MQRP
MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC

Le 1er septembre 2026

Aux chefs des partis politiques québécois

Objet : Six propositions pour un système public de santé fort et performant

Madame,
Monsieur,

En cette campagne électorale où la santé occupe encore une fois une place importante, Médecins québécois pour le régime public (MQRP) propose six mesures, détaillées aux pages suivantes, que le prochain gouvernement devrait mettre en œuvre afin de consolider le caractère public de notre système de santé et d'en assurer sa performance.

Conscients des contraintes budgétaires auxquelles sera confronté le prochain gouvernement, les quatres premières propositions de MQRP visent essentiellement une meilleure utilisation des ressources déjà consacrées au secteur de la santé. Suivent deux propositions visant à élargir la couverture publique à certains services de santé.

1. Maintenir l'interdiction de mixité de pratique des médecins et abolir le statut de non-participant
2. Arrêter le recours à des initiatives à but lucratif, dont les GMF à but lucratif et les centres médicaux spécialisés
3. Redonner du pouvoir aux milieux locaux
4. Améliorer l'accès aux soins par la réorganisation de la première ligne
5. Élargir la couverture publique aux services de psychologie et de physiothérapie
6. Rendre le régime d'assurance médicaments entièrement public

Nous aimerions connaître les moyens concrets que votre parti entend adopter pour donner suite à nos propositions. Vous pouvez nous contacter via l'adresse courriel info@mqrp.qc.ca ou via nos plateformes sur les réseaux sociaux.

Veuillez accepter, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Le conseil d'administration et des membres de MQRP,

Dr Xavier Gauvreau (président), Dre Élise Girouard-Chantal (vice-présidente), Dre Kelly-Anne Kurtz (secrétaire-trésorière), Roger Bertrand (économiste), Me Alexandra Barkany, Dr André Dufour, Dr Justin Gagnon, Dre Isabelle Leblanc, Dre Juliette Lemieux-Forget, Dre Noémie Maynard, Dre Dorine Pigeon, Laurie Bosisio (IPS-PL), Dre Kirtee Gadoury, Maxance Soldera (étudiant en médecine).

Propositions de MQRP pour un système public de santé fort et performant

Élections québécoises 2026

1. Maintenir l'interdiction de mixité de pratique des médecins et abolir le statut de non-participant

L'étanchéité de la pratique, soit l'interdiction pour un médecin d'être à la fois *participant* au Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et *non-participant* (facturant directement ses patients) constitue l'une des pierres angulaires de notre système de santé depuis l'instauration de la *Loi sur l'assurance maladie* en 1970. Cela vise notamment à prévenir une médecine à deux vitesses, où les patients plus fortunés pourraient obtenir un accès privilégié aux soins.

- Le laxisme dans la réglementation québécoise a contribué à une croissance exponentielle du nombre de médecins *non-participants* au cours des 25 dernières années, franchissant la barre du 1000 médecins au privé cette année[(1)] et faisant du Québec le champion canadien de la privatisation en santé.
- Reconnaissant le problème lié au va-et-vient de certains médecins entre les statuts de *participant* et non-*participant,* la Loi 83, adoptée par la CAQ en 2025, assujettit désormais la désaffiliation au pouvoir discrétionnaire de Santé Québec. Les résultats sont mitigés[(2)].
- En commission parlementaire, le Collège des médecins du Québec recommandait l'abolition complète du statut de *non-participant*, à l'instar de l'Ontario. Le Collège soulignait que « le privé n'élargit pas l'accès aux soins et que son apport n'est pas moins coûteux » [(3)] .

2. Arrêter le recours à des initiatives à but lucratif, dont les GMF à but lucratif et les centres médicaux spécialisés

Dans un contexte de contraintes budgétaires, le recours au secteur privé apparaît, à première vue, comme une solution intéressante pour accroître l'offre de soins. Or, les études ainsi que l'expérience passée montrent que la sous-traitance au privé entraîne une hausse des dépenses publiques à long terme.

- La majorité des GMF sont des entreprises dont la finalité est de générer des profits au bénéfice de leurs actionnaires (74% des GMF à Montréal en 2017[(4)]). De plus, ce modèle est centré sur le médecin plutôt que sur une équipe multidisciplinaire.
- Les CMS facturent environ 35% plus cher[(5)] que le réseau public pour des chirurgies qui pourraient y être réalisées, tout en maintenant des marges de profit de l'ordre de 15%. Cette situation est d'autant plus difficile à justifier alors que la plupart des hôpitaux n'atteignent pas leurs cibles d'utilisation des blocs opératoires.

3. Redonner du pouvoir aux milieux locaux

La centralisation des décisions tend à uniformiser la gestion du système de santé, alors que les besoins de santé varient considérablement d'un milieu à l'autre. Les établissements doivent disposer de la souplesse et des pouvoirs nécessaires pour adapter leur organisation et leur offre de service aux réalités de la population qu'elles desservent. MQRP est favorable à une gouvernance « bottom-up », plutôt que la dynamique hiérarchique « top-down ».

- Les conseils d'administration devraient compter davantage de professionnels de la santé et d'usagers, ceux-ci étant les mieux placés pour identifier les besoins de leur milieu.
- Les gestionnaires locaux devraient avoir plus d'autonomie quant aux embauches et à l'offre de services.

4. Améliorer l'accès aux soins par la réorganisation de la première ligne

La réorganisation de la première ligne autour des principes d'accessibilité et de responsabilité populationnelle est cruciale pour améliorer l'efficacité de notre système de santé. Il faut revoir les portes d'entrée de notre système de santé afin qu'elles soient clairement identifiées, facilement navigables et ancrées localement.

- Différentes avenues permettent d'améliorer l'accès à la première ligne, qu'il s'agisse du recours aux CLSC ou à des départements hospitaliers, de la nationalisation des GMF ou de la création de nouvelles instances locales publiques.
- L'IRIS propose la création de pôles sociaux, lesquels seraient des points de contact locaux directs entre le système de santé et la population et seraient responsables de l'organisation des soins dans un territoire spécifique[6].
- La première ligne devrait miser davantage sur la prévention, notamment par des politiques publiques influençant les déterminants sociaux de la santé. Une part disproportionnée des dépenses est actuellement consacrée aux soins curatifs, lesquels s'avèrent ultimement plus complexes et plus coûteux.

5. Élargir la couverture publique aux services de psychologie et de physiothérapie

La couverture publique des services offerts par les psychologues et les physiothérapeutes constitue une mesure à la fois réalisable et susceptible de générer des économies à long terme pour l'État. Les bénéfices économiques de telles interventions sont bien documentés [7] [8] .

- Financer publiquement ces services permettrait de mieux répartir les soins en première ligne, en offrant aux patients un accès direct à des professionnels qui peuvent répondre à plusieurs problèmes de santé sans passer par un médecin. Cette approche contribuerait à réduire la pression sur les médecins de famille et à désengorger les urgences.
- Une telle couverture publique réduirait les inégalités d'accès aux soins, puisque l'accès actuel à ces professionnels demeure largement tributaire de la capacité financière des patients ou de leur couverture par une assurance privée.

6. Rendre le régime d'assurance médicaments entièrement public

Bien que le Québec rende obligatoire la couverture d'assurance médicament, le régime mixte actuel demeure marqué par d'importantes inégalités d'accès. Les primes, les franchises et les coassurances représentent un obstacle particulièrement important pour les personnes en situation financière précaire.

- Présentement, le montant dépensé par le Québec pour les médicaments *per capita* est 45 % plus élevé que la médiane des pays de l'OCDE.
- En regroupant l'ensemble de la population au sein d'un régime public et d'un seul acheteur de médicaments, le Québec disposerait d'un pouvoir de négociation accru auprès des compagnies pharmaceutiques. Il pourrait ainsi obtenir de meilleurs prix et assurer un accès équitable aux médicaments, indépendamment de la capacité de payer des patients.
- Un régime d'assurance médicaments entièrement public permettrait aux Québécois d'économiser annuellement 3,8 milliards de dollars[9] [10].

Références

1) Archambault, H. (février 2026). *«La tendance est alarmante»*, un record de 1064 médecins ont quitté le public, le Journal de Montréal, https://www.journaldemontreal.com/2026/02/19/la-tendance-est-alarmante-un-record-de-1064-medecins-ont-quitte-le-public

2) Cousineau, M.-E. (août 2026). *Médecins spécialistes: Encore du va-et-vient entre le public et le Privé*. La Presse. https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2026-08-26/medecins-specialistes/encore-du-va-et-vient-entre-le-public-et-le-prive.php

3) Collège des médecins du Québec. (février 2025). *MÉMOIRE PROJET DE LOI NO 83: Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux* https://cms.cmq.org/files/documents/memoires/mem-pl83-20250211.pdf

4) Médecins québécois pour le régime public. (juin 2017) *Les GMF au Québec: Étude de cas d'une médecine entrepreneuriale.* Rapport annuel 2017 https://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2026/01/Rapport-du-MQRP-2022-Acces-aux-soins-en-sante-mentale.pdf

5) Porter, I. (juillet 2026). *Effectuer une opération au privé coûte 35% plus cher qu'au public*. Le Devoir. https://www.ledevoir.com/actualites/sante/998678/35-plus-cher-realiser-operation-prive

6) Plourde, A., Lavoie-Moore, M. & Hébert, G. (novembre 2026) S*ix remèdes pour révolutionner le système de santé au Québec.* https://iris-recherche.qc.ca/publications/six-remedes-pour-revolutionner/

7) Médecins québécois pour le régime public. (juin 2022) *Accès aux soins en santé mentale: Un portrait québécois alarmant*. Rapport annuel 2022 https://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2026/01/Rapport-du-MQRP-2022-Acces-aux-soins-en-sante-mentale.pdf

8) Canadian Physiotherapy Association. (juillet 2025). *Written Submission For Pre-Budget Consultations In Advance Of The 2026 Budget*. https://physiotherapy.ca/wp-content/uploads/2026/04/CPA-Submission-2026-Pre-Budget-Consultation.pdf

9) Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. (décembre 2017) *Le régime public-privé d'assurance médicaments du Québec : un modèle obsolète ?* https://iris-recherche.qc.ca/publications/le-regime-public-prive-dassurance-medicaments-du-quebec-un-modele-obsolete/

10) Morgan SG, Gagnon MA, Charbonneau M, Vadeboncoeur A. (octobre 2017) *Evaluating the effects of Quebec's private-public drug insurance system*. Canadian Medical Association Journal - CMAJ, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5636629/pdf/189e1259.pdf