MQRP
MÉDECINS QUÉBÉCOIS
POUR LE RÉGIME PUBLIC

# MÉMOIRE DE MQRP PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

## Concernant le projet de loi 15 - Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

23 mai 2023

MQRP
MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC

CP 48729 Outremont, Outremont, Québec, H2V 4T3
+1 (514) 638-6659
www.mqrp.qc.ca
info@mqrp.qc.ca

**Comité de rédaction du mémoire:**

Dre Elise Girouard-Chantal

Dre Isabelle Leblanc

Dr Mathieu Isabel

Dre Camille Pelletier Vernooy

Dr Xavier Gauvreau

Dre Lauréanne Dussault-Desrochers

Cyril Devault-Tousignant

**Révision:**

Dr Xavier Gauvreau

Dre Camille Pelletier Vernooy

Pierre Fontaine

## Table des matières

**Table des matières** **3**
**Présentation de l'organisation** **4**
**Résumé** **5**
**Le privé en santé: littérature et données probantes** **6**
Le privé dans la littérature scientifique: des exemples d'ici et d'ailleurs 6
**Contexte de privatisation des dernières années** **10**
Centre médicaux spécialisés 10
Télémédecine 11
Mini-hôpitaux 12
Clic Santé 12
Bonjour Santé / Rendez-vous santé Québec 12
Agences de placement privées 14
Accès aux autres professionnels 15
**Le privé au sein du projet de loi 15** **16**
Un système privé parallèle 16
Centres médicaux spécialisés 17
Fondations sur les conseils d'administration des établissements 17
**Recommandations de modification du PL15** **19**
a) Recommandations sur la priorité du public sur le privé 19
b) Recommandations sur la sous-traitance au privé 21
c) Recommandations sur la mixité de pratique 23
d) Recommandations sur la gouvernance des établissements 25
**Conclusion et solutions** **26**

## Présentation de l'organisation

Médecins québécois pour le régime public (MQRP) est un regroupement de 500 médecins de diverses régions du Québec : généralistes, spécialistes, médecins de santé publique, universitaires et médecins en formation. L'organisation est vouée au maintien et à l'amélioration du système public de santé accessible à tous, sans distinction de moyens, par la voie d'un financement et d'une prestation des soins publics.

Constitué en 2005 suite au jugement Chaoulli de la Cour suprême, MQRP considère que des améliorations au système de santé s'imposent, mais qu'elles peuvent et doivent se faire dans le cadre du régime public pour être à l'avantage de toute la population.

MQRP revendique l'application intégrale de la Loi canadienne sur la santé (LCS), 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. Pour ce faire:

1. 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.

2. MQRP revendique une assurance-médicament universelle.

3. MQRP milite pour que tout hôpital, centre de santé ou clinique médicale soit à but non lucratif dès qu'un médecin inscrit au régime public y pratique.

4. 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.

5. MQRP valorise la communication entre la population et ses institutions plutôt que des réformes visant à imposer les règles de la nouvelle gestion publique.

Ses activités sont aussi ouvertes aux personnes et organisations amies qui contribuent de diverses manières à ses travaux.

MQRP est partenaire de Canadian Doctors for Medicare (www.canadiandoctorsformedicare.ca) qui poursuit des objectifs semblables dans les autres régions du Canada.

## Résumé

Nous, Médecins québécois pour le régime public, sommes d'avis que le projet de loi 15 n'a pas la capacité d'améliorer notre système de santé. En tant que regroupement de médecins, nous sommes d'avis que ce projet de loi témoigne d'un diagnostic erroné des problèmes dans notre système de santé et que, par conséquent, qu'il s'agit d'un plan de traitement inadéquat. Tel que soulevé par plusieurs groupes, sa réforme de structure imbriquée dans un mode de gouvernance entrepreneuriale, son caractère centralisateur et sa vision hospitalo-centrique ne sont pas des solutions aux problèmes actuels de notre réseau de santé. Toutefois, ce qui nous inquiète le plus est l'importance accordée au privé et la mise en place permanente d'un système privé parallèle. Le projet de loi 15 est en effet la réforme en santé faisant le plus de place au privé dans l'histoire de notre réseau de la santé et malgré tout, cette mise de l'avant du privé semble passer sous silence. Il s'agit d'un risque important à l'accessibilité des soins et services de santé pour l'ensemble des Québécois et Québécoises et l'adoption de ce projet de loi représente un point de non-retour qui mérite d'être dénoncé.

Le projet de loi 15 ayant été déposé très rapidement et sa commission ayant été réalisée de manière précipitée, beaucoup de regroupements et de voix importantes n'ont pu exprimer leur opinion et collaborer avec le gouvernement. Nous sommes très déçus de ne pas être invités à témoigner en commission parlementaire, nous espérons donc que le présent mémoire sera pris en considération par nos élus et qu'il servira de main tendue à une vraie collaboration.

Dans le présent mémoire, nous plongerons dans un nombre substantiel d'études et de données probantes comparant les systèmes publics et privés de santé. Nous ferons la démonstration, à travers des exemples d'ici et d'ailleurs, que davantage de privatisation n'est pas la solution à adopter. Au contraire, les données probantes démontrent un risque d'aggravation des problèmes de pénurie de main-d'œuvre ainsi que de diminution de la qualité des soins et de la pertinence, et ce, sans impact sur les temps d'attente. Ensuite, nous aborderons le contexte de privatisation des dernières années dans lequel le projet de loi 15 s'inscrit. Nous parlerons des conséquences sur l'accessibilité et la qualité des soins et services que ces décisions ont eues. Étant donné l'ampleur du projet de loi et en raison des délais courts de la commission parlementaire, nous aborderons ensuite quelques éléments spécifiquement, mais non exhaustifs, que nous jugeons problématiques au sein du projet de loi. Pour finir, nous proposerons des amendements spécifiques au projet de loi 15 et détaillerons des pistes de solutions tangibles qui permettent d'améliorer le fonctionnement de notre système de santé, la qualité de ses soins et l'accessibilité à la population québécoise.

## Le privé en santé: littérature et données probantes

Ouvrir la porte au privé de manière aussi officielle que dans le présent projet de loi mérite de s'attarder aux données probantes en lien avec ce choix. Au même titre que les actes médicaux et les décisions quant à la santé de nos patients sont basés sur des données probantes, nos réformes en santé se doivent d'adopter la même rigueur de collecte et traitement des informations. Pourtant, peu de données objectives dans la littérature soutiennent le choix d'un système privé parallèle, particulièrement si celui-ci est à but lucratif. La littérature nous confirme qu'il faut plutôt investir en amont et dans les soins publics. Voici une revue de quelques études et exemples d'ici et d'ailleurs dans le monde portant sur l'utilisation du privé en santé.

### Le privé dans la littérature scientifique: des exemples d'ici et d'ailleurs

Le privé et les temps d'attente

L'utilisation du privé pour diminuer les temps d'attente est un mythe réfuté plusieurs fois ici comme ailleurs. Prenons l'exemple de l'Australie, état assez comparable au Québec en ce qui concerne les indicateurs socio-économiques, qui a introduit un système privé parallèle en 1997. Depuis, les patients au public ont attendu plus de deux fois plus longtemps pour leur chirurgie que les patients au privé. De plus, les patients australiens au public attendent en moyenne plus longtemps que les patients canadiens pour les mêmes opérations[1]. Un rapport récent de 2022 a également révélé que les paiements directs sont un enjeu important en Australie affectant les indicateurs de santé de leur population, en particulier pour les personnes atteintes de maladies chroniques comme le cancer. En effet, la moitié des patients atteints de cancer ont payé plus de 5 000 $ par an en frais médicaux. Les personnes du groupe socio-économique le plus bas sont donc 37 % plus susceptibles de mourir de leur cancer que ceux du groupe socio-économique le plus élevé[2]. Non seulement l'introduction d'un système privé parallèle en Australie n'a pas permis de diminuer les temps d'attente, les indicateurs de santé s'en sont vus négativement affectés.

Analysons maintenant des exemples d'ici. La démonstration la plus saillante est celle du jugement Chaoulli de 2005, qui a permis l'assurance duplicative pour les chirurgies de la hanche, du genou et des cataractes. L'argument principal du jugement Chaoulli était de réduire les temps d'attente. Pourtant, plus de 15 ans plus tard, les temps d'attente sont restés les mêmes ou se sont même allongés pour ceux qui n'ont pas les moyens d'acheter une assurance privée. Les cliniques de chirurgies privées sélectionnent de plus leur clientèle, en soignant les patients les moins malades et en laissant au système public les cas les plus lourds : le plaignant initial de la cause Chaoulli n'a d'ailleurs pu avoir la chirurgie pour laquelle il s'était battu au privé, en raison de problèmes cardiaques et pulmonaires rendant la chirurgie trop périlleuse et pas assez rentable au privé[3].

---

[1] Bell, B. (2019) *Does hybrid health care improve public health services? Lessons learned from Australia*, Healthcare System Profile.

[2] Duckeyt, S., Sobart, A., Lin, L. (2022) *Not so universal: How to reduce out-of-pocket healthcare payments*, Grattan Institute.

[3] Médecins québecois pour un régime public (2020) *Pour la suite d'un système de santé universel, public et accessible,* https://www.google.com/url?q=https://mqrp.qc.ca/2020/09/pour-la-suite-dun-systeme/&sa=D&source=editors&ust=1683652260554624&usg=AOvVaw1nTqLxZVRK9BZN7RfYurqE

Un autre exemple réfutant l'utilisation parallèle du privé pour diminuer les temps d'attente du public est celui des résonances magnétiques (IRM) en Saskatchewan. En effet, la Saskatchewan permet aux patients de payer de leur poche pour une IRM depuis 2016. De 2015 à 2019, les listes d'attente pour les IRM en Saskatchewan ont doublé en raison de la demande accrue et en conséquence, les temps d'attente ont en fait augmenté[4]. Finalement, l'Alberta en 2019 a augmenté significativement son recours aux centres chirurgicaux à but lucratif, l'équivalent des Centres médicaux spécialisés (CMS) au Québec. Tout récemment, en 2023, un rapport révèle que l'Alberta affiche l'un des pires résultats en matière de réduction des temps d'attente en chirurgie au Canada. Contrairement à la pensée magique de nos gouvernements selon lesquelles l'utilisation des établissements à but lucratif augmenterait la capacité chirurgicale provinciale, les données suggèrent 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 provinciaux[5].

Le privé et la qualité des soins

À l'international, lorsque nous comparons les différents modèles de systèmes de santé, on constate que les systèmes publics performent mieux que les systèmes privés et même que les systèmes parallèles.

Une analyse longitudinale publiée dans *The Lancet* en 2016, basée sur des données de l'OMS provenant de 75 pays, a démontré qu'une hausse du taux de chômage est associée à une augmentation de la mortalité par cancer, sauf dans les pays qui bénéficient d'un régime public de soins de santé. Cette analyse révèle que la mortalité par cancer est inversement reliée à un système de santé public, possiblement en raison d'un accès plus facile et équitable aux soins de santé incluant le dépistage et les traitements[6].

En Angleterre, une étude de 2022 portant sur les impacts de la privatisation des services de santé a révélé que la privatisation a une corrélation importante avec l'augmentation des taux de mortalité[7]. Aux États-Unis, une revue systématique a révélé que les hôpitaux à but lucratif étaient associés à un taux de mortalité plus élevé que les hôpitaux à but non lucratif[8]. Par exemple, chez nos voisins du sud, une étude comparant les taux de mortalité en centres de dialyse de 1973 à 1997 dans les milieux à but lucratif versus les milieux publics a démontré un risque de mortalité plus élevé. Ce risque relatif de 1,08 suggère qu'il y a chaque année 2 500 décès prématurés excessifs dans les centres de dialyse à but lucratif aux États-Unis[9]. Une revue des systèmes de santé dans le monde en

---

[4]Hunter, A., Sask. (2020) *MRI model putting federal dollars at risk, NDP says,* CBC news,https://www.google.com/url?q=https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/sask-mri-federal-money-1.5483849&sa=D&source=editors&ust=1683652249715006&usg=AOvVaw2Ab_EO-5rAynB8kbgKEPVO

[5] Longhurst, A. (2023) *Failing to Deliver: The Alberta Surgical Initiative and Declining Surgical Capacity,*Parkland Institute, https://www.parklandinstitute.ca/failing_to_deliver?fbclid=IwAR06lzIJE9RY7Xg5nxEDagr2BfQnTbCB6nPF9wlrT-juavqDEgG0lto58ws

[6] Maruthappu, M., Watkins, J., Noor, A. M., Williams, C., Ali, R., Sullivan, R., ... & Atun, R. (2016). Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990–2010: a longitudinal analysis. *The Lancet*, *388*(10045), 684-695.

[7]Goodair, B., & Reeves, A. (2022). Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatisation. *The Lancet Public Health*, *7*(7), e638-e646.

[8] Devereaux, P. J., Choi, P. T., Lacchetti, C., Weaver, B., Schünemann, H. J., Haines, T., ... & Guyatt, G. H. (2002). A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *Cmaj*, *166*(11), 1399-1406.

[9] Devereaux, P. J., Schünemann, H. J., Ravindran, N., Bhandari, M., Garg, A. X., Choi, P. T. L., ... & Guyatt, G. H. (2002). Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, *288*(19), 2449-2457.

2021 a révélé qu'un financement privé accru était associé à une accessibilité, une équité et une qualité réduites[10]. Une autre étude de 2017 publiée dans *BMC Health Services Research* a examiné 22 systèmes de santé parmi les pays de l'OCDE et a comparé les tendances de « mortalité évitable » de 2000 à 2014. Alors que tous les systèmes de soins de santé ont montré une baisse des taux de mortalité évitable au fil du temps, les systèmes privés à but lucratif ont montré un ralentissement du taux de déclin par rapport aux systèmes publics[11]. Une étude de 2021 comparant la performance des systèmes de santé de 11 pays développés a démontré que les quatre caractéristiques suivantes menaient à de meilleurs indicateurs de santé[12]: la couverture universelle sans barrières de coûts, investir dans les soins primaires, réduire le fardeau administratif pour les patients et les fournisseurs et investir dans les services sociaux.

Notre gouvernement semble convaincu que le privé mène à de meilleurs soins. Pourtant, la théorie et les études infirment cette conviction. Les soins de santé ne suivent pas l'offre et la demande comme des marchandises. Il s'agit d'un mythe populaire maintes fois réfuté par la littérature scientifique. Il a été démontré que la recherche du profit crée une incitation à prendre des raccourcis et à fournir des soins de moindre qualité et moins sûrs[13]. Si les études ne sont pas un vecteur de persuasion assez robuste, la mortalité indubitablement accrue en CHSLD privés comparativement aux CHSLD publics durant la pandémie, au Québec comme dans les autres provinces, devrait l'être[14].

<u>Le privé coûte plus cher</u>

Évidemment, les entreprises et centres privés en santé ont pour but de faire du profit. Ce profit, tel que précédemment mentionné, incite parfois à « couper les coins ronds », ce qui mène à de moins bons indicateurs de santé. Ce profit veut également dire que l'ensemble des Québécois paient plus cher pour ce service.

Les Centres médicaux spécialisés (CMS) en sont un bon exemple. Les différents gouvernements récents ont encouragé le développement des CMS, ces structures privées qui sous-traitent la prise en charge de patients du réseau public. Ces entreprises sont donc largement subventionnées dans leur mission lucrative : les contrats établis avec le gouvernement prévoient d'emblée une marge de profit à leurs propriétaires, payée à même les fonds publics. Des marges de profit allant jusqu'à 15% ont été signées avec différents CMS depuis la pandémie[15].

En plus de nous coûter plus cher collectivement, les CMS drainent les travailleurs de la santé hors du réseau public. Notre système de santé fonctionne en vases communicants: les travailleurs œuvrant pour les CMS proviennent du réseau public de soins ou bien sont des finissants de différents

---

[10] Lee, S. K., Rowe, B. H., & Mahl, S. K. (2021). Increased private healthcare for canada: is that the right solution?. *Healthcare Policy*, *16*(3), 30.

[11] Gianino, M. M., Lenzi, J., Fantini, M. P., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2017). Declining amenable mortality: a reflection of health care systems?. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1-8.

[12] Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K., Williams, R., & II, M. M. (2021). Reflecting Poorly: Health Care in the US Compared to Other High-Income Countries. *New York: The Commonwealth Fund*.

[13]Longhurst, A., Cohen, M., & McGregor, M. (2016). *Reducing surgical wait times.*

[14]Gagnon, K. (2021) Le palmarès du pire, *La Presse,*
https://www.lapresse.ca/actualites/covid-19/2021-03-18/enquete-sur-les-chsld/le-palmares-du-pire.php

[15]Cousineau, M. (2021) 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

programmes en santé qui ne vont pas travailler dans le réseau public. La création d'une nouvelle structure comme les CMS n'augmente pas la quantité de travailleurs disponibles. Le nombre de travailleurs de la santé au Québec ne se duplique pas. L'équation est simple : le réseau privé en santé recrute et draine les travailleurs du réseau public, le privant de ce qui lui permet de bien fonctionner.

Le choix d'un modèle de partenariat public-privé (PPP) pour le CHUM et le CUSM de 2013-2017 a aussi engendré des enjeux majeurs de coûts et de transparence. Les contrats ont en effet été tenus secrets. En 2018, le gouvernement québécois a déboursé 233 millions $ pour régler des litiges judiciaires liés à des dépassements de coûts. Concrètement, le CHUM dont la construction a été financée à 55% par un consortium d'entreprises privées (Construction santé Montréal) est en échange loué au Québec à un loyer de 11M$/mois jusqu'en 2050. Ainsi, chaque modification, entretien ou réparation doit être effectué par des équipes du consortium, entraînant des facturations supplémentaires puisque les modifications ou rénovations ne sont pas tenues de suivre les mêmes appels d'offres que les autres constructions du domaine entièrement public de l'État. En 2017, par exemple, des coûts de 409$ ont été chargés pour déplacer un distributeur de savon à main, puis 26 500$ pour déplacer une vingtaine de téléviseurs[16]. Non seulement cela aura coûté plus cher à la société, mais de plus, ce mode de construction nous enlève le contrôle sur le processus de construction et d'entretien.

Des exemples à l'international abondent dans le même sens. Taïwan a mis en œuvre un système universel de soins de santé en 1995, semblable à celui du Canada, avec quelques différences notables : des dossiers de santé électroniques et la couverture publique pour les services non inclus dans l'assurance-maladie canadienne, y compris les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires et les visites d'infirmières à domicile. Taïwan a l'un des coûts administratifs les plus bas au monde, à moins de 2% du total des dépenses en soins de santé. Aux États-Unis, où le privé prédomine, il s'agit de 31% alors qu'au Canada, il s'agit de 16,7 %[17]. Le système à payeur unique est plus performant en termes d'équité des soins de santé, de mutualisation des risques et de négociation, tandis que les systèmes à payeurs multiples offrent des options supplémentaires aux patients et sont plus difficiles à exploiter par le gouvernement. Un système multi payeur implique également un coût administratif plus élevé[18].

[16]Mauvieux, S.,. (2017). CHUM: transparence dans la gestion financière exigée. *Journal Metro,* https://journalmetro.com/actualites/montreal/1210020/chum-transparence-dans-la-gestion-financiere-exigee/

[17] Wu, T. Y., Majeed, A., & Kuo, K. N. (2010). An overview of the healthcare system in Taiwan. *London journal of primary care*, *3*(2), 115-119.

[18] Petrou, P., Samoutis, G., & Lionis, C. (2018). Single-payer or a multipayer health system: a systematic literature review. *Public health*, *163*, 141-152.

## Contexte de privatisation des dernières années

Depuis plusieurs années, avant le projet de loi actuel, nos gouvernements ont pris un tournant inquiétant vers la privatisation qui met en péril la pérennité de notre système public. Le privé est souvent cité comme la solution miracle aux multiples problèmes dont les listes d'attente; notre gouvernement va même jusqu'à dire que notre réseau a besoin de recruter des «top guns » du privé pour s'en sortir[19]. C'est dans ce contexte que la place immense au privé dans le projet de loi 15 se voit normalisée et consolidée. Dans cette section, nous passerons en revue les mesures passives et actives de privatisation des dernières années afin de comprendre comment s'articule cette privatisation des soins et services dans le présent projet de loi.

### Centre médicaux spécialisés

Durant la première année de pandémie, 82 millions de dollars avaient été donnés en contrats de gré à gré à des cliniques privées pour prendre en charge des chirurgies d'un jour et louer des blocs opératoires[20]. Par exemple, 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. Ce type d'entente pour les cliniques privées est très lucratif, tellement, que certaines cliniques utilisent cet argent pour se construire davantage d'infrastructures (nouvelles salles d'opération, nouvelles cliniques) pour pouvoir sous-traiter encore davantage au public. Par exemple, les locaux de Chirurgie DIX30 prévoient la construction et l'aménagement de deux nouvelles salles d'opération[21]. Qui plus est, 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 de faire une marge de profit de 15 % plutôt que 10 % comme auparavant[22].

Le problème des listes d'attentes pour les chirurgies au Québec est criant. Toutefois, utiliser le privé comme système parallèle ne fait que drainer davantage les ressources et le personnel du réseau public. Bien au-delà de nouvelles salles d'opérations, c'est de personnel pour faire fonctionner les salles déjà existantes dont nous avons besoin. Déjà en 2017-2018, seulement 30% des hôpitaux du Québec avaient atteint la cible d'utilisation du bloc opératoire de 85%[23]. Plus récemment, pendant la pandémie, alors que le public réalisait environ 40 000 chirurgies par mois, la sous-traitance au privé nous a permis d'augmenter ce chiffre à 43 000. Il est primordial de mentionner que nos salles d'opérations fonctionnent en moyenne à 78% de leur capacité, notamment en raison de la pénurie de personnel. En gros, le privé nous permet une augmentation du nombre de chirurgies de moins de 10%, alors qu'exploiter nos salles d'opérations existantes et ramener le personnel au public

---

[19]Chouinard, T. (2023) *Dubé veut recruter des « top guns » du privé,* La Presse, https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-03-20/sante-quebec/dube-veut-recruter-des-top-guns-du-prive.php
[20]Gentile, D. et Boily, D., *82 millions au privé pour des opérations, des examens et la location de locaux*, Radio-Canada. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1761107/coronavirus-covid-19-cliniques-privees-operations-quebec-contrats
[21]Cousineau, M., (2022) *Des choix difficiles avec le rattrapage chirurgical*, Le Devoir, https://www.ledevoir.com/societe/sante/677820/coronavirus-des-choix-difficiles-avec-le-rattrapagechirurgical
[22]Cousineau, M. (2021) *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
[23]Archambault, H., (2019) *Les salles d'opération toujours sous-utilisées*, TVA Nouvelles, https://www.tvanouvelles.ca/2019/01/16/les-salles-doperation-toujours-sous-utilisees#:~:text=Seulement%2030%25%20des%20h%C3%B4pitaux%20du,'acc%C3%A8s%20%C3%A0%20l'information.

permettraient une augmentation jusqu'à 28% de chirurgies%[24], et ce, à moindre coût. D'autres exemples récents démontrent cette même tendance; à l'Hôpital de Jonquière, des salles d'opération à la fine pointe de la technologie sont non utilisées, faute de personnel[25]. Il importe donc de bonifier grandement les ressources et d'améliorer les conditions de travail du personnel travaillant déjà aux blocs opératoires de nos institutions publiques pour augmenter la capacité opératoire de façon pérenne. Sans surprise, les données démontrent sans équivoque que les coûts sont plus élevés dans le secteur privé et les partenariats privé-public (PPP) que dans un système complètement public bien financé[26],[27],[28]. Tel que mentionné précédemment, au Québec, nous payons 15% de plus pour les chirurgies au privé que pour les chirurgies au public; en plus de contribuer davantage à l'exode du personnel soignant vers le privé.

## Télémédecine

Le contexte pandémique a ouvert grand la porte à la télémédecine, c'est-à-dire les soins de santé à distance. Bien que ce mode de consultation puisse apporter son lot d'avantages, de nombreux questionnements demeurent. Avant la pandémie, ceux-ci n'étaient pas couverts par le régime de la RAMQ et étaient donc très rares. S'il y a certains questionnements sur la pertinence (la télémédecine entraîne de plus grand nombre de prescriptions d'antibiotiques[29], par exemple) et la pression sur le système public (la majorité des compagnies de télémédecine privées n'offrent pas de soin en présentiels, donc redirigent leurs patients ayant besoin d'une évaluation vers les GMF, GMF-R et urgences[30]), il est clair qu'en 2023, la télémédecine doit faire partie de l'offre de soins.

Le 7 décembre 2023, sans tambour ni trompette, le règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie a été modifié. Plutôt que de couvrir les soins en télémédecine uniquement lorsqu'appropriés, le règlement permettait la mixité de pratique (les médecins inscrits au régime public pouvaient donner des soins privés en télémédecine) et l'assurance duplicative (les assureurs privés pouvaient couvrir la télémédecine même si déjà couverte par la RAMQ)[31]. Ces deux brèches dans les remparts de protection du système public donnent l'aval à une privatisation des soins, à un système inéquitable (seules les personnes plus fortunées ou avec des assurances ont accès à la télémédecine) et diminue l'offre de soins au public (les médecins inscrits à la RAMQ divisant maintenant leur temps entre le privé et le public).

---

[24] Bellerose, P., (2023) *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?fbclid=IwAR10FsukB00DL8afTX-2YYj3-lgHH9AG75UZCu38o_3cuSwbMHthlAGaFR4

[25] https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1948783/chirurgies-un-jour-ciusss

[26] Auerbach L. (2002) *Issues raised by public–private partnerships in Ontario's hospital sector. Ottawa: Canadian Health Coalition*; 2002.

[27] McKee, M., Edwards, N., & Atun, R. (2006) *Public-private partnerships for hospitals.* Bulletin of the World Health Organization, *84*, 890-896.

[28] Pollock AM, Dunnigan M, Gaffney D, Macfarlane A, Majeed FA, on behalf of the NHS Consultants' Association, Radical Statistics Health Group, and the NHS Support Federation (1997). What happens when the private sector plans hospital services for the NHS: three case studies under the private finance initiative. BMJ 314:1266-71.

[29] Uscher-Pines, L., Mulcahy, A., Cowling, D., Hunter, G., Burns, R., & Mehrotra, A. (2015). Antibiotic prescribing for acute respiratory infections in direct-to-consumer telemedicine visits. *JAMA internal medicine*, *175*(7), 1234-1235.

[30] Agence QMI. (2021) *La télémédecine augmente les consultations aux urgences,* Le journal de Québec, https://www.journaldequebec.com/2021/04/25/la-telemedecine-augmente-les-consultations-aux-urgences-1

[31]Plourde, A.., (2023) *Le gouvernement ouvre grand la porte à l'industrie privée de la télémédecine,* https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/lettre-telemedecine/

### Mini-hôpitaux

En mars dernier, le ministre Dubé annonçait son intention d'aller de l'avant avec des appels d'intérêt pour deux projets de mini-hôpitaux privés. Ce projet de partenariat public-privé aurait le même mode de financement que les Groupes de médecine familiale (GMF), soit un financement public, avec une gestion privée. Pour le patient, il n'y a effectivement pas de différence : la RAMQ couvre les frais associés. Pour l'État, ce mode de financement coûte beaucoup plus cher: par exemple, les médecins qui pratiquent en cabinets privés de type GMF reçoivent, pour chaque acte, une rémunération supérieure de 35 % qui vise à couvrir les frais de fonctionnement de la gestion privée. Rappelons également qu'en confiant des services à une gestion privée, l'État se retrouve à financer le profit d'entreprises de santé à même les taxes et impôts des Québécois.

Ces nouvelles structures sont présentées comme une solution pour améliorer l'accès à la première ligne. L'un des principaux défis de la première ligne dans le réseau public est pourtant lié au manque de main-d'œuvre. Le nombre de travailleurs et travailleuses de la santé au Québec ne se duplique malheureusement pas; comme les agences de placement et comme les CMS, ces mini-hôpitaux privés risquent fort bien de recruter à même le réseau public, drainant son personnel et minant sa capacité de soigner les patients.

### Clic Santé

Il n'est pas à démontrer que le système de santé québécois accuse un grand retard dans le virage numérique. En ce sens, la création de Clic Santé par une entreprise d'Alma a été bienvenue durant la pandémie. La plateforme a permis de gérer une énorme campagne de vaccination et de dépistage dans le système public québécois.

Depuis la pandémie et dans le contexte d'Opti-Lab, les prélèvements sanguins -autrefois possibles les CLSC et les hôpitaux sans rendez-vous- sont maintenant disponibles presque uniquement sur rendez-vous via Clic Santé. Cette plateforme gouvernementale propose maintenant sur le même pied d'égalité les prélèvements dans le système public, sans frais, des prélèvements en centre d'analyses complètement privés et des prélèvements où il faut payer la technicienne ou l'infirmière (souvent en pharmacie) mais qui sont ensuite envoyés en laboratoire public. La plateforme gouvernementale avalise donc un système à deux vitesses où ceux qui peuvent se payer le privé ou le semi-privé ont priorité. La plateforme fait aussi le le travail de publicitaires pour le privé puisque les entreprises à but lucratif n'ont même pas besoin de recruter des clients, Clic Santé le fait pour eux[32]!

### Bonjour Santé / Rendez-vous santé Québec

Ces dernières années, les systèmes de prise de rendez-vous médicaux en ligne ont mis l'accent sur la privatisation au sein de notre système de santé. La plateforme Bonjour-santé a particulièrement attiré l'attention. Moyennant des frais, cette plateforme permet de rechercher et obtenir certains rendez-vous médicaux. Au fil du temps, différentes actions en justice ont eu lieu contre cette compagnie.

---

[32]Girard-Bossé, A., (2022) *La présence grandissante du privé sur Clic Santé dénoncée,* La Presse, https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-09-30/la-presence-grandissante-du-prive-sur-clic-sante-denoncee.php

En 2018, un recours collectif a été autorisé contre la plateforme payante Bonjour-santé, car le paiement demandé par Bonjour-santé consistait en fait un frais accessoire[33], c'est-à-dire un montant illégal à payer pour accéder à des soins couverts par la RAMQ[34]. Cette première action collective avait été abandonnée en raison d'un autre conflit parallèle qui opposait la RAMQ à Bonjour-Santé.[35] En 2018, la RAMQ s'était aussi adressée aux tribunaux pour faire cesser les services payants de Bonjour-santé jugeant ceux-ci comme «illégaux »[36]. En février 2021, la Cour supérieure du Québec a autorisé une nouvelle action collective contre Bonjour-Santé.[37] La question la plus importante au coeur de ce litige toujours en cours est de «déterminer s'il est légal de facturer une somme d'argent pour obtenir un rendez-vous pour lequel l'acte médical est payé par la RAMQ»[38].

Une autre plateforme, Rendez-vous santé Québec (RVSQ) a aussi fait les manchettes. Plateforme publique, RVSQ a vu le jour en 2017 sous l'initiative du ministre de la Santé de l'époque Gaétan Barrette au coût de 6,8M$[39]. Initialement contestée et peu utilisée et suite à différents retards et défis technologiques, RVSQ a été bonifiée depuis sous le gouvernement de la CAQ.. Toutefois, durant un moment, la plateforme publique RVSQ redirigeait vers le site privé et payant Bonjour-santé lorsque les rendez-vous n'étaient pas disponibles via la plateforme publique RVSQ[40]. En permettant qu'une plateforme publique (RVSQ) fasse la promotion de rendez-vous payants pour le patient, le gouvernement rend légitime alors un système à deux vitesses où ceux qui peuvent payer ont un accès plus rapide aux rendez-vous. Pour MQRP, le gouvernement contrevient ainsi aux principes de gratuité et d'universalité des frais de santé.

En 2020, au cœur de la pandémie de COVID-19, on apprenait que le gouvernement se livrait à une «guerre ouverte» avec Bonjour-Santé[41], voulant ainsi forcer l'utilisation de la plateforme publique RVSQ. Les représentants de la plateforme Bonjour-santé parlaient alors de «concurrence déloyal ». En août 2020, nous apprenions que le gouvernement allait dépenser 3M$ supplémentaires pour créer un «hub», un orchestrateur qui allait alors intégrer plusieurs plateformes, privées et publiques, payantes et gratuites[42]. Développé par l'entreprise privée Petal (suite à un contrat de 36M$ octroyé sans appel d'offre alors que l'entreprise et lié à un cofondateur de la Coalition Avenir Québec [43], le hub a connu différents ratés et problèmes informatiques lors de son lancement[44]. De nombreux

---

[33]La presse canadienne. (2018). *Le site Bonjour-Santé est visé par une demande d'action collective*. La Presse. https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201809/21/01-5197441-le-site-bonjour-sante-est-vise-par-unedemande-daction-collective.php

[34]Médecins québecois pour le régime public, (2013) *Pas de frais pour les patients,* http://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2013-frais-access.pdf

[35]Giguère, U. (2021) *Une action collective autorisée contre Bonjour-Santé*, La Presse, https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2021-02-17/une-action-collective-autorisee-contre-bonjour-sante.php

[36]Daoust-Boisvert, A., (2018) *Bonjour-santé facture des frais illégaux, tranche la RAMQ,* Le Devoir,, https://www.ledevoir.com/societe/sante/537381/demande-de-recours-collectif-contre-bonjour-sante

[37]Giguère, U., (2021) *La cour autorise une action collective contre la plateforme Bonjour-Santé,* L'Actualité, https://lactualite.com/actualites/la-cour-autorise-une-action-collective-contre-la-plateforme-bonjour-sante/

[38] *Ibid.,*

[39]Lachance, N. (2022) *Prise de rendez-vous: encore du cafouillage,* Journal de Québec, https://www.journaldequebec.com/2022/01/31/prise-de-rendez-vous-encore-du-cafouillage

[40]Lachance, N., Québec va payer pour Bonjour Santé, Le journal de Montréal, https://www.journaldequebec.com/2020/08/19/quebec-va-payer-pour-bonjour-sante

[41]Lachance, N. (2020, 29 juin). Guerre ouverte entre Québec et le site internet Bonjour-santé. Le Journal de Montréal. https://www.journaldequebec.com/2020/06/29/guerre-ouverte-entre-quebec-et-le-site-internet-bonjour-sante

[42]*Op cit*., Lachance, (2022), *Québec va payer pour Bonjour Santé*

[43]Lachance, N., Lemay, E. (2021) *36 M$ à une entreprise liée au cofondateur de la CAQ,* Le Journal de Montréal,, https://www.journaldemontreal.com/2021/04/22/36m-a-une-entreprise-liee-au-cofondateur-de-la-caq

[44]Lacoursière A., (2022) *Des pépins informatiques irritent les médecins,* La Presse, mahttps://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-05-12/guichet-d-acces-a-la-premiere-ligne/des-pepins-informatiques-irritent-les-medecins.php

questionnements sur l'accès, l'utilisation et la protection de données tant reliées au dossier médical électronique du patient qu'à la pratique des médecins ont été soulevés en lien avec ce hub[45].

Tour récemment, en mars 2023, un article mentionnait que la plateforme privée Bonjour Santé aurait offert des « réservations illégales de rendez-vous médicaux »[46]. En effet, la plateforme aurait offert à ses abonnés ayant payé des frais une série de rendez-vous médicaux initialement réservés au sein de disponibilités offertes dans le système public. La compagnie Bonjour-santé a toutefois nié ces allégations[47].

Au moment d'écrire ces lignes, le service de la plateforme Bonjour-santé permet d'accéder au service provincial gratuit de réservation de rendez-vous. Toutefois, un abonnement payant est disponible. Moyennant des frais d'activation (unique de 15,95$/mois et un forfait individuel de 9,95$ par mois ou familial de 17,95$ par mois), l'abonnement payant permet entre autres d'accéder à un service de recherche de rendez-vous, à différents conseils santé, à des prescriptions et des renouvellements en ligne de contraceptifs.[48]

Néanmoins, peu importe l'état actuel des redirections vers des plateformes privées de prise de rendez-vous à partir de plateformes publiques ou de la possible notion de revente de rendez-vous pris initialement via des plateformes publiques, des questions importantes demeurent. Est-ce que la marchandisation de la prise de rendez-vous pour un service médical assuré par le régime public est légal? MQRP est d'avis que les sagas des dernières années en lien avec les plateformes de prise de rendez-vous démontrent la place de plus en plus importante du privé à but lucratif au sein de notre système de santé.

### Agences de placement privées

Déjà en 2020, dans notre rapport sur l'impact de la COVID-19 sur le réseau public de santé et de services sociaux au Québec nous décrivons l'impact bien senti des agences privées avant la pandémie :

> Les agences de placement privées se présentent donc comme le symptôme d'une organisation du travail chroniquement déficiente. Notre dépendance grandissante envers ces agences rend notre système de santé plus fragile[…]. De plus, d'un point de vue strictement comptable, avec les coûts élevés associées à l'embauche de personnel d'agence, il coûte plus cher d'y avoir recours que d'offrir des postes à temps complet aux employé·e·s régulier·e·s du réseau.[49]

---

[45] *Op cit*., Lachance, (2022), *Prise de rendez-vous: encore du cafouillage.*
[46] *Ibid*.,
[47] Lemieux, F., (2023) Allégations de rendez-vous réservés illégalement: le MSSS analyse les activités du Portail Bonjour-Santé, Métro, https://journalmetro.com/actualites/national/3022858/allegations-de-rendez-vous-reserves-illegalement-le-msss-analyse-les-activites-du-portail-bonjour-sante/
[48] Tootelo Innovation Inc. (2023) *Sélectionner un plan d'abonnement*, Bonjour-Santé https://clinique.bonjour-sante.ca/selectionner-un-plan-dabonnement
[49] Médecins québecois pour le régime public., (2019) *Ce que la COVID-19 a révélé sur le système de santé québécois et comment y remédier, https://drive.google.com/file/d/1IH_x9rzLPA3Ud8-Xw3MKjm_ELLda-Hmc/view*

Deux ans plus tard, on apprenait via la FTQ qu'entre 2016 et 2022, les agences privées ont coûté près de 3 milliards de dollars à l'État québécois[50]. En plus d'être inefficace d'un point de vue financier, la sous-traitance d'heures de travail du réseau public à ces agences a créé de l'instabilité dans les équipes de travail au sein des hôpitaux, mettant à risque la qualité des soins prodigués aux patients.

La saga des agences de placement illustre malheureusement le problème plus large du recours au privé en santé. On confie la santé de notre population à des entreprises à but lucratif qui profitent, de brèches qui ont été créées par des années de désinvestissement dans le réseau de la santé. Le gouvernement actuel reconnaît maintenant lui-même le caractère néfaste des agences privées pour notre réseau. Une fois implantées, c'est pourtant une véritable dépendance à l'égard de ces entreprises qui s'est créée. Le Québec, malgré plusieurs initiatives en ce sens, peine maintenant à se défaire des agences privées; c'est une perte de contrôle qui nuit à la fois au personnel en place, aux finances de l'État et à la santé et sécurité des patients. Nous attendons de notre gouvernement qu'il tire des leçons de cette mauvaise expérience, au lieu d'en faire la répétition en continuant à recourir à d'autres entreprises en santé, notamment les CMS, les mini-hôpitaux ou les entreprises de télémédecine.

## Accès aux autres professionnels

En 2016, MQRP avait produit un rapport complet sur l'accès aux professionnels de la santé (autres que les médecins) au sein du réseau public de santé et de services sociaux[51]. Nous avions également participé la même année à une consultation du Commissaire à la santé et au bien-être (le Commissaire) au sujet de la couverture publique des services de santé et de services sociaux au Québec, c'est-à-dire le panier de services publics assurés. Or, les constats sont les mêmes en 2023. Dans notre rapport complet, nous tracions le portrait de pratique de certaines professions en première ligne : la physiothérapie et l'ergothérapie, la psychologie, l'orthophonie et l'audiologie, les soins dentaires, l'optométrie ainsi que les soins infirmiers spécialisés. Nous constations alors que les services rendus par ces différents professionnels n'ont jamais été complètement intégrés à l'offre de soins publique du réseau de santé québécois. Nous avions mis en évidence dans ce rapport que l'organisation actuelle des soins professionnels en première ligne (avec les nombreux trous de services existants, les besoins croissants de la population et les conditions de travail difficiles) avait essentiellement favorisé le développement du secteur privé pour toutes les professions étudiées.

En dessinant les contours du secteur privé, nous avions fait la démonstration que la privatisation toujours grandissante de l'accès aux professionnels était le résultat d'une suite de décisions politiques systématiques. Ceci nous avait menés à une position forte pour une couverture élargie à tous les services professionnels médicalement nécessaires au temps opportun, peu importe le lieu de dispensation des soins. Nous mentionnions alors:

> Dans tous les cas de figure, l'accès est actuellement plus facile au privé qu'au public, pour qui peut se le payer. Or, les données probantes démontrent qu'une prise en charge précoce, par le bon professionnel, diminue la chronicisation et les complications des problèmes de santé

[50] Gerbet, T. et Boily, D., (2022), *Québec a dépensé 3 milliards $ dans les agences privées de santé en 6 ans,* La Presse, https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1956130/agences-placement-privees-sante-quebec-ftq-projet-loi-dube

[51] Médecins québecois pour un régime public (2016) *Pour une collaboration publique: portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec,* https://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2016-autres-prof.pdf

> qui relèvent des professionnelles autres que médecins, en plus de diminuer le fardeau économique relié au recours à l'urgence et aux consultations médicales répétées. Il est essentiel d'inclure une offre publique de soins professionnels au sein du réseau de première ligne afin d'assurer un accès universel indépendamment du revenu. [...] Présenter une offre insuffisante [au public], c'est endosser la reprise lucrative par le privé de cette offre de soins et accepter que tous ne soient pas égaux devant l'accès.[52]

Au printemps 2021, le Chantier sur l'accès à un médecin et la cessation d'exercice était lancé. Piloté par le CMQ, ce chantier regroupait le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, en plus d'une patiente partenaire. Certains représentants de différentes professions ont été consultés à différents moments dans le processus, mais seulement comme invités. Leur rapport a été publié en 2022[53]. Différentes solutions y étaient proposées dont «l'accès accru à d'autres professionnels de la santé dans le parcours de soins des patients dans le réseau public est identifié comme une des mesures les plus pertinentes tant par les médecins que par le public, afin d'améliorer l'accès aux soins[54]. Des actions comme l'élargissement de la couverture des soins de santé dans le réseau public à d'autres professionnels de la santé ont également été mentionnées. MQRP salue de telles solutions et propositions d'actions, mais exige des actions concrètes pour renforcer la place des professionnels de la santé non-médicaux au sein de notre réseau public via, entre autres, une couverture élargie de tous les soins médicalement nécessaires, peu importe le professionnel qui les dispense, ainsi que des conditions de travail et des salaires décents pour ces travailleurs.

## Le privé au sein du projet de loi 15

### Un système privé parallèle

Le problème principal de la place des établissements privés au sein du projet de loi 15 est que leur importance est mise au même niveau que nos établissements publics. Il semble évident que l'ouverture au privé et la mise en place permanente d'un système privé parallèle étaient des objectifs principaux de ce projet de loi puisque dès l'article 2, on établit les établissements privés au même pied d'égalité que nos établissements publics. Historiquement, en 1991, les établissements fournissant des services de santé et sociaux cités dans la LSSSS étaient exclusivement publics (article 97). Des amendements ont ensuite permis la sous-traitance au privé avec des mesures de contrôle. Dans les 149 mentions du privé au sein de la LSSSS, on aborde les cabinets privés, les Centres médicaux spécialisés, les centres d'hébergement de longue durée et les agences de placements. Le nombre d'articles le plus important portant sur le privé a trait aux centres d'hébergement de longue durée. Il est important de faire le parallèle avec les problèmes importants de gestion, de qualité des soins et la mortalité plus élevée que cela a engendré durant la pandémie dans les établissements privés d'hébergement de longue durée.

Dans le PL15, la gamme de sous-traitance au privé s'élargit notamment aux services d'urgences et hospitaliers, une pente extrêmement dangereuse pour la qualité et l'accessibilité des soins. En effet,

---

[52] *Ibid.,*

[53] Collège des médecins du Qubec (2022) *Constats et actions proposées pour un meilleur parcours de soins* http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2022-05-06-fr-rapport-chantier-acces-medecin-cessation-exercice-constats-et-actions.pdf?t=1684770759213

[54] *Ibid.,*

sans l'article 485, on légifère que tout service rendu par le public peut être offert par le privé, si Santé Québec l'autorise. L'article 326, dans la section « Dispositions applicables aux établissements publics et privés » on légifère la mise en place de services d'urgences au privé. L'article 301 mentionne aussi des centres hospitaliers privés. Nous nous questionnons sérieusement sur comment ces aspects respecteront la Loi canadienne sur la santé (LCS).

L'augmentation de la place du privé dans l'offre de soins et services et sa mise au même pied d'égalité que nos services publics aura comme impact la mise en compétition des deux systèmes. Cette mise en compétition empirera inévitablement notre problème de pénurie de main-d'œuvre au public et diminuera l'accessibilité pour la majorité des Québécois.

### Centres médicaux spécialisés

Les centres médicaux spécialisés ont été introduits en 2006 dans la LSSSS. Peu de changements législatifs ont été apportés dans le PL15. À cet effet, il y a un manque important de balises établies pour maximiser l'utilisation de nos établissements publics et limiter l'exode de la main-d'œuvre au privé. Un autre enjeu important à anticiper est celui de l'augmentation des disparités d'offre de services et d'accessibilité aux soins en région. Les CMS étant à but lucratif, les régions éloignées avec une densité populationnelle plus petite engendreront moins de profits et donc, ne seront pas un marché profitable pour les CMS. Tel que précédemment mentionné, les CMS coûtent plus cher et ne permettent pas de diminuer nos listes d'attentes. Nous détaillerons plus bas nos propositions de balisage et pistes de solution.

### Fondations sur les conseils d'administration des établissements

Un enjeu majeur est l'introduction des fondations privées au sein des CA d'établissements publics (article 107). Les décisions, le financement et l'allocation des ressources dans notre système de santé doivent être basés sur les besoins réels de la population, pas les préférences des donateurs. La place des fondations privées sur les CA de nos établissements publics devrait tout simplement être interdite.

### Gouvernance

Le projet de loi 15 est l'illustration même du mouvement vers une gouvernance entrepreneuriale dans notre système de santé des dernières années: non seulement par son ancrage dans le privé, mais aussi dans sa mise en concurrence, sa centralisation des pouvoirs décisionnels et sa reddition de compte basée sur la performance, et non la qualité. Il semble complètement absurde qu'un projet de loi de 308 pages visant à améliorer notre système de santé ne fasse aucune mention de la qualité des soins. Bien que tous les établissements auront des CA locaux, il est évident dans toutes les sections du projet de loi que toutes les décisions finalement relèvent du Ministre. Il s'agit d'une fausse décentralisation, qui de ne fera de continuer à déconnecter les décisions et la gestion des soignants et des patients. Un système de santé relève d'abord et avant tout de ses soignants, dans le but de donner des soins de qualité à tous et à toutes de manière équitable. Ces principes se voient méprisés dans une gouvernance entrepreneuriale, une vision hospitalo-centrique et une marchandisation des soins.

Alors qu'un des principaux enjeux du système public de santé est la rétention du personnel et leur maintien dans le réseau, le retrait des soignants des conseils d'administration cause un grave problème. Un système de santé à deux vitesses entraîne directement une perte d'expertise et de capacité dans notre système public, car nos ressources limitées sont mises en concurrence.

Le poste votant sur les conseils d'administration délégué aux fondations des établissements représente aussi un enjeu majeur de gouvernance. Les organismes de bienfaisance ne sont pas imputables et ne répondent pas nécessairement à des besoins de santé ou de services prioritaires pour la population, ne mettent pas en place des programmes qui sont universellement accessibles et créent des inégalités d'accès par rapport aux besoins et aux territoires.

Finalement, un système de santé privé qui relève d'un modèle d'affaires entrepreneurial peut favoriser les traitements les plus coûteux, même s'il existe des alternatives à moindre coût. À cet effet, en 2018, l'auteure Elizabeth Rosenthal donnait l'exemple d'une chirurgie pour le traitement du cancer de la peau assez coûteuse appelée « Mohs ». Aux États-Unis, bien qu'il existe des traitements moins chers tout aussi appropriés, l'utilisation de cette chirurgie a augmenté de 700% entre 1992 et 2009. La raison : plus de profits pour les fournisseurs, aux dépens des patients[55].

[55] Rosenthal, E (2018), An American sickness: How health care became big business and how you can take it back. *Missouri Medicine*, *115*(2), 128.

## Recommandations de modification du PL15

Nous, Médecins québécois pour le régime public, croyons que ce projet de loi n'a pas la capacité d'améliorer l'efficacité ou la qualité de notre système de santé. Nous sommes d'avis qu'il s'agit d'un projet de loi déconnecté des études, des données probantes et de ses travailleuses et travailleurs sur le terrain. Nous croyons que cette réforme de structure n'est justifiée en rien et par surcroît que l'instauration permanente d'un système privé parallèle à but lucratif est une menace tangible à l'accessibilité et la qualité des soins. Nous croyons que ce projet de loi devrait être retiré. Nous questionnons aussi le processus peu démocratique derrière l'étude et la commission parlementaire de ce projet de loi, où plusieurs groupes importants ont été exclus et où les délais n'ont pas permis une vraie collaboration. Toutefois, par approche de réduction des méfaits, nous proposons les amendements suivants.

### a) Recommandations sur la priorité du public sur le privé

- **Problématique soulevée**
  Le projet de loi 15 introduit insidieusement les établissements privés comme faisant partie à part entière du système de santé

- **Solution**
  Il faut prioriser, voire hiérarchiser l'utilisation des établissements publics avant l'utilisation des établissements privés.

- **Amendements proposés aux articles 2, 301 et 485**

  **Article 2**
  Les services de santé et les services sociaux sont fournis par les établissements.
  Les établissements peuvent être soit publics, soit privés.
  La personne qui reçoit ces services d'un établissement est un usager.

  **Proposition d'amendement article 2**

  **Substituer** l'article actuel par:
  « Les services de santé et les services sociaux sont fournis d'abord et avant tout par des établissements publics. Certains services peuvent être donnés par des établissements communautaires ou privés. »

  **Article 301**
  Un établissement privé qui exploite un centre hospitalier, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre de réadaptation doit nommer un directeur des soins infirmiers qui doit être une infirmière ou un infirmier.

  Santé Québec peut exempter un établissement privé de l'obligation de nommer un tel directeur lorsque le nombre de lits dont cet établissement dispose dans ses installations pour l'hébergement des usagers ne justifie pas qu'un tel directeur soit nommé.

Elle peut en outre exempter un établissement privé qui exploite un centre de réadaptation de cette obligation si la nature des services qu'il fournit ne justifie pas qu'un tel directeur soit nommé.

**Proposition d'amendement article 301**

**Abroger l'article complètement.**

Cet article légitimise l'utilisation d'établissements privés pour des soins qui sont médicalement nécessaires et qui devraient êtres offerts au public.

## Article 485

Une autorisation de Santé Québec permettant l'exploitation d'un établissement privé est requise pour exploiter une entreprise qui consiste à offrir à une clientèle un ensemble de services comparable à l'un de ceux pouvant être offerts par un établissement public, lorsque tout ou partie de ces services doivent être fournis par un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou tout autre professionnel de la santé ou des services sociaux déterminé par règlement de Santé Québec.
[...]
Le présent article ne s'applique pas à l'exploitation d'une entreprise visée à l'un des articles 481 à 484 ou à l'article 486. En outre, il ne s'applique pas à l'exploitation :
1° d'une ressource intermédiaire ou de type familial;
2° d'un organisme communautaire qui bénéficie d'une allocation financière en application de l'article 435;
3° d'un cabinet privé de professionnel;
4° d'un laboratoire visé par la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus;
5° d'un centre de procréation assistée visé par la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée (chapitre A-5.01);
6° d'une institution religieuse ou d'un établissement d'enseignement qui exploite une infirmerie où il reçoit les membres de son personnel ou ses élèves;
7° d'une institution religieuse qui maintient une installation d'hébergement et de soins de longue durée pour y recevoir ses membres ou ses adhérents pourvu que le nombre d'adhérents n'excède pas 20;
8° de toute autre entreprise dotée des caractéristiques déterminées par un règlement de Santé Québec.

**Proposition d'amendement article 485**

**Abroger l'article complètement.**

Cet article légitimise l'utilisation du privé pour des soins qui sont médicalement nécessaires et qui devraient êtres offerts au public.

## b) Recommandations sur la sous-traitance au privé

- **Problématiques soulevées**
  Le projet de loi 15 ouvre grand la porte à davantage de centres médicaux spécialisés (CMS) et de résidence privés pour aînés (RPA). En plus d'être plus coûteux, les CMS ne choisissent que des patients à faibles risques et renvoient au système public les cas plus complexes.

- **Solutions**
  - Assurer une utilisation des salles d'opération au public à 100% avant d'avoir recours au CMS. (article 194)
  - Exiger des CMS d'offrir TOUS les soins pré et post-opératoires liés aux services offerts (article 508)

- **Amendements proposés aux articles 194, 452, et 508**

**Article 194**

Après avoir effectué les consultations appropriées, le président et chef de la direction de Santé Québec estime que le temps d'attente pour obtenir un service spécialisé ou surspécialisé dans l'ensemble du Québec ou dans l'une de ses régions est déraisonnable ou sur le point de le devenir, il peut, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement, voir à la mise en place de mécanismes particuliers d'accès permettant de rendre ce service autrement accessible dans le délai qu'il juge raisonnable.
[...]
Le directeur médical propose immédiatement à l'usager une offre alternative de services qui tient compte notamment du département territorial de médecine spécialisée afin que l'usager puisse, s'il le désire, obtenir le service spécialisé et surspécialisé qu'il requiert dans un délai jugé raisonnable par le président et chef de la direction. Le ministre peut, malgré toute disposition inconciliable, assumer le coût de tout service obtenu, conformément aux directives du président et chef de la direction, dans un centre médical spécialisé non participatif au sens du deuxième alinéa de l'article 500 ou à l'extérieur du Québec.

**Proposition d'amendement article 194**

À la fin de la phrase « Le directeur médical propose immédiatement à l'usager une offre alternative [...] qu'il requiert dans un délai jugé raisonnable par le président et chef de direction»

**Ajout de** «… si et seulement si, ce service ne peut être fourni par des établissements publics utilisés à leur capacité maximale d'utilisation. »

**Article 452**

Dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés, Santé Québec peut proposer au ministre qu'un établissement de Santé Québec qui exerce des activités hospitalières soit associé à l'exploitant de l'une des entreprises suivantes afin de lui confier la prestation de certains services médicaux spécialisés aux usagers de cet établissement :
1° un cabinet privé de professionnel;
2° un laboratoire visé par la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2);

3° un centre médical spécialisé participatif au sens du deuxième alinéa de l'article 500.
Pour l'application du présent chapitre, une entreprise mentionnée au premier alinéa est une clinique médicale associée.)

**Proposition d'amendement article 452**

À la phrase « [...] dans le but de confier la prestation de certains services médicaux spécialisés aux usagers de cet établissement: »

**Ajout de** «… si et seulement si, ce service ne peut être fourni par des établissements publics utilisés à leur capacité maximale d'utilisation. »

## Article 508

Le titulaire de l'autorisation pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé non participatif doit offrir aux personnes qui reçoivent auprès de ce centre une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une personne ou d'un groupement autre qu'un établissement avec lequel il a conclu une entente et vers lequel il dirige ces personnes, tous les services préopératoires et postopératoires normalement associés à cette chirurgie ou à cet autre traitement médical spécialisé, à l'exclusion des services liés aux complications qui nécessitent une hospitalisation, de même que tous les services de réadaptation et de soutien à domicile nécessaires à leur complet rétablissement.

**Proposition d'amendement article 508**

**Modifier** la phrase « [...] il dirige ces personnes, tous les services préopératoires et postopératoires normalement associés à cette chirurgie ou à cet autre traitement médical spécialisé, à l'exclusion des services liés aux complications qui nécessitent une hospitalisation, de même que tous les services de réadaptation et de soutien à domicile nécessaires à leur complet rétablissement. »

**Par** «[...] à cet autre traitement médical spécialisé, incluant les complications qui nécessite une hospitalisation, à l'exception des services qui ne seraient normalement pas pris en charge dans un centre hospitalier public. »

Une chirurgie est de manière inhérente à risque de complications et d'hospitalisation, la grande majorité du temps, sans facteur de risque modifiable. Il est donc déraisonnable que les CMS empochent les frais liés aux chirurgies sans avoir à assumer les conséquences liées à celles-ci, d'autant plus que ces conséquences se retrouvent à surcharger le réseau public.

## c) Recommandations sur la mixité de pratique

- **Problématique soulevée**
  Le projet de loi introduit un financement des médecins non participants via les CMS et les incite donc à exercer en dehors des cadres de la RAMQ. Cet article contrevient à l'esprit même de la loi, où l'objectif premier devrait être d'augmenter le nombre de médecins participants au régime.

- **Solution**
  - Interdire les CMS non participatifs, c'est-à-dire des centres médicaux spécialisés dans lesquels travaillent des médecins non participants au régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ).

- **Amendements proposés aux articles 500 et 504**

**Article 500**

L'autorisation d'exploiter un centre médical spécialisé porte sur les éléments suivants :
[..]
2° le statut de participation au régime d'assurance maladie des médecins qui peuvent exercer leur profession au sein du centre;
[...]
Le statut visé au paragraphe 2° du premier alinéa est soit celui de médecin soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie, soit celui de médecin non participant au sens de cette loi. Le centre médical spécialisé au sein duquel exercent des médecins visés par le premier cas est, aux fins de la présente loi, désigné « centre médical spécialisé participatif» et celui au sein duquel exercent des médecins visés par le second cas est désigné « centre médical spécialisé non participatif ».
La personne qui reçoit ces services d'un établissement est un usager.

**Proposition d'amendement article 500**

**Retirer** la distinction entre CMS participatif et non-participatif, ainsi que toute référence à un centre médical spécialisé dans lequel peut travailler un médecin non participant.

**Ajouter** « Seuls les médecins participants peuvent offrir des services dans un centre médical spécialisé (CMS). »

**Article 504**

Seuls les médecins dont le statut de participation au régime d'assurance maladie correspond à celui autorisé pour un centre médical spécialisé peuvent exercer leur profession au sein de celui-ci.

**Proposition d'amendement article 504**

**Modifier l'article:**

Seuls les médecins qui participent au régime d'assurance maladie peuvent exercer leur profession au sein des centres médicaux spécialisés.

## d) Recommandations sur la gouvernance des établissements

- **Problématiques soulevées**

  Une seule partie du système sera coordonnée par Santé Québec. Les établissements privés seront gérés par leurs propres conseils d'administrations, étant simplement supervisés par Santé Québec.

  Ainsi, dans l'état actuel du projet de loi, la vérificatrice générale du Québec n'aurait pas accès aux états financiers, aux documents d'intérêts et même aux installations des établissements privés sans devoir recourir aux tribunaux, ce qui pose d'importants problèmes de transparence et d'imputabilité [56].

- **Solution**

  Retirer le plus possible les intérêts privés des structures de gouvernance et y assurer la présence de soignants.

- **Amendement proposé à l'article 107**

  **Article 107**

  Le conseil d'établissement est composé du président-directeur général et des personnes suivantes, nommées pour un mandat de quatre ans par le conseil d'administration de Santé Québec :
  1° cinq usagers de l'établissement;
  2° une personne provenant de chacun des milieux suivants :
  a) le milieu communautaire;
  b) le milieu de l'enseignement et de la recherche;
  c) le milieu des affaires;
  d) le milieu municipal.
  De plus, le conseil d'établissement comprend le président de la fondation de l'établissement ou, s'il existe plus d'une fondation, la personne désignée en vertu de l'article 109 ou, en l'absence d'une fondation, un usager additionnel.

  **Proposition d'amendement article 107**

  **Enlever :** « *c*) le milieu des affaires; »

  **Enlever** le paragraphe: « De plus, le conseil d'établissement comprend le président de la fondation [...] »

  **Ajouter** aux éléments du point 2 : « le milieu des soignants, i.e. professionnels de la santé qui oeuvrent au sein de l'établissement »

[56] Boily, D. et Gentile D. (2023), *Le privé doit ouvrir ses livres, exige la vérificatrice générale du Québec*, https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1972893/prive-sante-verificatrice-generale-dube

## Conclusion et solutions alternatives au PL15

Alors que le recours au privé est souvent présenté comme la seule solution concevable par le gouvernement actuel , MQRP adopte une autre lecture historique. Nous croyons que c'est plutôt en laissant de plus en plus de place au privé que notre réseau public s'est fragilisé au cours des dernières décennies. Ainsi, MQRP désire briser ce narratif et proposer des solutions réalistes et efficaces qui mèneront à un système de santé juste et équitable. Ce projet de société ne peut passer que par le réseau public.

**Globalement,** MQRP propose de:

- Annuler les hausses de rémunération aux médecins et redistribuer l'argent dans le système de santé
- Diminuer le nombre de visites nécessaires aux médecins de famille en permettant aux patients un accès gratuit aux soins des autres professionnels (physio, psycho, etc.)
- Maintenir l'étanchéité entre médecins participants et non participants; éviter les formes de prestations privées dommageables pour le système de santé
- Favoriser l'adhésion des médecins à la RAMQ, et instaurer des campagnes de prévention contre la désaffiliation des médecins de famille et des spécialistes
-

**Concernant les listes d'attentes en chirurgie**, MQRP propose de:

- Exiger des CIUSSS une pleine capacité d'utilisation des blocs opératoires publics avant d'avoir le droit de déléguer au CMS
- Au lieu de financer les marges de profits des CMS, utiliser l'excédent pour offrir de meilleures conditions de travail au personnel du réseau public
- Augmenter la rétention du personnel dans le réseau public en devenant l'employeur de choix: abolition du TSO, horaires de travail flexibles, respect des quotas soignant-patient, gestion décentralisée

**Concernant l'accès à la première ligne,** MQRP propose de:

- Mettre sur pied des modèles multidisciplinaires des maladies chroniques
    - Inclure les soins de santé prodigués par les autres professionnels de la santé (physiothérapie, ergothérapie, psychothérapie, dentiste, nutrition etc.) dans le panier public de services
    - Établir un meilleur système de référence aux spécialités médicales incluant bonifier la collaboration entre les soins hospitaliers et la première ligne
    - Créer des centres ambulatoires publics incluant des hôpitaux de jour où le patient ne séjourne pas la nuit en milieu hospitalier

**Concernant la santé publique,** MQRP propose de:

- Mieux financer les campagnes de prévention et d'éducation en santé publique afin de prévenir et de diminuer la prévalence de certaines maladies chroniques
- Meilleur accès aux médicaments
- Instaurer un Régime public et universel d'assurance médicaments permettant une meilleure négociation du prix des médicaments

On l'entend peu souvent ces temps-ci, mais malgré les énormes défis auxquels il fait face, notre système public de santé et de services sociaux accomplit de grandes choses au quotidien, porté avant tout par les individus qui y travaillent et offrent des soins et des services à toute notre population. **Le réseau public a la capacité de répondre aux nombreux défis actuels : il est urgent qu'on lui en donne les moyens.**