulaire des systèmes de santé efficaces et de qualité. Or, la privatisation compromet l'accès aux soins à l'échelle populationnelle. En effet, l'introduction d'un système privé tend à créer des barrières financières et à aggraver les inégalités.

Une étude publiée en 2021 comparant la performance des systèmes de santé de 11 pays développés identifie quatre caractéristiques contribuant à de meilleurs indicateurs de santé : la couverture universelle sans barrières de coûts, l'investissement dans les soins primaires, la réduction du fardeau administratif pour les patients et les fournisseurs, ainsi que l'investissement dans les services sociaux[49].

À une échelle plus locale, une récente étude publiée en août 2024 dans le *Canadian Medical Association Journal*[50], portant sur l'utilisation de centres chirurgicaux privés à but lucratif en Ontario, illustre bien les effets pervers de l'utilisation du privé sur l'accessibilité aux soins. Depuis leur utilisation accrue visant à réduire les retards en chirurgies de cataractes accusés depuis la pandémie de la Covid-19, seuls les patients avec le statut socio-économique le plus élevé ont vu une augmentation de leur accès (+22 %), tandis que les patients des groupes plus défavorisés ont vu une diminution de leur accès (-8,5 %). Parallèlement, pendant la même période, les hôpitaux publics ont connu une diminution uniforme des chirurgies pour tous les niveaux socio-économiques. Ce phénomène illustre la médecine à deux vitesses : une amélioration de l'accès aux soins pour un petit groupe de citoyens les plus aisés, mais une réduction générale pour l'ensemble de la population, creusant les inégalités et limitant l'accès aux soins pour les plus démunis.

En bref

Les données scientifiques soutiennent que la privatisation des soins de santé alimente une médecine à deux vitesses, augmentant l'accès pour les plus aisés au détriment des groupes défavorisés et de l'ensemble de la population.

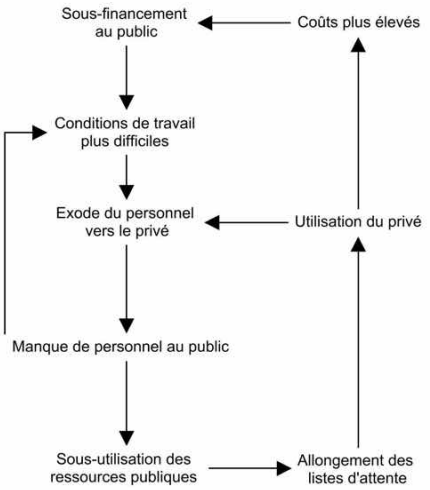
DÉRIVES DE LA PRIVATISATION

Cette section vise à explorer les dérives engendrées par la privatisation du système de santé, en mettant l'accent sur plusieurs phénomènes préoccupants : l'exode des médecins du secteur public, l'augmentation des inégalités d'accès aux soins, l'aggravation des listes d'attente, ainsi que les effets de la télémédecine et des systèmes d'assurances mixtes.

Comment la privatisation conduit-elle à l'exode des médecins du système public?

L'exode des médecins vers le secteur privé n'est pas principalement motivé par l'appât du gain, contrairement à la croyance populaire. Les motifs invoqués sur le terrain relèvent davantage de la qualité de vie et de la nature du travail.Pour les spécialistes qui pratiquent la chirurgie, le secteur privé offre souvent davantage de temps opératoire.

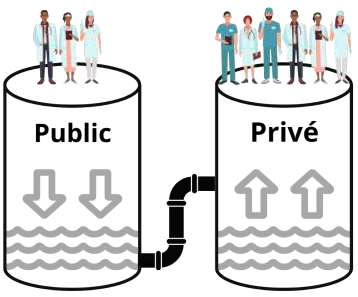
Graphique 6: Cercle vicieux de l'exode du personnel



Le sous-financement chronique et la sous-utilisation des salles d'opération dans le secteur public ont réduit le nombre d'heures de chirurgie disponibles. Les médecins généralistes et d'autres spécialités qui se désaffilient de la RAMQ, de même que pour les nouveaux graduants qui entament leur pratique au privé, évoquent souvent les avantages suivants : les horaires plus flexibles, l'absence de gardes (de soirs, de nuit ou de fin de semaine), ainsi que la clientèle généralement moins complexe.

Malheureusement, ce passage au privé crée un cercle vicieux, qui explique l'augmentation exponentielle de la désaffiliation au fil des 20 dernières années. En effet, plus les médecins quittent le réseau public, plus la pratique des médecins qui restent s'alourdit ; le fardeau des gardes est réparti entre un nombre réduit d'effectifs; le nombre de patients pris en charge pour chaque médecin augmente; et les cas sont plus lourds (les patients en bonne santé et financièrement à l'aise se dirigeant vers le privé).

Graphique 7: Vases communicants



Le manque de personnel médical alourdit les listes d'attente, pousse des patients à se diriger vers le privé et encourage les gouvernements à recourir à des solutions à court terme simplistes, comme la sous-traitance au privé.

Les mesures prises par les gouvernements précédents pour contrer ce problème, comme les contraintes liées à l'obtention des permis de pratique (PREMs/PEMs) ou l'imposition de prise en charge en médecine familiale. Ces restrictions, perçues comme des atteintes à la qualité de vie et au libre choix

professionnel, ont accéléré les désaffiliations vers le privé, qui représente la source du problème plutôt que la solution. En effet, il appert clairement que les restrictions dans la pratique et la rémunération des médecins a un impact sur le choix du privé versus celui du public[51]. Par exemple, la période suivant l'adoption du Projet de loi 20 en 2015, imposant des quotas de patients par médecin, sous peine de pénalités, a engendré une hausse rapide des désaffiliations vers le privé[52].

La réalité est toute simple et très logique : le nombre de médecins au Québec étant fixe, le secteur privé ne constitue pas une ressource supplémentaire. Ce sont les mêmes travailleurs : chaque médecin qui travaille au privé est un médecin en moins dans le réseau public. À l'échelle de notre province, cela représente environ 780 médecins en moins dans notre réseau public[29].

L'exode des médecins vers le privé, découlant notamment des conditions de travail difficiles dans le secteur public et du manque de ressources, aggrave davantage les pressions sur le réseau public. Le bassin de médecins étant limité, chaque médecin qui pratique au privé représente un médecin en moins dans le secteur public.

Comment la privatisation augmente-elle les inégalités?

L'un des cinq principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 est l'universalité, qui garantit à chaque citoyen et résident permanent un accès aux soins médicalement nécessaires grâce au régime provincial d'assurance-santé. L'accès équitable se fait selon les besoins de chaque patient, indépendamment de sa capacité financière. Ce fondement protège les citoyens à plus faible revenus en leur assurant un accès aux soins de santé. Cependant, ce principe est de plus en plus mis à mal par la privatisation, qui accentue les inégalités au sein de notre société en créant une médecine à deux vitesses.

Une inégalité de santé est une différence de santé entre des individus liée à des facteurs tels que la classe sociale, la catégorie socio-professionnelle, la catégorie de revenu et le niveau d'études. Les études démontrent que les personnes les plus défavorisées sont plus susceptibles d'être en moins bonne santé que les mieux nantis[53]. La privatisation crée deux classes de citoyens : une favorisée ayant un accès aux soins de santé en quelques jours moyennant un prix fort, et une défavorisée devant patienter de longs mois sur les listes d'attente du réseau public. L'accès aux soins repose ainsi sur la capacité financière plutôt que sur les besoins médicaux.

Par ailleurs, la privatisation tend à favoriser la sélection des patients. En effet, les cliniques privées ont tendance à sélectionner les cas moins complexes et plus rentables, laissant au système public la prise en charge des patients nécessitant des soins plus coûteux et complexes. Cette pratique accentue la pression sur le système public, aggravant les inégalités d'accès au détriment des personnes les plus vulnérables.

En 2005, l'arrêt *Chaoulli* avait permis l'assurance duplicative pour les chirurgies de la hanche, du genou et des cataractes. En 2022, cette possibilité s'est étendue à la télémédecine, les compagnies d'assurances pouvant désormais rembourser des soins de

santé médicalement nécessaires. Non seulement les entreprises de télémédecine en profitent largement, mais ce sont les personnes en meilleure santé et issues des milieux socio-économiques plus aisés qui en bénéficient. En effet, seules les personnes ayant les moyens financiers de souscrire à une assurance privée peuvent contourner les listes d'attente au public, alors que les personnes moins nanties doivent se contenter de délais prolongés dans un réseau public affaibli.

Ces changements législatifs ont un impact majeur sur les inégalités en santé. L'assurance duplicative favorise les personnes en meilleure santé et issues de milieux socio-économiques plus aisés. Cela crée une disparité importante dans l'accès aux soins. En effet, les personnes ayant les moyens de souscrire à des assurances privées peuvent contourner les listes d'attente du système public alors que les moins nantis se retrouvent confrontés à des délais d'attente plus longs dans le réseau public.

En bref

La privatisation croissante du système de santé québécois exacerbe les inégalités existantes, allant à l'encontre du principe fondamental d'un accès universel et équitable aux soins de santé.

L'introduction du privé a-t-elle permis de diminuer les listes d'attente en chirurgie?

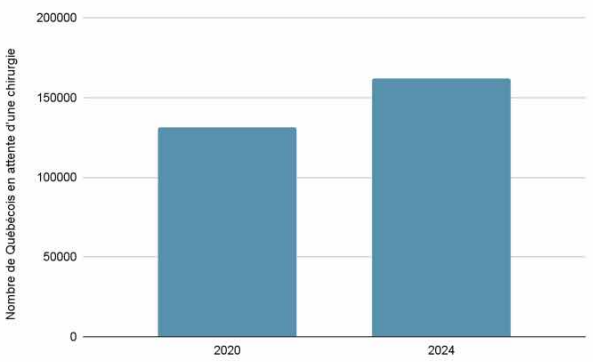
Le recours au privé depuis les 20 dernières années n'a pas résolu le problème criant des listes d'attente en chirurgie au Québec. En fait, depuis l'arrêt *Chaoulli*, les temps d'attente sont demeurés les mêmes ou se sont allongés pour les patients n'ayant pas les moyens de souscrire à une assurance privée. La même tendance ressort des données provenant d'ailleurs, notamment en Alberta et en Australie (tel que discuté dans la section : *La privatisation assure-t-elle un système de santé plus efficace?*).

En 2020, le recours au privé s'est intensifié : le gouvernement a attribué 82 millions de dollars en contrats de gré à gré conclus avec les cliniques privées durant la première année de la pandémie, visant à louer des blocs opératoires et à sous-traiter des chirurgies d'un jour[54]. En 2022, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal signait une entente de 28,5 millions de dollars sur 10 ans pour la location de sept salles d'opération dans le quartier Angus. De telles ententes sont si lucratives pour les cliniques privées que ces dernières utilisent le profit pour construire davantage d'infrastructures privées (salles d'opérations, cliniques, etc.), augmentant leur capacité à prendre en charge des services sous-traités par le secteur public. Par exemple, les locaux du centre chirurgical Chirurgie DIX30 prévoient la construction et l'aménagement de deux nouvelles salles d'opération[55]. Soulignons que depuis la pandémie, les CMS qui effectuent des chirurgies d'un jour pour le réseau public ont renégocié leur entente avec les établissements de santé afin d'augmenter leur marge de profit, passant de 10 % à 15 %[56].

De telles initiatives n'ont pas eu l'effet escompté sur les listes d'attente en chirurgie : les patients en attente sont passés de 131 585 en 2020 à 161 760 en février 2024[57,58], représentant une augmentation de plus de 20 %.

La clé du problème ne réside pas dans le manque de salle d'opérations ou de chirurgiens, mais plutôt dans la pénurie de personnel pour faire rouler les salles déjà existantes (inhalothérapeutes, des infirmières, des préposés aux bénéficiaires, etc.). Par exemple, des salles d'opérations à l'Hôpital de Jonquière, à la fine pointe de la technologie, sont inutilisées, faute de personnel[59]. Soulignons que le personnel existe, mais qu'il travaille désormais en partie dans les cliniques privées.

Graphique 8: Nombre de québécois en attente d'une chirurgie [57,58]



En 2017-2018, seulement 30 % des hôpitaux du Québec avaient atteint la cible d'utilisation du bloc opératoire de 85 %[60]. En 2023, nos salles d'opérations fonctionnent en moyenne à 78 % de leur capacité. La sous-traitance de chirurgies au privé ne permet qu'une augmentation minime du nombre de chirurgies. En effet, pendant la pandémie, alors que le public réalisait environ 40 000 chirurgies par mois, la sous-traitance au privé n'a permis que d'augmenter ce nombre à 43 000, ce qui représente une augmentation de moins de 10 %. Une meilleure exploitation des salles existantes au public, en ramenant le personnel dans le réseau, permettrait une augmentation du nombre de chirurgies pouvant aller jusqu'à 28 %[61], et ce, à moindre coût.

La sous-traitance des chirurgies coûte particulièrement cher au réseau public. Les données démontrent, sans surprise, que le coût des chirurgies réalisées au privé ou via des partenariats privé-public (PPP) est environ 15 % plus élevée que celui des chirurgies réalisées dans un système public bien financé[62,63,64], en plus de drainer le personnel soignant hors du réseau public.

Pour réduire durablement les listes d'attente en chirurgie, il est essentiel d'investir dans le réseau public, d'améliorer les conditions de travail et d'optimiser les ressources déjà disponibles (dont les blocs opératoires), plutôt que de compter sur des solutions coûteuses et inefficaces offertes par le privé.

En bref

L'augmentation du recours au privé pour réduire les retards chirurgicaux liés à la pandémie n'a pas atteint son objectif. Les listes d'attente ont plutôt augmenté de près de 20 %, tandis que les blocs opératoires publics restent sous-utilisés et que les marges de profit des entreprises privées se sont accrues.

Quels sont les impacts de la télémédecine privée sur le système de santé public?

Pour bien comprendre les impacts de la télémédecine privée sur notre système de santé public, il faut remonter en arrière. Avant la pandémie de la COVID-19, les soins de santé en télémédecine n'étaient pas couverts par le régime de la RAMQ et étaient donc peu répandus. Les soins à distance ont depuis connu un essor rapide dans le portrait de l'offre de services. Il va sans dire que la couverture publique des soins de télémédecine a permis une amélioration de l'accès pendant et après la pandémie. Utilisée judicieusement, notamment pour les suivis de patients déjà connus par le médecin, la télémédecine peut s'avérer un véritable atout aux soins de première ligne.

Cependant, on ne peut ignorer les revers de la télémédecine. En effet, les consultations en télémédecine sont associées à une prescription accrue et inadéquate des antibiotiques[65], souvent pour des infections virales, laquelle peut engendrer des effets secondaires importants et contribue à la résistance aux antibiotiques, considérée par certains experts comme l'une des plus importantes menaces à la santé humaine mondiale.

Comme nous le savons, la majorité des compagnies de télémédecine privées ne proposent pas de soins en présentiel. Ainsi, les patients ayant besoin d'un examen sont redirigés vers le système public (GMF, GMF-R et urgences)[66] causant une duplication inutile et inefficace des consultations.

Depuis décembre 2022, des changements législatifs ont élargi le recours à la télémédecine. Sans tambour ni trompette, le gouvernement a modifié le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*[67], permettant :

1. La mixité de pratique : Les médecins inscrits au régime public peuvent désormais offrir des soins privés en télémédecine parallèlement à leur pratique au public.
2. L'assurance duplicative : Les assureurs privés peuvent désormais couvrir les soins en télémédecine, même lorsque ceux-ci sont déjà couverts par la RAMQ.

Ces deux brèches dans les remparts de protection du système public donnent l'aval à une privatisation des soins et à un système inéquitable. En effet, seules les personnes plus fortunées ou bénéficiant d'assurances privées ont accès à la télémédecine. La phénomène de plus en plus populaire est la couverture des soins de télémédecine privée par les employeurs[68].

Qui plus est, cette nouvelle ouverture à la télémédecine privée contribue à diminuer l'offre de soins au public, car les médecins inscrits à la RAMQ divisent maintenant leur temps entre le privé et le public. Tel que mentionné précédemment, le personnel ne se duplique pas : chaque plage horaire allouée en télémédecine privée par un médecin est une disponibilité de moins dans le secteur public.

En somme, l'essor de la télémédecine privée, catalysé par la pandémie de la COVID-19 et la modification de la *Loi sur l'assurance maladie* par le gouvernement de la CAQ en 2023, engendre des questionnements sérieux quant à la pertinence et à la qualité des soins, duplique inutilement les soins, et contribue à l'exode des médecins vers le privé. Offrir un

accès rapide et encadré à la télémédecine publique constituerait une solution plus équitable pour assurer des soins pertinents et opportuns.

En bref

Alors que la télémédecine peut constituer un outil pertinent pour améliorer l'accès aux soins, son implémentation au Québec est marquée par un laxisme qui permet de contourner les interdictions de mixité de pratique et d'assurance duplicative.

Quels sont les impacts d'un système d'assurance médicaments mixte?

Le régime général d'assurance médicaments a été instauré au Québec en 1997. À l'époque, l'idée d'un régime entièrement public et universel était défendue par de nombreux experts. Une étude interne de la RAMQ favorisait d'ailleurs un tel scénario. La classe politique était toutefois divisée sur la question, de sorte que le gouvernement a plutôt choisi d'adopter un régime mixte public-privé, avec participation financière des personnes assurées[69].

Depuis l'adoption de la *Loi sur l'assurance médicaments*, tous les régimes d'assurance collective offerts par les employeurs doivent inclure une couverture pour les médicaments d'ordonnance. Les travailleurs dont l'employeur offre un tel régime d'assurances sont obligés d'y souscrire pour eux-même ainsi que pour les membres de leur famille (conjoint et enfant s'il y a lieu)[70]. Ces régimes aux coûts et aux conditions de remboursement variables sont administrés par des compagnies d'assurances privées et couvrent environ 55 % de la population. Le régime public est, quant à lui, administré par la RAMQ, couvrant les personnes âgées de 65 ans et plus, les travailleurs autonomes et les personnes recevant une aide financière de dernier recours, représentant environ 45 % de la population.

Près de 30 ans après l'adoption de cette loi, on constate que les impacts délétères d'un système d'assurance médicaments mixte sont nombreux. D'abord, les assureurs privés en bénéficient largement dans la mesure où la loi leur garantit une clientèle captive : les travailleurs ne peuvent pas refuser d'être assurés. Cette clientèle est d'ailleurs constituée d'une population majoritairement active, tandis que le gouvernement couvre des personnes plus susceptibles de consommer des médicaments. Il en résulte un partage inégal des risques entre les assureurs privés et le gouvernement.

Pour les assurés du régime public, la participation financière (prime annuelle, franchise, coassurance) est modulée en fonction du revenu. Les régimes privés, quant à eux, n'en tiennent pas compte. Les travailleurs à revenu modeste ou faible peuvent donc être forcés d'adhérer aux assurances offertes par leur employeur, et ce, même s'il serait plus avantageux pour eux de souscrire au régime public[71].

Si une partie du financement du régime public provient des cotisations des assurés, la balance provient des contributions fiscales de l'ensemble de la population. Ce faisant, les assurés des régimes privés paient non seulement plus cher pour leur propre couverture, mais ils contribuent, via leurs taxes et impôts, à une assurance médicaments qu'ils ne peuvent pas choisir.

Les iniquités ne s'arrêtent pas ici : lorsqu'ils se rendent en pharmacie, les Québécois ne paient pas tous le même prix pour un même médicament. En effet, les différents contrats d'assurance n'offrent pas les mêmes conditions de remboursement. La loi fait aussi en sorte que les honoraires professionnels versés aux pharmaciens sont variables pour les assurés des régimes privés, tandis qu'ils sont fixes pour tous les assurés du régime public[69].

Si la loi oblige les assureurs privés à rembourser l'ensemble des médicaments couverts par le régime public, ceux-ci peuvent également choisir d'offrir une couverture pour des médicaments qui ne sont pas remboursés par l'État. Si cela peut sembler avantageux pour les personnes assurées par le privé, il est pertinent de se demander si cet avantage est véritablement bénéfique pour tous et s'il justifie son coût. Il faut savoir que l'inscription d'un médicament à la liste des produits remboursés repose sur une analyse approfondie de sa valeur thérapeutique, réalisée par des groupes pluridisciplinaires de l'INESSS. Lorsque l'INESSS recommande de ne pas couvrir un médicament donné, c'est souvent parce que son coût est jugé excessif par rapport à ses bénéfices cliniques. Ainsi, la décision des assureurs privés de couvrir certains médicaments additionnels n'est pas forcément judicieuse, considérant qu'elle entraîne des coûts excessifs qui sont assumés par les entreprises et par leurs employés[72]. Avec la mise en marché constante de nouveaux médicaments, les compagnies d'assurance font face aux mêmes enjeux que leurs homologues publics, soit une hausse des réclamations et une hausse des coûts des médicaments, qui entraînent ultimement une augmentation des dépenses.

Contrairement aux gouvernements, ces compagnies privées ont en plus l'obligation de générer des profits pour leurs actionnaires, sans compter que leurs opérations sont associées à des frais de gestion trois fois plus élevés en comparaison avec ceux du régime public[73]. Cette différence s'explique notamment par la complexité inhérente à la gestion de multiples contrats d'assurances, primes et conditions de remboursement, contrastant avec l'efficacité d'un régime universel offrant les mêmes conditions de remboursement à l'ensemble des adhérents.

Pour absorber les coûts, les compagnies d'assurance ont généralement deux options : augmenter les primes de leurs clients ou instaurer des mécanismes de contrôle des coûts, à l'instar des régimes provinciaux. Par exemple, elles peuvent limiter le remboursement de certains médicaments à des conditions spécifiques, exigeant alors des prescripteurs qu'ils remplissent des formulaires de remboursement détaillés, une pratique similaire à la mesure du « médicament d'exception » de la RAMQ. Or, cette multiplicité des formulaires et des conditions de remboursement propres à chaque contrat d'assurance alourdissent le travail des soignants au quotidien[74], ce qui n'améliore en rien l'efficacité pourtant si chère aux partisans du privé. En fin de compte, il ne faut pas s'étonner si les régimes privés ressemblent de plus en plus au régime provincial en termes de couverture, tout en exigeant des contributions financières toujours plus élevées à leurs assurés.

Lorsque le gouvernement négocie avec les compagnies pharmaceutiques, tant pour l'inscription d'un médicament à la liste provinciale que pour fixer son prix de vente, il le fait en tant que représentant des personnes assurées par le régime public. Les ententes conclues avec les compagnies peuvent inclure le versement de ristournes au gouvernement, calculées en fonction du volume de ventes réalisées (*Loi sur l'assurance médicaments*, art. 60.0.1), qui ne s'appliquent qu'aux médicaments destinés aux assurés du régime public.

Ainsi, la proportion importante de personnes assurées par des régimes privés diminue le pouvoir de négociation du gouvernement face aux compagnies pharmaceutiques, tout en réduisant le montant des ristournes versées en vertu de ces ententes. Puisque ces montants alimentent les coffres de l'État, ils profitent indirectement à l'ensemble de la population.

En optant pour un régime mixte d'assurance médicaments, le gouvernement a non seulement garanti aux compagnies privées une clientèle captive forcée de payer des primes coûteuses, mais il s'est également privé d'un levier crucial pour négocier de meilleures conditions d'accès aux médicaments pour tous les Québécois.

En bref

Le système d'assurance médicaments mixte au Québec est complexe et entraîne plusieurs inégalités. Alors que les assureurs privés bénéficient d'une clientèle généralement plus en santé, le gouvernement doit couvrir des populations plus vulnérables, créant un partage inégal des risques. En outre, les travailleurs et leurs employeurs paient davantage pour une couverture privée, tout en contribuant à un régime public auquel ils ne peuvent souscrire. Enfin, ce système affaiblit le pouvoir de négociation du gouvernement face aux compagnies pharmaceutiques, affectant l'accès aux médicaments pour l'ensemble de la population. MQRP revendique donc une assurance médicaments universelle et entièrement publique.

REGARDS VERS UN FUTUR PUBLIC - LA POSITION DE MQRP

Cette section se penche sur les atouts du système de santé public québécois, tout en mettant en évidence les stratégies préconisées pour l'améliorer.

Quelles sont les qualités du système public québécois à renforcer?

Un régime public est idéal pour assurer des soins de qualité à l'ensemble de la population. Malgré les défis engendrés par des décennies d'austérité et de réformes structurelles depuis les années 1990, MRQP tient à mettre en lumière les initiatives positives issues de notre réseau public québécois qui ont su contribuer au succès des soins. Ces exemples inspirants doivent servir de modèles pour façonner l'avenir de notre système de santé.

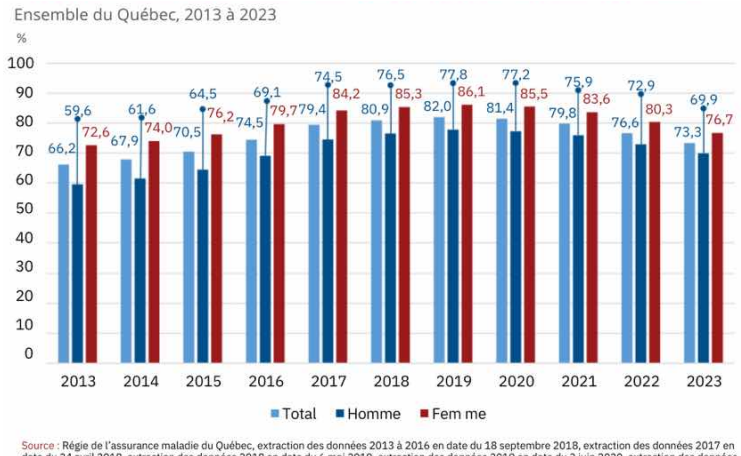
Accessibilité universelle aux soins de première ligne

Le modèle de CLSC, instauré dans les années 1970, était fondé sur une approche communautaire, l'offre de services devant être ancrée dans la communauté et adaptée aux besoins des ses habitants. Les citoyens pouvaient être brièvement évalués en CLSC, puis dirigés vers les professionnels de la santé appropriés (médecin, infirmière, travailleur social, etc.). Le CLSC assumait ainsi une certaine responsabilité envers la population.

En revanche, le passage au modèle de Groupes de médecine familiale (GMF) après le rapport Clair de 2002 a transformé l'accès aux soins. Les citoyens doivent d'abord être inscrits à un médecin de famille pour avoir accès aux soins médicaux et être référés à d'autres professionnels de la santé. En plus des enjeux soulevés par la gestion privée des soins de première ligne, ce nouveau paradigme de prise en charge apporte son lot de problèmes au niveau de l'accessibilité[75].

Déjà en 2015, le vérificateur général du Québec soulignait les limites importantes du modèle de GMF, notamment un processus de sélection des patients opaque et inéquitable, fondé sur des incitatifs financiers accordés aux médecins plutôt que sur les besoins réels des populations dans un territoire donné. En 2019, un rapport de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a renforcé ces constats en affirmant que « la mise en place d'un accès unique aux services de proximité (par les GMF, par exemple) pourrait augmenter les inégalités, tant en santé que sur le plan social »[76]. Malgré une décennie de mesures incitatives, le taux d'inscription à un médecin de famille a atteint un point de stagnation[75]. Le gouvernement a dû

Graphique 9: Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille
tiré de l'Institut de la Statistique du Québec [75]



Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, extraction des données 2013 à 2016 en date du 18 septembre 2018, extraction des données 2017 en date du 24 avril 2018, extraction des données 2018 en date du 6 mai 2019, extraction des données 2019 en date du 3 juin 2020, extraction des données 2020 en date du 14 janvier 2021, extraction des données 2021 en date du 4 mai 2022, extraction des données 2022 en date du 1er mai 2023, extraction des données 2023 en date du 24 juillet 2024. Compilation : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Note : Inscriptions auprès d'un médecin de famille au 31 décembre de chaque année. Prochaines données : 2024.

multiplier des solutions fragmentaires, plus ou moins coordonnées, pour offrir des soins à ceux n'étant pas inscrits auprès d'un médecin de famille, comme Clic-santé, Rendez-vous santé Québec, le guichet d'accès à la première ligne (GAP) et les cliniques GMF-Réseau.

Devant l'échec du modèle actuel, MQRP propose de revenir à une gestion publique décentralisée, proche de la population et guidée par le principe de responsabilité populationnelle, afin d'assurer l'accessibilité universelle aux soins, représentant la qualité première du système de santé québécois. L'organisation des soins doit répondre aux besoins des communautés, et non le contraire! Plutôt que d'exiger une inscription obligatoire à un médecin, il faudrait privilégier des mécanismes alternatifs publics d'accès aux soins de première ligne, à l'image des CLSC lors de leur création et de leur financement jadis adéquat.

Accès aux divers professionnels de la santé par une approche interdisciplinaire

Une meilleure collaboration avec les professionnels de la santé est cruciale pour résoudre les problèmes d'accès aux soins. Depuis des années, MQRP souligne la nécessité d'élargir le panier de services pour y inclure les interventions d'autres professionnels, tels que les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux et les orthophonistes. MQRP souligne les efforts récents de décloisonnement visant à assurer un meilleur partage des pouvoirs entre les médecins et les autres professionnels, notamment les pharmaciens[77].

Malgré certaines avancées, nombreuses incohérences subsistent. Par exemple, tel que soulevé dans le rapport annuel de MQRP de 2022[78] portant sur la santé mentale, les antidépresseurs sont couverts par la RAMQ, alors que les psychothérapies sont marginalement financées par le régime public. La médication est-elle davantage « médicalement nécessaire » que les soins offerts par les psychologues? De telles incohérences peuvent être soulevées à l'égard de nombreuses autres professions de la santé - physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, travail social, etc.

Soins aigus : prise en charge rapide et efficace

Bien que l'accès initial aux soins demeure un défi important, une fois intégrés au réseau public, les patients québécois bénéficient de soins de grande qualité basés sur les données probantes. Cela est particulièrement évident dans la gestion des conditions urgentes (AVC, crises cardiaques, urgences chirurgicales, etc.), où la prise en charge rapide, efficace et multidisciplinaire. Ces situations mobilisent promptement des équipes qualifiées rassemblant divers professionnels qui collaborent efficacement pour optimiser les résultats pour les patients, ce qui constitue une force majeure du système public.

Pertinence des actes

La création de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) marque un progrès important dans l'utilisation efficace et pertinente des ressources de notre système de santé. L'INESSS joue un rôle clé en évaluant les médicaments, technologies et interventions cliniques pour orienter les pratiques vers des choix éclairés et fondés sur des données probantes.

Par ailleurs, la campagne nationale *Choisir avec soin* incite les professionnels de la santé à privilégier des interventions pertinentes et réfléchies, évitant les actes inutiles et optimisant les ressources. De telles initiatives renforcent à la fois la qualité et la durabilité du système public, tout en alignant les soins sur les besoins réels des patients.

Couverture universelle

L'entrée en vigueur de l'assurance dentaire pour les aînés de plus de 65 ans marque un jalon important en matière de couverture universelle et de continuum de soins. En intégrant les soins bucco-dentaires dans les services accessibles aux aînés, ce programme comble une lacune importante, reconnaissant le rôle central de la santé dentaire dans le bien-être général et la prévention de complications médicales. Cette initiative permet à un segment vulnérable de la population d'accéder à des soins nécessaires sans barrière financière, illustrant l'engagement du système public envers un accès universel à des soins complets.

Par ailleurs, MQRP salue l'initiative fédérale d'instaurer une assurance médicaments universelle, tout en appelant le Québec à transformer son régime mixte actuel en un système d'assurance médicaments entièrement public. Une telle couverture publique, qui complèterait la couverture des soins médicaux, renforcerait le continuum de soins et améliorerait les résultats de santé pour toute la population, tout en optimisant l'utilisation des ressources en centralisant l'achat et la distribution des médicaments.

Justice reproductive

Depuis les années 1990, le Québec se distingue à l'échelle mondiale par son accès élargi à l'avortement, offrant une couverture pour tous les trimestres de la grossesse. Alors que plusieurs juridictions imposent des restrictions sévères ou reculent sur les droits reproductifs, le Québec demeure l'une des seules provinces canadiennes où les femmes peuvent bénéficier de services d'avortement à tous les stades de leur grossesse[79]. Ces soins de santé sont disponibles non seulement dans les hôpitaux, mais aussi dans des cliniques et centres communautaires, rendant l'interruption de grossesse plus accessible et moins stigmatisée. Cet accès étendu protège la santé et les droits reproductifs des femmes, leur permettant un véritable choix.

Relativement au continuum de soins en santé de la femme, MQRP salue la nouvelle initiative de la plateforme centralisé *Ma Grossesse*. Accessible en 11 langues, elle simplifie l'accès aux soins obstétricaux.

En bref

Bien que l'accès aux soins de santé demeure un défi, la qualité des soins dispensés dans notre système de santé public, ainsi que diverses initiatives publiques déployées récemment constituent des atouts précieux. Parmi les éléments clés :

- Les CLSC, lorsqu'ils sont bien financés, ont historiquement permis un accès efficace à la première ligne, basé sur le principe de responsabilité populationnelle.
- L'approche interdisciplinaire et le décloisonnement des actes favorisent la collaboration entre les professionnels de santé et améliorent l'efficacité et la qualité des soins.
- La prise en charge des conditions requérant des soins aigus est rapide et efficace.
- L'INESSS et la campagne *Choisir avec soin* veillent à une utilisation pertinente des ressources, fondée sur les données probantes.
- L'assurance dentaire pour les aînés de 65 ans, instaurée par le gouvernement fédéral élargit la couverture de soins, répondant à des besoins importants en matière de santé bucco-dentaire.
- Le projet fédéral d'assurance-médicaments universelle permettrait un accès équitable aux médicaments pour tous.
- En matière de justice reproductive, le Québec se distingue par son accès étendu à l'avortement à tous les stades de la grossesse. L'accès à la justice reproductive est renforcé par l'initiative *Ma Grossesse*, qui offre un accès multilingue aux soins obstétricaux.

Quelles sont les stratégies préconisées par MQRP pour améliorer notre système de santé public?

Face à la montée de la pratique médicale privée et aux politiques gouvernementales favorisant cette tendance, MQRP propose quelques pistes d'action visant à renforcer le système public, lesquelles s'articulent aux niveaux juridique, social et organisationnel.

Juridique: un encadrement plus strict du privé

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*[80]. MQRP est d'avis que le renversement du jugement *Chaoulli* ou 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. Toutefois, dans le contexte politique et juridique actuel, plusieurs mesures doivent être envisagées pour limiter, à tout le moins, l'expansion du privé en santé au Québec.

Lors de la création du système public de santé, le gouvernement québécois a choisi de permettre aux médecins de ne pas participer au régime public. Si cette permission pouvait s'expliquer dans le contexte initial, elle constitue aujourd'hui l'une des principales causes de

la privatisation croissante des soins de santé dispensés par les médecins. Pour contrer cette privatisation, une solution pourrait être l'interdiction du statut de non-participant. 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.

MQRP estime que le gouvernement devrait interdire à nouveau la mixité de pratique en télémédecine, ce qui permettrait de réinvestir le temps des professionnels de la santé accordé au privé dans le réseau public, bonifiant ainsi l'accès pour la population. La désaffiliation et la ré-affiliation récurrentes au cours d'une même année devrait également être interdite, laquelle permet indirectement aux médecins d'avoir une pratique mixte. Avant de permettre aux établissements de sous-traiter au privé certaines opérations, il faudrait exiger que le gouvernement doive démontrer que les salles d'opérations du réseau public sont utilisées à pleine capacité.

En augmentant les restrictions encadrant la pratique au privée, le gouvernement doit 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.

Face à l'exode de plusieurs médecins vers le secteur privé, MQRP considère important de valoriser la pratique au sein du système public, notamment en améliorant les conditions de travail et en éliminant les obstacles qui poussent les médecins à quitter vers le privé. Il est essentiel de porter une attention particulière aux contraintes imposées par les AMP, les PREM et les PEM, lesquels peuvent décourager les jeunes médecins en limitant leur liberté de choix géographique et professionnel.

Social: une prise de conscience collective

Les pistes de solutions législatives proposées ci-avant ne peuvent être mises en place sans la motivation de nos décideurs, qui agissent sous la pression de la volonté populaire. En effet, le pouvoir législatif représente la volonté du peuple[81]. Ainsi, il est crucial de rappeler au citoyen québécois les conséquences de la privatisation du système de santé, soit la perte de la solidarité sociale, le doublement paiement des soins, ainsi que la dégradation de l'accessibilité et de la qualité des services, le tout au profit de quelques riches entreprises. Certaines campagnes syndicales, dont la campagne actuelle de la CSN intitulée *Pas de profit sur la maladie - Pour un réseau vraiment public*, contribuent à cette prise de conscience collective[82,83].

Financier: agir sur le financement et le mode de rémunération des médecins

La réorganisation du financement du système de santé québécois pourrait passer par une série de mesures visant à maximiser l'efficacité des ressources tout en favorisant l'équité.

Une première piste serait de mieux financer le système en plafonnant la rémunération médicale pour en assurer une distribution plus équitable et en réévaluant les modèles de rémunération, par exemple en favorisant une approche mixte ou salariale plutôt que le paiement à l'acte. Par ailleurs, une réflexion sur le statut de travailleur autonome des médecins pourrait ouvrir la porte à une intégration plus cohérente dans le système public, avec des avantages alignés sur ceux des autres professionnels de la santé.

En parallèle, la révision des avantages fiscaux accordés aux cliniques privées permettrait de récupérer des fonds essentiels, souvent captés par des initiatives à but lucratif. Les sommes économisées pourraient alors être réinvesties dans l'amélioration des conditions de travail des travailleurs de la santé, ce qui contribuerait à réduire l'épuisement professionnel, attirer et retenir du personnel, et ultimement, améliorer les soins offerts à la population.

Organisationnel: une réorganisation de la première ligne

La réorganisation de la première ligne de soins, autour des principes d'accessibilité et de responsabilité populationnelle, est cruciale pour améliorer l'efficacité du système actuel, lequel est trop centralisé et déconnecté des besoins réels des communautés. MQRP soutient les propositions de l'IRIS qui prônent le principe des pôles sociaux[84], similaire à l'idéologie derrière les CLSC, pour une gestion décentralisée et des services de santé plus proches des populations. De tels pôles d'accès en première ligne seraient responsables de l'organisation des soins dans un territoire spécifique, avec des instances décisionnelles composées de gestionnaires, professionnels et citoyens élus. Telle approche permettrait de donner une voix active aux usagers du système, inversant ainsi la dynamique hiérarchique « top-down » actuelle en faveur d'une gouvernance « bottom-up ».

Le renforcement de la première ligne passe aussi par l'élargissement du panier de services, en incluant dans la couverture publique les soins prodigués par les divers professionnels de la santé, notamment les soins de psychothérapie, physiothérapie et ergothérapie. Ce renforcement nécessiterait aussi l'augmentation des services de soutien à domicile, permettant aux aînés de vieillir chez eux, diminuant ainsi les coûts liés aux hospitalisations et à l'institutionnalisation.

Enfin, pour une meilleure allocation des ressources, MQRP soutient un virage vers la prévention, avec un investissement significatif dans les politiques publiques ciblant les déterminants sociaux de la santé ainsi que dans les services de première ligne. Actuellement, une part disproportionnée des dépenses est consacrée aux soins curatifs spécialisés, laissant peu de place à la prévention et à la prise en charge des problèmes de santé mineurs avant qu'ils ne deviennent graves et coûteux. L'IRIS propose une répartition intéressante des dépenses en santé et en services sociaux : 50 % pour le volet préventif et 50 % pour le volet curatif[84].

En bref

Juridique : Un encadrement plus strict du privé

- Interdire la mixité de pratique en télémédecine pour que les médecins investissent ces heures dans le réseau public.
- Interdire le statut de médecin non-participant. Ceci exigerait que les médecins pratiquant hors RAMQ optent pour le statut de désengagé, où ils ne pourraient facturer leurs patients qu'aux tarifs établis par la RAMQ, permettant ainsi aux patients d'être remboursés pour leurs soins.
- Interdire la désaffiliation et ré-affiliation récurrentes pour limiter la pratique privée des spécialistes, particulièrement des chirurgiens.
- Exiger que les ressources publiques soient pleinement exploitées, notamment les salles d'opérations, avant de permettre la sous-traitance privée.
- Valoriser la pratique dans le secteur public, notamment en améliorant les conditions de travail et les salaires des travailleurs de la santé.
- Adoucir les contraintes imposées aux nouveaux médecins par les AMP, les PREM et les PEM, lesquels peuvent décourager les jeunes médecins en limitant leur liberté de choix géographique et professionnel.

Social : Une prise de conscience collective

- Sensibiliser la population aux conséquences de la privatisation, telles que la dégradation de l'accessibilité, la qualité des soins, la perte de solidarité sociale et les coûts pour les usagers.

Financier: Agir sur le financement et le mode de rémunération des médecins

- Plafonner la rémunération médicale pour en assurer une distribution plus équitable.
- Réévaluer les modèles de rémunération, notamment en favorisant une approche mixte ou salariale plutôt que le paiement à l'acte.
- Réfléchir au statut de travailleur autonome des médecins et à leur intégration au système public.
- Réviser les avantages fiscaux accordés aux cliniques privées afin de récupérer des fonds essentiels.
- Réinvestir les économies réalisées dans l'amélioration des conditions de travail des professionnels de la santé.

Organisationnel : Une réorganisation de la première ligne

- Créer des « pôles sociaux » pour rapprocher les services de santé des communautés, avec une gestion décentralisée et une gouvernance démocratique impliquant les usagers.
- Renforcer la première ligne en élargissant le panier de services, en incluant les soins des divers professionnels de la santé (psychothérapie, physiothérapie, ergothérapie, etc.) et les services de soutien à domicile.
- Réorienter une part significative des dépenses publiques vers la prévention et les services de première ligne.

CONCLUSION

Quelles conclusions tirer après 20 ans de privatisation accélérée au Québec?

Près de deux décennies après l'arrêt *Chaoulli*, il est malheureusement évident que notre système de santé a subi une dégradation marquée, tant en termes de quantité que de qualité des services offerts à la population. Le présent rapport montre que ce constat n'est pas une surprise, mais bien une conséquence logique des décisions politiques prises au cours des dernières années. Les gouvernements successifs ont contribué à la privatisation passive, puis active, de notre système de santé, par des choix politiques incohérents, des projets de lois bâclés et des investissements de milliards de dollars dans des initiatives privées. Comme le disait H.L. Mencken : « pour tout problème complexe, il existe une solution qui est claire, simple et fausse ». En l'espèce, le « miracle » de la privatisation n'a pas eu les effets escomptés en ce qui concerne les soins de santé.

Cependant, si l'on considère le profit comme l'objectif principal, la conclusion peut paraître plus positive, mais seulement pour une petite minorité économique. En effet, les entreprises privées prolifèrent et profitent du laxisme législatif et réglementaire au Québec. Des initiatives visant une soi-disant complémentarité avec le secteur privé, telles que les partenariats public-privé (PPP), les centres médicaux spécialisés (CMS) et le recours aux agences de main-d'œuvre indépendante (MOI), ont créé un environnement propice à l'essor du « privé-privé ». Le marché des cliniques médicales privées est florissant, et le nombre de médecins qui exercent en dehors de la RAMQ est en croissance exponentielle, représentant près d'un millier de médecins québécois par année (sans compter les désaffiliations temporaires). Le Québec est, statistiquement, le champion canadien de la médecine privée, et de loin.

Cette évolution s'accompagne également d'une acceptation sociale grandissante de la privatisation, renforcée par des mythes tenaces qui, bien qu'infondés et non soutenus par la littérature scientifique, persistent dans le discours public et nuisent à la vision d'un système de santé universel, accessible et solidaire.

En tant que médecins témoins des effets néfastes de la privatisation, il est de notre responsabilité de rétablir les faits et de militer pour un système public accessible à tous. Il est urgent d'entreprendre un vaste travail de vulgarisation et de sensibilisation auprès de nos collègues, de la population, et des décideurs. À titre d'outil, le présent rapport propose plusieurs pistes de solution à explorer pour freiner la croissance du secteur privé en santé, incluant un renforcement des ressources dans le réseau public et un encadrement plus strict de la pratique privée. L'enjeu est non seulement urgent, mais fondamental pour l'avenir de notre système de santé public.

Les 20 dernières années de privatisation ont été décevantes : les profits ont augmenté, mais la qualité et l'accès aux soins se sont nettement détériorés. Il est urgent de repenser collectivement nos priorités pour remettre le système de santé sur la voie de l'efficacité et de l'équité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fédération Médicale Étudiante du Québec (FMEQ). *Les Effectifs Médicaux Au Québec: Un Médecin Pour Chacun et Une Place Pour Chaque Médecin*. https://fmeq.ca/wp-content/uploads/2020/11/Memoire-effectifs-medicaux.pdf (2017).
2. Verbauwhede, C. & Prémont, M.-C. Covid-19 : autoriser les médecins du secteur privé à venir en renfort est une fausse bonne idée. *The Conversation* http://theconversation.com/covid-19-autoriser-les-medecins-du-secteur-prive-a-venir-en-renfort-est-une-fausse-bonne-idee-136787 (2020).
3. Collège des médecins du Québec. *Rapport Annuel: Une Année de Transition 2015/2016*. https://cms.cmq.org/files/documents/Rapports-annuels/p-4-2016-06-09-fr-rapport-annuel-2015-2016.pdf (2016).
4. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Nombre, Répartition et Migration Des Médecins Canadiens, 2000*. (2001).
5. Laverdière, M. Il faut apprendre de l'expérience des agences privées de placement. https://www.ledevoir.com/opinion/idees/818845/il-faut-apprendre-experience-agences-privees-placement (2024).
6. Canadian Doctors for Medicare. Cream skimming and hospital transfers in a mixed public-private system. *Canadian Doctors for Medicare* https://www.canadiandoctorsformedicare.ca/no_49 (2015).
7. Goulet, D. & Gagnon, R. *Histoire de La Médecine Au Québec 1800-2000*.
8. Desrosiers, G. Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir : conférence inaugurale du 51e congrès de l'Institut d'histoire de 1999.
9. Rohwer, A. Bismarck versus Beveridge: a comparison of social insurance systems in Europe. (2008).
10. L'Association des facultés de médecine du Canada (AMFC). L'organisation des services de santé au Canada. *AFMC Primer on Population Health* https://phprimer.afmc.ca/fr/partie-iii/chapitre-12/ (2018).

11. Boissonneault, A. & Lavallée, H. Le cycle perpétuel des réformes inachevées en santé | Radio-Canada. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1869004/barrette-quebec-dube-castonguay-clsc.
12. Commission Rochon (1988) - Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec - Guides thématiques. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/guides/fr/les-commissions-d-enquete-au-quebec-depuis-1867/7685-commission-rochon-1988.
13. Chaoulli c. Québec (Procureur général) - Décisions de la CSC. https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/fr/item/2237/index.do.
14. Castonguay, C. *En avoir pour notre argent: rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé*. (2008).
15. Lecomte, A. M. Québec propose une réforme majeure du système de santé. *Radio-Canada* https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/686244/barette-projet-loi-sante (2014).
16. Bordeleau, S. & Granger, P. Geneviève Biron nommée à la tête de Santé Québec. *Radio-Canada* https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2068726/pdg-agence-sante-quebec-genevieve-biron (2024).
17. MQRP. *Concernant Le Projet de Loi 15 - Loi Visant à Rendre Le Système de Santé et de Services Sociaux plus Efficace*. https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_189875&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz#:~:text=MQRP%20valorise%20la%20communication%20entre,diverses%20mani%C3%A8res%20%C3%A0%20ses%20travaux. (2023).
18. Bourassa Forcier, M. Quelle place du privé dans la nouvelle Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace ? in *Développements récents en droit de la santé* vol. 563 (2024).
19. Bourque, M. & Leruste, G. La transformation des idées sur la privatisation du système

de santé québécois depuis 1970 : le passage à un nouveau référentiel sectoriel ? *Polit. Sociétés* **29**, 105–129 (2010).

20. Campbell, R., Lessard, R. & Sauvé, J. Le privé dans la santé : un enjeu de santé publique: positionnement des directeurs de santé publique. (2007).
21. Klein, R. *The New Politics of the NHS: From Creation to Reinvention*. (Radcliffe Publishing, 2006).
22. Butler, J. NHS plc: the Privatisation of Our Health Care. *J. R. Soc. Med.* **98**, 80–81 (2005).
23. Anell, A. The public-private pendulum--patient choice and equity in Sweden. *N. Engl. J. Med.* **372**, 1–4 (2015).
24. Saltman, R. B. & Bergman, S.-E. Renovating the Commons: Swedish health care reforms in perspective. *J. Health Polit. Policy Law* **30**, 253–275 (2005).
25. World Health Organization Regional Office for *et al.* Health care systems in transition: France. (2004).
26. Canadian Medical Association. Opting in and out of public medical practice across Canada. *Canadian Medical Association* https://www.cma.ca/our-focus/public-and-private-health-care/opting-and-out-public-medical-practice-across-canada (2024).
27. Hébert, G. La progression du secteur privé en santé au Québec. *Inst. Rech. D'informations Socioéconomiques* (2022).
28. Chouinard, T. Médecins au public et au privé: Vers un frein au va-et-vient. *La Presse* (2024).
29. Bordeleau, S. Record number of Quebec doctors left public system in last year. *CBC News* (2024).
30. Canadian Medical Association. Opting in and out of public medical practice across Canada. *Canadian Medical Association* https://www.cma.ca/our-focus/public-and-private-health-care/opting-and-out-public-medical-practice-across-canada (2024).

31. Grammond, S. Serrer la vis aux médecins « inc. ». *La Presse* (2023).
32. Dubuc, A. La rémunération des médecins: Une approche économique. (2019).
33. OECD. *“‘Health Expenditure in Relation to GDP’”, in Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en.
34. Canadian Doctors for Medicare. Myth: ‘Privatization’ can help everyone access health care. *Canadian Doctors for Medicare* https://www.canadiandoctorsformedicare.ca/myth_privatization (2022).
35. MQRP. Pour la suite d’un système de santé universel, public et accessible. *Médecins québécois pour le régime public* https://mqrp.qc.ca/2020/09/pour-la-suite-dun-systeme/ (2020).
36. Longhurst, A. Failing to Deliver: The Alberta Surgical Initiative and Declining Surgical Capacity. *Parkland Institute* https://www.parklandinstitute.ca/failing_to_deliver (2023).
37. Bell, B. & Superina, S. Does Hybrid Health Care Improve Public Health Services? Lessons Learned From Australia. *Healthcare System Profiles* (2019).
38. Duckett, S., Stobart, A. & Lin, L. Not so universal: how to reduce out-of-pocket healthcare payments. (2022).
39. Petrou, P., Samoutis, G. & Lionis, C. Single-payer or a multipayer health system: a systematic literature review. *Public Health* **163**, 141–152 (2018).
40. Wu, T.-Y., Majeed, A. & Kuo, K. N. An overview of the healthcare system in Taiwan. *Lond. J. Prim. Care* **3**, 115–119 (2010).
41. Woolhandler, S., Campbell, T. & Himmelstein, D. U. Costs of health care administration in the United States and Canada. *N. Engl. J. Med.* **349**, 768–775 (2003).
42. Goodair, B. & Reeves, A. The effect of health-care privatisation on the quality of care. *Lancet Public Health* **9**, e199–e206 (2024).
43. Maruthappu, M. *et al.* Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990–2010: a longitudinal analysis. *The Lancet* **388**, 684–695 (2016).
44. Goodair, B. & Reeves, A. Outsourcing health-care services to the private sector and

treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatisation. *Lancet Public Health* **7**, e638–e646 (2022).

45. Devereaux, P. J. *et al.* Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit haemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. in *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]* (Centre for Reviews and Dissemination (UK), 2002).
46. Gianino, M. M., Lenzi, J., Fantini, M. P., Ricciardi, W. & Damiani, G. Declining amenable mortality: a reflection of health care systems? *BMC Health Serv. Res.* **17**, 735 (2017).
47. Brownlee, S. *et al.* Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet* **390**, 156–168 (2017).
48. Saini, V. *et al.* Drivers of poor medical care. *The Lancet* **390**, 178–190 (2017).
49. Schneider, E. C. *et al.* Reflecting poorly: health care in the US compared to other high-income countries. *N. Y. Commonw. Fund* **4**, (2021).
50. Campbell, R. J. *et al.* Public funding for private for-profit centres and access to cataract surgery by patient socioeconomic status: an Ontario population-based study. *Can. Med. Assoc. J.* **196**, E965–E972 (2024).
51. Fédération Médicale Étudiante du Québec (FMEQ). Privatisation des services de santé au Québec: perspective de la relève médicale. (2023).
52. Nadeau, J. Les médecins migrent vers le privé. *Le Devoir* https://www.ledevoir.com/societe/sante/445601/les-medecins-migrent-vers-le-prive (2015).
53. World Bank and WHO: Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses. https://www.who.int/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses.
54. Gentile, D. & Boily, D. 82 millions au privé pour des opérations, des examens et la location de locaux | COVID-19 : tout sur la pandémie. *Radio-Canada*

https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1761107/coronavirus-covid-19-cliniques-privees-operations-quebec-contrats.

55. Cousineau, M.-E. Des choix difficiles avec le rattrapage chirurgical. *Le Devoir* https://www.ledevoir.com/societe/sante/677820/coronavirus-des-choix-difficiles-avec-le-rattrapagechirurgical (2022).
56. Cousineau, M.-E. Les cliniques privées gonflent leur marge de profit avec la pandémie. *Le Devoir* https://www.ledevoir.com/societe/sante/598697/sante-plus-de-profits-pour-les-cliniques-privees (2021).
57. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Évolution du nombre de patients en attente depuis le début de la pandémie (mars 2020). (2020).
58. Bourcier, N. Liste d'attente en chirurgie : Québec encore loin de l'objectif. *Radio-Canada* https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2061269/liste-attente-chirurgies-quebec-retards (2024).
59. Gagnon, M. Le nouveau bloc opératoire externe de l'hôpital de Jonquière sous-utilisé. *Radio-Canada* https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1948783/chirurgies-un-jour-ciusss.
60. Archambault, H. Les salles d'opération toujours sous-utilisées. *TVA Nouvelles* https://www.tvanouvelles.ca/2019/01/16/les-salles-doperation-toujours-sous-utilisees (2019).
61. Bellerose, P. Pour leur budget de fonctionnement, les hôpitaux publics devront faire concurrence au privé. *Le Journal de Québec* https://www.journaldequebec.com/2023/04/25/pour-leurs-budgets-de-fonctionnement-les-hopitaux-publics-devront-faire-competition-au-prive (2023).
62. Auerbach, L. Issues raised by Public Private Partnerships in Ontario's hospital sector. (2002).
63. McKee, M., Edwards, N. & Atun, R. Public-private partnerships for hospitals. *Bull. World Health Organ.* **84**, 890–896 (2006).
64. West, P. A. What happens when the private sector plans hospital services for the NHS.

An increase in hospital beds is not necessarily the best investment. *BMJ* **314**, 1620–1621 (1997).

65. Uscher-Pines, L. *et al.* Antibiotic Prescribing for Acute Respiratory Infections in Direct-to-Consumer Telemedicine Visits. *JAMA Intern. Med.* **175**, 1234–1235 (2015).
66. QMI, A. La télémédecine augmente les consultations aux urgences. (2021).
67. Plourde, A. Le gouvernement ouvre grand la porte à l'industrie privée de la télémédecine. *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques* https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/lettre-telemedecine/ (2023).
68. Archambault, H. Au tour de la SAAQ de vouloir offrir la télémédecine privée à ses employés. *Le Journal de Montréal* https://www.journaldemontreal.com/2024/08/02/au-tour-de-la-saaq-doffrir-la-telemedecine-privee-a-ses-employes (2024).
69. Gagnon, D. M.-A. Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète ?
70. Renseignements sur les régimes privés | Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/renseignements-regimes-prives.
71. Roy, J. Assurance-médicaments: un retraité obligé de souscrire à un régime privé qu'il juge trop cher. *Le Journal de Québec* https://www.journaldequebec.com/2017/04/29/assurance-medicaments-un-retraite-oblige-de-souscrire-a-un-regime-prive-quil-juge-trop-cher (2017).
72. O'Brady, S. & Cassels, A. L'inefficacité de l'assurance-médicaments privée coûte 5 milliards chaque année aux entreprises. *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques* https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/linefficacite-de-lassurance-medicaments-privee-coute-5-milliards-chaque-annee-aux-entreprises/.
73. Gagnon, M.-A. & Hébert, G. Argumentaire économique pour un régime universel

d’assurance-médicaments : Coûts et bénéfices d’une couverture publique pour tous. (2010).

74. Gouvernement du Canada. Une ordonnance pour le Canada : l’assurance-médicaments pour tous. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/mise-en-oeuvre-regime-assurance-medicaments/rapport-final.html (2019).
75. Institut de la statistique du Québec (ISQ). Proportion de la population inscrite auprès d’un médecin de famille. (2024).
76. Boisvert, I. *et al.* Mécanismes d’accès aux services de proximité. (2019).
77. Projet de loi n° 67, Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l’élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux - Assemblée nationale du Québec. https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-67-43-1.html.
78. Médecins québécois pour le régime public. Accès aux soins en santé mentale: Un portrait québécois alarmant. (2022).
79. Keer, K., Benjamin, K., August 18, R. D. O. published on P. O., & 2022. Abortion in Canada is legal for all, but inaccessible for too many. *Policy Options* https://policyoptions.irpp.org/magazines/august-2022/abortion-access-canada/.
80. Irosoft, architecture de gestion de l’information législative-legal information management system. Charte des droits et libertés de la personne. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-12.
81. Canada, C. suprême du. Cour suprême du Canada - Discours de Beverley McLachlin -L’accès à l’information et la protection des renseignements personnels dans une démocratie. https://www.scc-csc.ca/judges-juges/spe-dis/bm-2009-05-05-fra.aspx (2009).
82. Confédération des syndicats nationaux. Pour un réseau Vraiment public – Pas de profit sur la maladie. https://vraimentpublic.org/.

83. Archambault, H. «On est en train de l'échapper»: la CSN tire la sonnette d'alarme contre le privé dans le réseau de la santé. *Le Journal de Montréal* https://www.journaldemontreal.com/2024/09/10/on-est-en-train-de-lechapper-caroline-senneville-presidente-de-la-csn (2024).
84. Plourde, A., Lavoie-Moore, M. & Hébert, G. Six remèdes pour révolutionner le système de santé au Québec. https://iris-recherche.qc.ca/publications/six-remedes-pour-revolutionner/.
85. Nominal gross domestic product (GDP). *OECD* https://www.oecd.org/en/data/indicators/nominal-gross-domestic-product-gdp.html.
86. Health at a Glance 2023. *OECD* https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html (2023).
87. Health expenditure by financing scheme. *OECD* https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/component-57.html (2023).
88. OECD. *"'Health Expenditure per Capita'", in Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. https://doi.org/10.1787/675059cd-en.
89. Health workforce. *OECD* https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/component-63.html (2023).
90. Roderick, P. & Pollock, A. Dismantling the National Health Service in England. *Int. J. Health Serv.* **52**, 470–479 (2022).
91. Bayliss, Kate. Can ENGLAND'S National Health System Reforms Overcome the Neoliberal Legacy? *Int. J. Health Serv.* **Vol 52**, 480–491.
92. Power, J. 7.6 million: How England's healthcare waiting list trebled under the Tories. *Al Jazeera* https://www.aljazeera.com/economy/2024/6/29/7-6-million-how-englands-healthcare-waiting-list-trebled-under-the-tories.
93. Indicator overview: Country dashboards and major trends. *OECD*

https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/component-5.html (2023).

94. Goodair, B. & Reeves, A. The effect of health-care privatisation on the quality of care. *Lancet Public Health* **9**, e199–e206 (2024).
95. Allotey, P. *et al.* Universal coverage in an era of privatisation: can we guarantee health for all? *BMC Public Health* **12**, (2012).

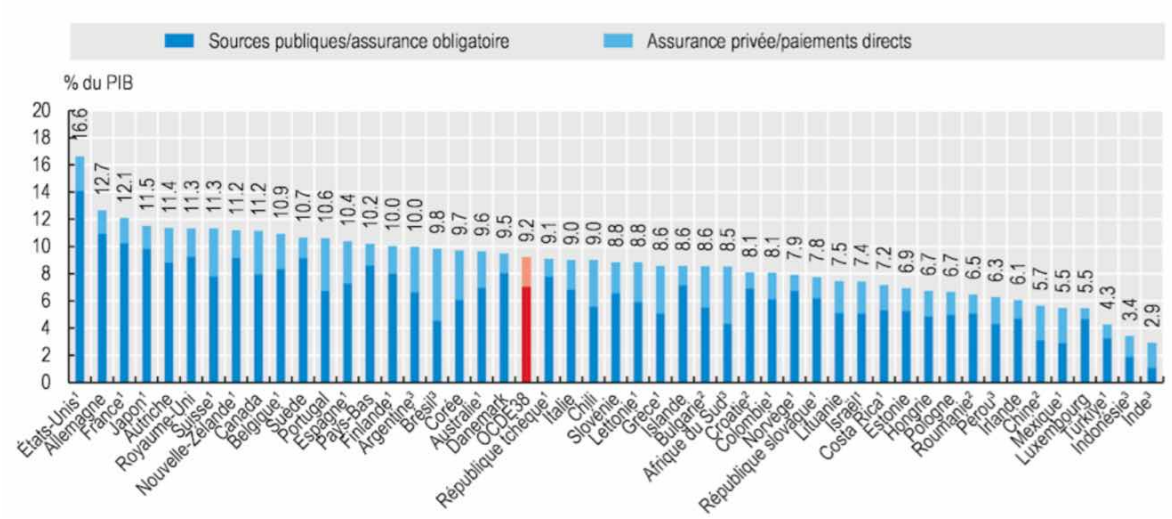
ANNEXES

Annexe 1 : Perspectives de santé des pays de l'OCDE

Une comparaison des systèmes de santé à travers le monde pourrait nous donner des idées pour proposer des mesures visant à améliorer la situation actuelle dans notre propre système. Il faut d'abord considérer que la situation économique et la distribution de la richesse ne sont pas égales à travers les pays. Si nous observons les dépenses en santé en pourcentage du PIB, la plupart des pays dépensent entre 10 % et 12 %[33], mais le PIB par habitant varie d'un pays à l'autre. Par exemple, en 2022, le PIB par habitant de la Norvège est de 124 256 $, celui des États-Unis de 77 128 $, de la Suède de 66 716 $, du Canada de 62 042$ et du Japon de 47 186 $[85]. Ces chiffres montrent (voir ci-dessous) que la distribution du PIB et le système de santé en place jouent un rôle plus important que la richesse globale d'un pays donné. De manière globale, il semble clair que plus il y a de privé dans le système de santé, moins bons sont les résultats dans les paramètres de qualité mesurés par l'OCDE. D'autre part, dans de nombreux cas, les différences sociales et culturelles exercent une influence majeure sur le fonctionnement du système analysé.

Dépense de santé en pourcentage du PIB, 2022

Tiré de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [33]



Les analyses réalisées par l'OCDE sont probablement les plus rigoureuses et pertinentes pour comparer les soins offerts à travers le monde[86]. Quelques exemples, résumés ci-dessous, peuvent nous aider à comprendre les tendances et évolutions actuelles des systèmes de santé. L'OCDE, dans l'évaluation de la qualité des soins et de la santé générale de la population dans chaque pays, considère plusieurs paramètres clés pour établir un classement, tels que :

- L'état de santé de la population;
- Les facteurs de risque pour la santé;
- L'accès aux soins;
- La qualité des soins;
- La capacité et les ressources des systèmes de santé.

À partir de cette analyse, l'OCDE établit un classement dans lequel figurent en tête des pays comme Singapour, le Japon et la Corée du Sud, et parmi les pays occidentaux, la première place revient à la Norvège.

Japon

Le Japon a un système de couverture universelle (tous les citoyens sont couverts). Le pays dépense 11 % de son PIB en soins de santé[33], qui couvrent les soins de première ligne, les spécialités, la santé mentale et les prescriptions de médicaments. La plupart de la population adhère à une assurance privée, payée par l'employeur ou basée sur le lieu de résidence (prise en charge par la préfecture locale). Les enfants, les personnes en situation de précarité économique et les personnes âgées sont pris en charge par l'État. La plupart des dépenses en santé sont couvertes par l'État, mais les assurances sont complémentaires, prenant en charge, par exemple, les dépenses liées aux jours de travail perdus. Le patient doit payer 30 % de chaque consultation et 14 % du prix des médicaments prescrits, sauf pour les individus mentionnés ci-dessus. En résumé, l'État assure 84 % des dépenses en santé de la population[87].

Les médecins sont salariés dans les hôpitaux publics. Le coût des consultations en première ligne et en spécialité est fixé par le gouvernement. Il s'agit d'un système décentralisé, mais les règles générales sont fixées par l'État. Il est intéressant de noter que le Japon dépense un pourcentage de PIB similaire au Canada en soins de santé, mais obtient de meilleurs résultats. Les principales différences entre les deux systèmes sont : la décentralisation, le fait que les professionnels de la santé (y compris les médecins) sont fondamentalement salariés, les coûts dans le privé sont régulés par l'État, et la population ayant des ressources économiques doit contribuer aux prix des consultations, des médicaments et des hospitalisations. L'État assure à 100 % les soins de la population économiquement défavorisée, des enfants et des personnes âgées. Il est très intéressant de noter que le Japon dépense moins par habitant en santé que le Canada, soit 5 251 $ pour le Japon contre 6 319 $ pour le Canada[88].

Norvège

La Norvège a un système de santé très performant, financé entièrement par l'État, par le biais des impôts. Les dépenses en santé représentent 12,7 % du PIB[85], ce qui est un peu plus élevé que chez nous. La couverture des soins de santé est assurée par le fait que chaque résident a un médecin de famille, qu'il peut changer jusqu'à deux fois par an. Cependant, il faut noter que le pays compte 1,6 fois plus de médecins par habitant et 2,2 fois plus d'infirmières que le Canada[89]. Ces dernières années, la charge de travail des médecins, surtout en première ligne, s'est considérablement alourdie, et les retraites ont diminué le nombre de professionnels de la santé, mettant en péril le système. Il faut aussi noter que la Norvège investit dans son système de santé des pourcentages du PIB similaires à ceux du Canada, mais compte sur un PIB par habitant de 124 256 $ contre 62 042 $ pour notre pays. Exprimé autrement, la Norvège dépense 7 771 $ par habitant pour la santé, tandis que le Canada dépense 6 319 $[88].

Grande-Bretagne

La Grande-Bretagne, avec un système, jusqu'à il y a quelques années, similaire au nôtre[90], a vu différents gouvernements conservateurs (néo-libéraux) entamer divers processus de privatisation, ce qui a mené à une paupérisation du système public[91]. Il y a des difficultés

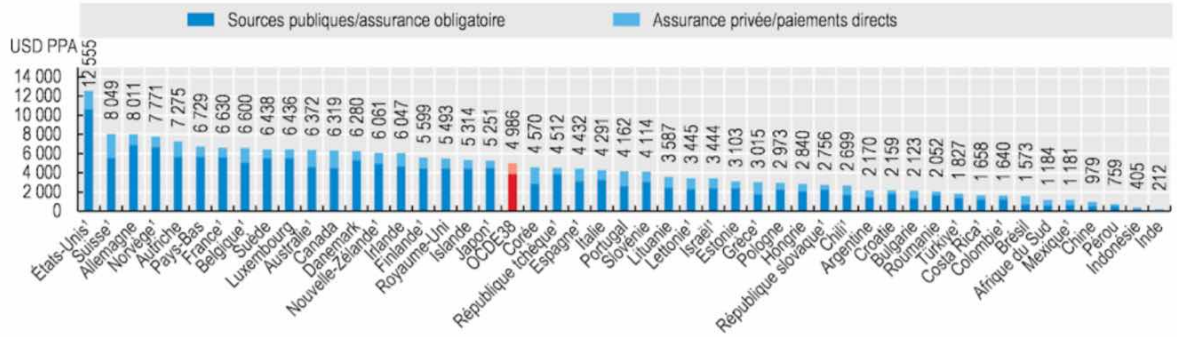
dans le recrutement de personnel, ainsi qu'un manque de locaux et de lits. Actuellement, environ 7,6 millions d'actes sont en attente[92], en conséquence de la détérioration de l'offre de soins. Les infirmières, médecins et autres personnels soignants ont fait grève à plusieurs reprises au cours des dernières années. De longues heures d'attente aux urgences, jusqu'à 12 heures pour des centaines de patients, rappellent des situations bien connues chez nous. Les dépenses en santé par habitant dans ce pays sont de 5 493 $[88], avec une augmentation des dépenses dans le secteur privé, ce qui a profondément modifié l'offre de soins entre le public et le privé.

Suède

La Suède est souvent mentionnée comme un exemple de services de santé. Il s'agit d'un système décentralisé sous la responsabilité des régions, avec une supervision centrale[23]. Une des particularités est la priorité donnée aux soins de première ligne. L'assurance privée est plutôt marginale. Les problèmes actuels sont un manque de personnel, un manque d'attractivité du système de santé et un déficit d'offre de soins dans certaines régions éloignées des centres à forte densité de population. La Suède dépense 6 438 $ par habitant pour les soins de santé[88].

Dépense de santé par habitant, 2022

Tiré de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [88]



Les systèmes de santé à travers le monde : une comparaison difficile

Nous avons résumé les qualités et les difficultés de plusieurs systèmes de santé assez représentatifs de la situation mondiale dans des pays riches. Il est difficile de tirer des conclusions définitives, car ces pays ont des différences importantes au niveau du PIB par habitant et des dépenses en santé par habitant. Cependant, nous pouvons observer que l'espérance de vie et la qualité de la santé d'une population n'ont pas de corrélation directe avec les dépenses dans le système.

Les États-Unis, par exemple, dépensent 17 % d'un énorme PIB[33] et 12 555 $ par habitant[88], mais n'offrent à leur population qu'une espérance de vie de 78 ans, comparée à plus de 84 ans dans des pays comme la Suisse, la Norvège, le Japon, et l'Espagne. L'espérance de vie est de 82 ans au Canada[93]. Il faut aussi mentionner que le système de santé est essentiellement privé aux États-Unis et qu'il exclut une partie non négligeable de la population, malgré les efforts du gouvernement Obama. Le développement du privé en santé non régulé par l'État génère, dans plusieurs pays, des inégalités dans l'accès aux soins, une diminution de la qualité de ces mêmes soins, un drainage de personnel soignant du secteur public et laisse souvent les soins les plus lourds au public[94,95]. On note

mondialement que les patients les pauvres sont 3x plus à risque de reporter ou de renoncer à des soins de santé, notamment en raison du coût ou du temps d'attente[93].

Si nous regardons la performance selon les pays et les caractéristiques de chaque système et de son fonctionnement, nous pouvons mettre en valeur la décentralisation, qui permet un dialogue entre l'administration du système et les acteurs professionnels, ce qui a pratiquement disparu dans notre pays, où les professionnels de la santé ont été écartés des processus décisionnels. Sans aucun doute, la culture et la solidarité dans chaque société jouent un rôle fondamental dans l'administration des soins et l'éducation de la population par rapport à son système de santé.

Annexe 2 : 15 ans d'actions pour le régime public

MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC

Suite au jugement Chaoulli, qui lève l'interdiction d'avoir recours à une assurance privée pour les soins et services déjà couverts par le régime public de santé, Médecins québécois pour le régime public (MQRP) est créé en octobre 2008. Depuis, MQRP se bat pour conserver et développer le caractère public de notre système de santé. Nos 15 ans d'actions, en bref :

2009

- **Novembre** : MQRP se joint à la coalition CHU sans PPP.
- **Mars** : MQRP demande au gouvernement de réviser le projet de construction en PPP du CHUM.
- **Mai** : MQRP dépose un mémoire en commission parlementaire sur le projet de loi 34 sur les les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale.
- **Juin** : MQRP publie son 1er rapport annuel *Pour un système public en meilleure santé.*

2010

- **Avril** : MQRP rassemble la FMOQ, le CQMF, la FMEQ, la FMRQ, l'AMSCLCQ, et les doyens des facultés de médecine de l'Université Laval et de l'Université Sherbrooke, autour d'une déclaration commune dénonçant la non pertinence et les effets pervers de l'instauration d'un ticket modérateur.
- **Octobre** : MQRP organise un événement festif, en collaboration avec la CSN, pour souligner le 40e anniversaire de la loi sur l'assurance-maladie et réitérer son importance.

2011

- **Février** : MQRP publie son rapport annuel *État des lieux : main basse sur le système public de santé.*
- **Mars** : MQRP dépose un mémoire en commission parlementaire sur le projet de loi 127, dénonçant la concurrence interne entre les établissements qu'il engendrerait.

2012

- **Octobre** : MQRP s'immisce dans les élections en posant dix questions aux partis politiques.
- **Novembre** : MQRP appuie le projet de loi Pharma-Québec proposant une couverture d'assurance-médicaments.
- **Mai** : MQRP publie son rapport annuel *La mixité en radiologie : Un modèle à deux vitesses en voie de propagation.*
- **Juin** : MQRP met en garde contre le changement de financement des hôpitaux.

2013

- **Avril** : MQRP demande la couverture publique de toute l'imagerie médicale au Québec.
- **Mai** : MQRP s'inquiète des dérives de l'« optimisation » des soins à domicile.
- **Juin** : MQRP, au sein d'une coalition d'intervenants en santé du Québec, dénonce les coupures au programme fédéral d'assurance santé pour les demandeurs d'asile et réfugiés.
- **Juin** : MQRP publie son rapport annuel *Pas de frais pour les patients – parce que payer de sa santé n'a rien d'accessoire.*
- **Octobre** : MQRP dépose un mémoire en commission parlementaire sur le projet de création d'une assurance autonomie.

2014

- **Octobre** : MQRP dépose un mémoire et participe à la commission parlementaire sur le projet de loi 10.
- **Mai** : MQRP met un document de plainte pour les frais accessoires à la disposition du public.
- **Mai** : MQRP publie son rapport annuel *Tracer la ligne entre le public et le privé: les impacts de la nouvelle gestion publique sur l'évolution de la première ligne au Québec.*

2015

- **Mars** : MQRP dépose un mémoire et participe à la commission parlementaire sur le projet de loi 20, *Assurer l'accès : 10 propositions pour vraiment améliorer l'accès à la première ligne*.
- **Mai** : MQRP met à la disposition du public un outil et un dépliant sur les frais accessoires et met en ligne une vidéo sur le projet de loi 10.
- **Novembre** : MQRP dépose une pétition à l'Assemblée nationale pour l'abolition des frais accessoires.

2016

- **Janvier** : MQRP dépose un mémoire à la consultation publique sur le panier de services du commissaire à la santé et au bien-être.
- **Janvier** : MQRP organise une formation sur l'accès aux autres professionnels de la santé.

- **Février** : MQRP se prononce contre l'implantation du financement à l'activité des hôpitaux.
- **Mai** : MQRP dépose un mémoire sur l'accessibilité aux soins primaires au Forum de la relève étudiante pour la santé au Québec (FRESQue).
- **Juin** : MQRP publie son rapport annuel sur l'accès aux professionnels de la santé *Pour une collaboration publique : Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec.*

2017

- **Janvier** : MQRP salue l'abolition des frais accessoires, mais incite à demeurer vigilant.
- **Juin** : MQRP publie son rapport annuel *Les GMF au Québec; étude de cas d'une médecine entrepreneuriale.*
- **Novembre** : MQRP dénonce dans un communiqué les propos du ministre Barrette, qui dit vouloir éliminer la « culture qui oppose toujours public et privé ».
- **Décembre** : MQRP, au sein d'une coalition, dénonce le manque complet de transparence du gouvernement du Québec concernant l'abolition du poste de Commissaire à la santé et au bien-être (CSBÊ) et le transfert de ses pouvoirs.

2018

- **Janvier** : MQRP dénonce l'accord à l'amiable avec les consortiums en PPP du CHUM et du CUSM.
- **Février** : MQRP dénonce la hausse du salaire des spécialistes et recueille près de 1000 signatures de la communauté médicale.
- **Mars** : MQRP organise une manifestation pour lutter contre les inégalités dans le système de santé, appuyée par plus d'une quarantaine d'organisations, sous la bannière « UniEs pour la santé ».
- **Avril** : MQRP organise une formation : *Qui a vraiment droit à la santé? L'accès aux soins pour les personnes à statut précaire.*
- **Juin** : MQRP interpelle le Premier ministre dans le dossier des évacuations d'enfants sans escorte avec le service ÉVAQ.
- **Juin** : MQRP publie un rapport annuel sur l'accès en santé *La santé pour tous et pour toutes : Étude des barrières à l'accès au système de santé public québécois.*

2019

- **Février**: MQRP tient sa soirée de formation annuelle sur le rôle joué par les fondations privées en santé.
- **Mai** : MQRP publie son rapport annuel *Le « philanthrocapitalisme » des fondations en santé - Étude des impacts sur le système public de santé et de services sociaux*.
- **Octobre** : MQRP fait la couverture des enjeux en santé lors des élections fédérales en plus de faire des demandes aux partis politiques.
- **Décembre** : MQRP dénonce de nouveau l'augmentation du salaire des médecins spécialistes et milite pour un gel de la rémunération globale des médecins.

2020

- **Janvier** : MQRP publie une analyse critique de Bell Cause pour la cause « Bell Canada placote pour sa cause – Analyse critique de l'initiative de Bell en santé

mentale », dénonçant cette campagne de marketing promouvant une vision individualiste des enjeux de santé mentale.
- **Avril** : MQRP revendique la nationalisation des CHSLD et l'extension de la Loi canadienne sur la santé.
- **Novembre**: MQRP publie son rapport annuel *Ce que la COVID-19 a révélé sur le système de santé québécois et comment y remédier.*

2021

- **Janvier**: MQRP propose 10 façons pour vider le GAMF sans parler de rémunération.

2022

- **Janvier**: MQRP se positionne contre l'imposition d'une contribution financière aux adultes refusant de se faire vacciner et propose des manières d'augmenter le nombre de vaccinés.
- **Juin** : MQRP publie son rapport annuel *Accès aux soins en santé mentale : Un portrait québécois alarmant*
- **Octobre** : MQRP fait la couverture des enjeux en santé lors des élections provinciales en plus de faire des demandes aux partis politiques.

2023

- **Mai**: MQRP tente à multiples reprises de se faire entendre en commission parlementaire sur le Projet de loi 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. MQRP organise une conférence de presse avec les trois partis de l'opposition et publie un mémoire à l'Assemblée nationale à cet effet.
- **Décembre** : MQRP organise une campagne de recrutement : « Offrir un réseau public en santé pour les fêtes » en proposant des résolutions pour promouvoir notre système de santé public.
- **Décembre**: MQRP joint sa voix lors de négociations du secteur public en santé en offrant son appui aux travailleuses et travailleurs de la santé dans leur lutte pour obtenir de meilleures conditions de travail.

2024

- **Mai** : MQRP organise sa soirée de formation annuelle s'intitulant *Exode des médecins vers le privé: quels impacts sur les soins de santé au Québec?*
- **Mai**: MQRP dénonce l'initiative gouvernementale des mini-hôpitaux privés et la nomination de Geneviève Biron à la tête de Santé Québec.

Impliquez-vous !

En plus de ses prises de position, le MQRP a réalisé des centaines d'activités visant à sensibiliser, éduquer et mobiliser divers publics. Ces actions incluent des conférences destinées aux médecins, étudiants, représentants syndicaux et organismes communautaires, la publication d'articles dans les journaux, la participation à des entrevues à la radio et à la télévision, l'écriture de blogues, ainsi qu'une présence active sur les médias sociaux.

Bien sûr, le travail n’est pas terminé : pour vous impliquer ou simplement suivre de près nos activités, devenez membre et rejoignez-nous sur les médias sociaux!

info@mrqp.ca

MQRP - Médecins québécois pour le régime public

MQRP_pageofficielle

@MQRP