



1. ENCADRER LA PLACE DU PRIVÉ EN SANTÉ	4
2. AMÉLIORER LE SYSTÈME PUBLIC	9
3. MESURES PROPOSÉES PAR LE PROJET DE LOI N° 83	10
4. CONCLUSION	12
5. RAPPEL DES RECOMMANDATIONS	13
6. BIBLIOGRAPHIE	14
7. ANNEXES	15

# TABLER DES MATIÈRES

**NOTE :** Dans le présent mémoire, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

# INTRODUCTION

La mission du Collège des médecins du Québec (CMQ) est de protéger le public en veillant à une médecine de qualité. Afin d'accomplir cette mission, le Collège est porté par les valeurs d'engagement, de rigueur, de collaboration, d'intégrité et de respect.

Au 31 décembre dernier, le décompte des membres du CMQ était le suivant :

- 26 396 sont inscrits au tableau de l'ordre, et de ce nombre, 3100 sont inactifs pour diverses raisons;
- 55 % des médecins sont des femmes et la moyenne d'âge des médecins québécois est d'un peu plus de 48 ans;
- 4000 médecins ont moins de 35 ans : le plus jeune a 25 ans et le plus vieux, près de 93 ans;
- Il y a 11750 médecins spécialistes et 10 695 médecins de famille;
- Plus de 85 % des médecins sont diplômés du Québec et le reste, d'ailleurs au pays ou d'ailleurs dans le monde;
- On dénombre un peu plus de 4000 résidents et plus de 4500 étudiants en médecine, dont une majorité de femmes.

Nous présentons ici aux parlementaires nos observations et constats concernant le projet de loi n° 83, *Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux*. Il cherche à favoriser l'exercice de la médecine au sein du réseau public, en proposant que tout nouveau médecin participe pendant 5 ans au régime avant de pouvoir devenir un professionnel non participant et d'avoir le droit de pratiquer au privé. Il édicte aussi que le gouvernement pourrait imposer aux étudiants et aux résidents en médecine la signature d'un engagement à exercer d'abord la médecine au Québec durant un certain nombre d'années.

## Prémisse

Notre positionnement s'appuie sur les résultats d'études qui confirment que le privé, à moyen et à long terme, n'élargit pas l'accès aux soins et que son apport n'est pas moins coûteux. Il s'inspire aussi du fait qu'il y a déjà plus de 800 médecins non participants au Québec, comparativement à quelques dizaines dans tout le reste du Canada. Si la tendance se maintient, les assureurs proposeront bientôt des couvertures de soins privés à leurs clients, ce qui nourrira davantage le développement du secteur privé. Le drainage des ressources du réseau public vers le privé se poursuivra inexorablement.

Tout comme le gouvernement et d'autres parties prenantes en santé, le Collège des médecins veut favoriser l'exercice de la médecine au sein du réseau public et stopper l'exode de ressources vers le secteur privé. C'est pourquoi nous avons énoncé récemment des principes directeurs sur la place du privé en santé<sup>1</sup>, qui reposent sur le pacte social existant entre la population, l'État et les médecins.

<sup>1</sup> Voir les principes directeurs en annexe A.

# 1. ENCADRER LA PLACE DU PRIVÉ EN SANTÉ

## Respect du pacte social

Conformément aux grands principes de la *Loi canadienne sur la santé*<sup>2</sup>, il existe, au Québec, un régime universel de santé dont les fondements sont notamment l'accessibilité, l'équité et la gestion publique. Ce contrat social repose sur la légitimité que la population accorde au gouvernement d'administrer le système de santé et de services sociaux, et de rémunérer le personnel soignant avec les impôts, dans l'objectif de soigner les citoyens du Québec, de les protéger contre la maladie et de mettre en place des mesures favorisant leur santé.

Le Collège des médecins prône un système de santé et de services sociaux public et universel, accessible à tous les citoyens, sans discrimination. Notre positionnement sur la place du privé en santé a comme fondement de préserver notre système public, libre et gratuit, et de créer les meilleures conditions de pratique pour les médecins. La santé est un droit fondamental qui ne devrait pas être limité à ceux qui ont le privilège de pouvoir se payer des services privés. Pour aucun motif, le secteur privé ne doit entraver le bon fonctionnement du secteur public. Et pour aucune raison, le citoyen ne devrait déboursier de sa poche des services assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Bien que nous nous montrions favorables au projet de loi, nous exprimons des réserves sur ses modalités. De plus, nous jugeons que les mesures à prendre pour freiner l'expansion du secteur privé en santé doivent aller plus loin que ce que propose le projet de loi n° 83. C'est pourquoi nous demandons deux choses au gouvernement pour que soit respecté le pacte social entre l'État et les citoyens :

Premièrement, que l'élargissement de la médecine au privé soit suspendu, tant qu'un encadrement professionnel et juridique plus rigoureux ne sera pas mis en place. Pour ce faire, nous croyons que le statut de non participant devrait être totalement éliminé, à l'instar de l'Ontario, et que soit accordé un droit acquis aux médecins non participants. La pratique de ces médecins sujets au droit acquis serait encadrée en s'assurant d'éliminer l'écart de rémunération qui prévaut, pour un même service, entre le réseau public et le secteur privé.

Si le gouvernement décidait de ne pas aller dans cette direction, il pourrait mettre en place des mesures proposées par le Collège dans le cadre de ses principes directeurs sur la place du privé en santé, à savoir :

- Éliminer l'écart de la rémunération versée à un médecin pour un même service, qu'il exerce dans le réseau public ou le secteur privé;
- Baliser les modalités de changement de statut de médecin participant au système public à celui de non participant;
- Resserer les conditions de pratique des médecins du secteur privé pour assurer leur disponibilité les soirs et les fins de semaine, ainsi que pour garantir en tout temps le suivi auprès de leurs patients;
- Encadrer les entités tierces auxquelles les médecins peuvent s'associer.

Sur ce dernier point, il importe que ces entités tierces soient mieux surveillées pour assurer la protection du public et les rendre imputables, notamment lorsque leurs propriétaires et administrateurs ne sont pas membres d'un ordre professionnel.

2 L.C. 1985. c. C-6.

La deuxième chose que nous demandons au gouvernement, c'est de corriger les irritants de pratique au sein du réseau public, qui incitent les jeunes médecins – ainsi que leurs aînés – à quitter le réseau public :

- Assouplir et adapter les plans d'effectifs médicaux (PEM et PREM);
- Revoir les obligations liées aux activités médicales particulières (AMP);
- Élargir l'accès aux plateaux techniques, dont les blocs opératoires;
- Offrir un soutien administratif adéquat aux médecins.

### Des constats préoccupants

On compte actuellement, au Québec, quelque 800 médecins non participants au régime public. Ce nombre est en croissance rapide et c'est de loin le plus important de cette catégorie au Canada, alors qu'en 2021-2022, il n'y avait que 18 médecins non participants dans l'ensemble des autres provinces<sup>3</sup>. Cette situation est attribuable, selon nous, à la largesse des règles d'encadrement en vigueur. En effet, seulement cinq provinces permettent aux médecins de se désaffilier de l'assurance publique et de facturer des honoraires directement aux patients. De ces provinces, seuls le Québec et la Saskatchewan permettent encore aux médecins non participants de réclamer des honoraires plus élevés que ceux facturés dans le réseau public pour les mêmes services<sup>4</sup>. Pour le Collège, cette pratique doit cesser immédiatement.

Parmi les 800 médecins non participants, seulement 20 % comptent moins de cinq années d'exercice<sup>5</sup>. La mesure principale proposée par le projet de loi n° 83 n'aurait donc, dans les faits et à court terme, qu'un effet limité. De plus, cette

mesure coercitive ne s'attaque pas véritablement aux facteurs qui rendent, pour plusieurs jeunes médecins, le réseau public si peu attractif et si facile à désertier. Pour des effets concrets à long terme, nous estimons qu'il faudra plutôt déployer un cocktail de mesures.

Les médecins du réseau public subissent quotidiennement les effets pervers du détournement de précieuses ressources vers le secteur privé, comme celle des infirmières, des inhalothérapeutes, des technologues en imagerie médicale ou des physiothérapeutes<sup>6</sup>. En effet, rien n'indique que le volume total d'heures travaillées augmente à mesure que le réseau privé parallèle se développe. On assiste plutôt à un transfert de ressources humaines du public vers le privé.

Ceci entraîne conséquemment une baisse de l'accessibilité au réseau public, et mène à long terme à des besoins en soins non comblés, particulièrement auprès de certains segments plus défavorisés de la population<sup>7</sup>. De même, l'écrémage des cas « plus faciles » vers des cliniques privées, et le langage des interventions plus lourdes et plus coûteuses, plombe le réseau public<sup>8</sup> déjà aux prises avec une pénurie de personnel.

Le Collège s'est exprimé sur cette tendance pernicieuse lors des consultations sur le projet de *Règlement modifiant le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*<sup>9</sup>. Nous exprimons alors des craintes de voir se consolider un système parallèle de santé dans lequel seules les personnes les mieux nanties auront accès plus rapidement à des traitements.

À cela s'ajoute le fait que l'exercice de la médecine dans le réseau public compte quantité de contraintes administratives rigides, qui limitent l'attribution de ressources humaines et matérielles, et défavorisent certaines régions au détriment d'autres.

3 Katherine Fierlbeck, *The scope and Nature of Private Healthcare in Canada*, 2024.

4 *Ibid.*

5 Voir les statistiques en annexe B.

6 Sara A Kreindler, *Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence*, 2010.

7 Alexandru D Moise, *Political Determinants of Health: Health Care Privatization and Population Health in Europe*, 2024.

8 [Mark Duggan, Atul Gupta, Emilie Jackson & Zachary S. Templeton](#), *The impact of privatization: Evidence from the hospital sector*, 2023.

9 D. 1711-2024, 2024 G.O. II, 6956.

## Ailleurs

Diverses mesures ont été mises de l'avant, avec plus ou moins de succès, pour encadrer la place du privé en santé. Par exemple, au Royaume-Uni, les revenus des médecins exerçant au privé ont été limités, alors que l'Irlande a limité le temps passé par les médecins hors du système public<sup>10</sup>.

En pratique, ce genre de réglementation est toutefois difficile à mettre en place et à surveiller. Il existe des réformes plus simples qui ont été implantées dans les provinces canadiennes. En effet, il y a plus de 20 ans, l'Ontario a tout simplement interdit aux médecins de se désaffilier du réseau public en devenant non participants. La province a toutefois permis aux médecins déjà désaffiliés de le demeurer après la réforme. La Colombie-Britannique a récemment régulé les honoraires imposés par les médecins non participants en les arrimant aux honoraires du réseau public<sup>11</sup>. Ces réformes ont porté fruit : il n'existait plus, en 2021-2022, que 14 médecins non participants en Ontario et seulement 2 en Colombie-Britannique<sup>12</sup>.

## Des mesures concrètes

Devant ces constats, le Collège est d'avis que l'exception québécoise ne devrait pas être tolérée et que l'État devrait agir de façon courageuse, en interdisant le statut de médecin non participant, comme c'est le cas en Ontario. Dans un tel scénario, nous estimons qu'une clause de droits acquis devrait être instaurée afin de permettre aux quelque 800 médecins ayant ce statut de le conserver, considérant que leur réintégration au réseau public pourrait s'avérer complexe. Toutefois, pour les inciter progressivement à rejoindre le réseau public, les tarifs du régime public devrait être imposés aux médecins bénéficiant de cette clause.

Dans son mémoire présenté au Conseil des ministres, le ministre de la Santé, Christian Dubé, juge que l'interdiction de devenir non participant pourrait mener à un exode des médecins vers d'autres provinces. Or, le Québec est actuellement la province qui encadre le moins les médecins non participants. Les modifications législatives et réglementaires proposées par le CMQ n'impliquent qu'une mise à niveau du cadre normatif pour qu'il atteigne le niveau des autres provinces. Le Québec ne serait donc pas moins attractif que le reste du Canada.

Or, si le gouvernement n'est pas prêt à adopter la posture proposée à l'égard de la non-participation au régime public, il nous apparaît essentiel de beaucoup mieux circonscrire et encadrer la place accordée au secteur privé dans notre système de santé.

De manière évidente, une harmonisation des honoraires du système privé et du réseau public réduirait les incitatifs à se désengager pour exercer dans le secteur privé. De plus, la facilité avec laquelle un médecin peut changer du statut de participant à non participant, et le nombre de fois qu'il peut le faire au cours d'une même année, posent un véritable problème. Car il suffit de transmettre un avis écrit par courrier recommandé à la RAMQ et d'attendre le 30<sup>e</sup> jour suivant la date de la mise à la poste pour devenir non participant. Ce délai n'est ensuite que de 8 jours pour réintégrer le régime public<sup>13</sup>. En établissement, un préavis de 60 jours doit être donné<sup>14</sup>. Ces règles trop souples permettent aux médecins d'alterner d'un régime à l'autre pas moins de 9 fois dans une même année!

10 Thomas Bryan, *Contracting Our Way Around Two-Tier Care? The Use of Physician Contracts to Limit Dual Practice*, 2020.

11 Government of British Columbia, *Additional Fees and Charges*, 2023.

12 Fierlbeck, *supra*, note 3.

13 *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29, r. 5, art. 28 et 29.

14 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. s-4.2, art. 254 et *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. G-1.021, art. 257 (non en vigueur).

En combinaison avec l'absence de plafonnement d'honoraires, un médecin peut annoncer à sa patientèle que pour lui éviter un délai pour son intervention dans le réseau public, il lui est plutôt possible de procéder rapidement en clinique privée. Et la plupart du temps, à gros prix! Les exemples en ce sens ne manquent pas : une clinique a même eu récemment la maladresse de proposer cela à un député de l'Assemblée nationale!

Ce n'est pas la première fois que le Collège réclame la fin de cette pratique. Nous l'avions fait lors de la commission parlementaire sur le projet de loi n° 15. Nous avons alors demandé qu'il soit interdit aux médecins d'offrir presque simultanément un même service au public et au privé. Il s'agit d'un exemple flagrant de médecine à deux vitesses et de mauvaise utilisation des ressources professionnelles dans les établissements publics. Deux ans plus tard, il semble bien que rien n'ait changé.

Ultimement, cette pratique peut mettre en péril la qualité de l'acte et la protection du public, deux éléments qui nous interpellent directement dans notre mission d'ordre professionnel. Des cliniques aux pratiques douteuses, voire dangereuses, se sont multipliées au cours des dernières années, profitant de l'absence de mécanismes de contrôle et de surveillance envers les entreprises de services professionnels, leurs administrateurs et leurs dirigeants<sup>15</sup>. Ces sociétés sont bien souvent détenues par des individus dont les objectifs principaux ne sont pas guidés par la prestation de soins de qualité, mais plutôt par une logique de rentabilité.

Nous avons vigoureusement déploré ces lacunes du système professionnel dans le cadre de nos représentations sur le projet de loi n° 67. Différentes mesures sont nécessaires pour encadrer rigoureusement la pratique des professionnels qui y œuvrent, comme l'exigence d'un directeur médical et la détention d'un permis d'exploitation.

## Des moyens existants

Il n'est pas nécessaire d'attendre une réforme en profondeur pour agir. Le Collège est d'avis que le gouvernement dispose déjà d'outils efficaces afin de confirmer la primauté du système public et d'encadrer les services offerts au privé. Voici trois exemples :

### En ce qui a trait à la rémunération

- L'article 30 de la *Loi sur l'assurance maladie*<sup>16</sup> permet au gouvernement de décréter, par règlement, que les professionnels de la santé visés ne peuvent exiger ou recevoir, pour les services assurés qu'ils fournissent à des personnes assurées, aucune autre rémunération que celle prévue à une entente en vigueur (comme le font les professionnels désengagés), lorsque le ministre estime que le nombre de professionnels non participants au Québec, dans une région ou dans un certain domaine, est trop considérable. La RAMQ doit ainsi rembourser aux personnes assurées le coût des services qui leur a été facturé.
- L'article 22.0.0.2 de cette même loi permet au gouvernement, par règlement, de prescrire le tarif maximal qui peut être exigé d'une personne assurée pour un service fourni par un médecin non participant.

<sup>15</sup> Charles-Éric Blais-Poulin, La Presse (2024-2025), « Eden Télémed dans la mire de deux ordres professionnels », « Une clinique virtuelle aux nombreux managements », « Un billet du médecin en trois minutes ».

<sup>16</sup> RLRQ, c. A-29.

## En ce qui a trait au statut de non participant

- L'article 30.1 de la *Loi sur l'assurance maladie* permet au ministre de suspendre la possibilité de devenir des professionnels non participants, dans l'ensemble du Québec ou dans une de ses régions, pour certaines activités, lorsqu'il estime que la qualité ou la suffisance des services médicaux offerts serait affectée par une augmentation du nombre de professionnels non participants exerçant un même genre d'activité. La période de suspension ne peut excéder deux ans, mais peut être prolongée, si le ministre l'estime nécessaire.

Pour le Collège, l'exercice de la médecine en non-participation au régime public devrait, dès à présent, être strictement considérée comme une permission, dans des cas bien limités, et non comme un droit. L'État dispose de moyens souples et agiles pour limiter sans tarder la possibilité de devenir non participant, dans les spécialités où les besoins sont les plus criants, et de réguler les tarifs. Cela assurerait à notre système de santé le respect des principes fondamentaux d'universalité et d'accessibilité.

### Recommandation 1

Interdire le statut de médecin non participant, tout en permettant à ceux qui ont déjà ce statut de le conserver pour un certain nombre d'années, mais en limitant leurs honoraires à ceux applicables dans le réseau public.

### Recommandation 2

Subsidiairement, éliminer l'écart entre les honoraires versés pour un même service entre le réseau public et le secteur privé, revoir les modalités de changement du statut de médecin participant à non participant au système public, et resserrer les conditions de pratique des médecins du secteur privé.

### Recommandation 3

Mieux encadrer les entités tierces auxquelles les médecins peuvent s'associer dans l'exercice de la profession pour assurer une meilleure surveillance de la qualité des actes posés et la protection du public.

### Recommandation 4

Recourir dès maintenant aux mécanismes déjà prévus aux articles 22.0.0.0.2, 30 et 30.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*, afin de réguler les honoraires, favoriser l'accessibilité des soins sur l'ensemble du territoire québécois et minimiser l'impact des pénuries de personnel au sein du réseau de la santé.



## 2. AMÉLIORER LE SYSTÈME PUBLIC

La raison d'être du système public est l'accès à des soins de santé et à des services sociaux universels. L'entrée en fonction de Santé Québec est un moment propice pour replacer le patient et le public au cœur du système et repenser certains aspects du réseau.

Par exemple, sur le plan clinique, les chirurgiens de plusieurs spécialités vivent avec leurs patients le manque d'accès aux plateaux techniques dans presque toutes les régions du Québec. Cela explique, notamment, pourquoi de nombreux orthopédistes ou d'ophtalmologistes, par exemple, optent pour le privé : ils y ont la possibilité d'opérer leurs patients.

Nous sommes d'avis qu'avant de se résoudre à imposer des mesures pour contraindre les jeunes médecins à exercer dans le réseau public, le gouvernement devrait identifier les facteurs administratifs et autres irritants qui les incitent, ainsi que leurs aînés, à opter pour le secteur privé. Il devrait aussi se doter de moyens concrets pour freiner cet exode. Ainsi, nous invitons le ministre à revoir les obstacles existants déjà à l'installation des médecins, comme les plans d'effectifs médicaux (PEM et PREM) et les activités médicales particulières (AMP), afin d'assouplir leur application.

Par exemple, la rigidité des PEM empêche les médecins qui voudraient offrir une prestation à temps partiel, pour des raisons de santé ou parce qu'ils approchent de la retraite, de le faire. Le secteur privé, lui, le leur permet. Quant aux PREM, plusieurs médecins préfèrent ne pas accepter le poste qui leur est offert dans une autre région et

subir la perte de revenus imposée, souvent parce qu'ils ne veulent pas déraciner leurs proches de leur milieu de vie.

Le Collège a illustré dans son mémoire sur le projet de loi n° 68, le poids important que fait porter la bureaucratie gouvernementale, notamment sur les médecins de famille. Les formulaires de toute sorte, provenant du ministère de la Santé et Services sociaux ou d'agences gouvernementales (SAAQ, RAMQ, CNESST, etc.) alourdissent le quotidien des médecins. Le gouvernement s'est engagé à limiter les formulaires que doivent remplir à outrance les médecins. Nous saluons cette volonté et suivrons avec intérêt la démarche.

Par ailleurs, l'absence de soutien administratif adéquat est un autre facteur qui motive des médecins à opter pour le privé. Le suivi des rendez-vous, des annulations et des « no show » est déficient. Dans certains établissements, les médecins s'adonnent à des tâches dévolues à du personnel administratif, comme imprimer et coller des étiquettes.

L'environnement physique est de plus souvent déficient : des postes de travail n'ont pas d'ordinateurs fonctionnels et parfois même pas de chaise! Le privé offre ce soutien, ces ressources et ces équipements, au quotidien.

Devant l'ampleur des changements qui nous apparaissent nécessaires pour encadrer la place du privé en santé, le projet de loi n° 83 constitue un pas dans la bonne direction, mais il faut aller plus loin.

### Recommandation 5

**Identifier et corriger les irritants qui incitent les médecins à opter pour le secteur privé, que l'on retrouve notamment dans les plans d'effectifs médicaux (PEM et PREM) et les activités médicales particulières (AMP), puis accroître le soutien administratif aux médecins et l'accès aux plateaux techniques.**

### 3. MESURES PROPOSÉES PAR LE PROJET DE LOI N° 83

#### 5 ans au public

La mesure phare du projet de loi n° 83 est l'introduction du nouvel article 27 à la *Loi sur l'assurance maladie*, obligeant tout médecin souhaitant devenir un professionnel non participant à avoir d'abord été médecin participant pendant cinq ans. Un médecin qui ne respecterait pas cette exigence s'exposerait à de lourdes sanctions financières. Nous soulevons des interrogations sur la portée de l'article, alors que les déclarations faites lors du dépôt du projet de loi et les notes explicatives qui l'accompagnaient font état d'une obligation imposée à « tout nouveau médecin ».

Il semble que l'intention du ministre vise précisément les nouveaux diplômés québécois, considérant les coûts assumés par les contribuables pour leur formation médicale. Or, l'article 27 du projet de loi s'applique à « un médecin » qui doit « d'abord avoir été un médecin soumis à l'application d'une entente pendant cinq ans ». La *Loi sur l'assurance maladie* définit par le terme « professionnel de la santé » ou « professionnel » tout médecin, dentiste, optométriste ou pharmacien légalement autorisé à fournir des services assurés.

Au sens du *Code des professions*<sup>17</sup> et de la *Loi médicale*<sup>18</sup>, un médecin est une personne, titulaire d'un permis délivré par l'ordre, inscrite au tableau de l'ordre. L'article 27 s'appliquerait donc à toute personne qui s'inscrit au tableau du Collège, peu importe sa provenance, qu'elle soit ou non un « nouveau » médecin. L'article pourrait aussi viser un médecin d'une autre province canadienne ou d'un autre pays, qui n'aurait pas été formé au Québec, mais qui remplirait les conditions pour devenir membre du Collège des médecins du Québec.

Les modifications proposées par le projet de loi pourraient également s'appliquer à un étudiant québécois qui effectuerait sa résidence ailleurs au Canada, et qui souhaiterait revenir exercer au Québec par la suite.

Par ailleurs, l'article 9 du projet de loi précise que l'article 27 ne s'appliquerait pas aux médecins qui exerçaient au Québec avant la sanction de la loi. Alors, qu'advierait-il d'une personne devenue médecin après l'entrée en vigueur du projet de loi et qui exercerait pendant cinq ans dans le régime public, mais qui finirait par démissionner ensuite du tableau de l'ordre pour aller exercer ailleurs au Canada, ou dans un autre pays? Si cette personne se réinscrivait par la suite du tableau de l'ordre, serait-elle assujettie à nouveau au nouvel article 27? Devrait-elle plutôt demeurer membre afin de conserver ses acquis?

Finalement, malgré l'ajout de l'article 27, tout nouveau médecin participant pourrait prodiguer des services non assurés, comme des services esthétiques ou de télémédecine, dans le cadre du régime collectif d'assurance d'un employeur<sup>19</sup>.

Dans l'éventualité où la non-participation au régime public serait encore permise, le Collège est en accord avec une application large de l'article 27 afin qu'il vise tout nouveau médecin, peu importe sa provenance. Par ailleurs, à notre avis, en toute équité, les autres professionnels en santé devraient aussi être soumis à une obligation de respecter le contrat social et d'exercer durant une certaine période dans le secteur public.

Toutefois, comme exposé plus tôt, les changements à apporter sont systémiques : c'est plutôt la voie de l'encadrement du secteur privé et de l'amélioration du système public qu'il faut privilégier si l'on veut concrètement améliorer l'accès aux soins.

<sup>17</sup> RLRQ, c. C-26.

<sup>18</sup> RLRQ, c. M-9.

<sup>19</sup> *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29, r.5, art. 22.

## Signature d'un engagement

Le projet de loi n° 83 prévoit que le gouvernement puisse empêcher les médecins formés au Québec d'exercer hors du territoire pendant une période donnée. Il modifie ainsi les articles 464 et 465 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* pour autoriser le gouvernement à imposer aux étudiants et aux résidents, qu'il détermine avant le début de leur formation ou de leur résidence, la signature d'un engagement à exercer la médecine au Québec après l'obtention de leur permis ou la fin de leur résidence. Le gouvernement se donne aussi le pouvoir de fixer la durée et les autres conditions et modalités de cet engagement, qui est assorti d'une clause pénale.

Il se dégage un large consensus au Québec pour que les nouveaux médecins pratiquent d'abord dans le réseau public de santé avant de prodiguer des soins de santé au privé. Mais nous estimons que telle que formulée, cette mesure va trop loin et ne permet pas de s'attaquer véritablement au problème ni à ses causes.

D'abord, dans un contexte dans lequel les futurs médecins sont de plus en plus mobiles, ces mesures pourraient s'avérer dissuasives quand viendra le moment de choisir le Québec pour accomplir leur formation. Ensuite, le caractère coercitif de cette mesure nous apparaît trop grand pour les personnes visées, lesquelles se situent au tout début de leur long et exigeant parcours. Ils n'en connaissent pas encore l'issue.

Et, 10 ans plus tard, leur contexte personnel pourrait avoir considérablement changé, tout comme leur volonté d'encore exercer la profession médicale. C'est une chose que d'imposer aux nouveaux médecins d'aller exercer dans certaines régions moins bien desservies en fait de soins de santé, mais c'en est une autre que de les empêcher d'aller pratiquer ailleurs qu'au Québec. D'ailleurs, il pourrait s'avérer difficile d'assurer le suivi de cette disposition. Le Collège est défavorable à l'imposition d'une entente aux étudiants et résidents afin de les contraindre à exercer au Québec.

### Recommandation 6

Si la médecine en non-participation au régime public demeure permise, étendre la portée du projet de loi n° 83 afin que d'autres professionnels de la santé soient soumis à l'obligation d'exercer au sein du régime public pendant cinq ans, tout en privilégiant des mesures incitatives et plus systémiques.

### Recommandation 7

Retirer les modifications proposées aux articles 464 et 465 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*.

## 4. CONCLUSION

La place de plus en plus grande que le privé prend en santé est notamment imputable à l'accès difficile au réseau public. Malheureusement, ce développement du privé crée un cercle vicieux, qui nuit au réseau public.

Il faut légiférer avant qu'il ne soit trop tard. Déjà, l'accroissement du réseau privé nuit significativement à l'accès, en réduisant la main-d'œuvre disponible dans le réseau public. Plus il y aura de médecins non participants, plus les compagnies d'assurance lorgneront la médecine privée et plus la pression en faveur d'une couverture par une assurance privée sera forte. Si cette assurance prend forme et que des contribuables aisés y ont accès, cela confirmera l'acceptation explicite d'un système à deux vitesses. Ce sera la fin du réseau public tel qu'on le connaît.

Les mesures proposées par le Collège sont réalistes et d'autres provinces les ont déployées avant nous. Elles réduiraient les dépenses que les citoyens assument de leur poche au privé. Les gains à long terme susceptibles de renforcer le réseau public seraient importants.

Les mesures que l'État veut imposer aux nouveaux médecins, aux étudiants et aux résidents, ne seraient plus nécessaires si le Québec, tout comme l'Ontario, interdisait tout simplement aux médecins d'être non participants au régime public de santé et de services sociaux. De notre avis, c'est cette avenue seule qui assurera la pérennité du réseau, l'accès aux soins et le respect du pacte social entre l'État, les citoyens et les médecins.



## 5. RAPPEL DES RECOMMANDATIONS

### Recommandation 1

Interdire le statut de médecin non participant, tout en permettant à ceux qui ont déjà ce statut de le conserver pour un certain nombre d'années, mais en limitant leurs honoraires à ceux applicables dans le réseau public.

### Recommandation 2

Subsidiairement, éliminer l'écart entre les honoraires versés pour un même service entre le réseau public et le secteur privé, revoir les modalités de changement du statut de médecin participant à non participant au système public, et resserrer les conditions de pratique des médecins du secteur privé.

### Recommandation 3

Mieux encadrer les entités tierces auxquelles les médecins peuvent s'associer dans l'exercice de la profession pour assurer une meilleure surveillance de la qualité des actes posés et la protection du public.

### Recommandation 4

Recourir dès maintenant aux mécanismes déjà prévus aux articles 22.0.0.0.2, 30 et 30.1 de la *Loi sur l'assurance maladie*, afin de réguler les honoraires, favoriser l'accessibilité des soins sur l'ensemble du territoire québécois et minimiser l'impact des pénuries de personnel au sein du réseau de la santé.

### Recommandation 5

Identifier et corriger les irritants qui incitent les médecins à opter pour le secteur privé, que l'on retrouve notamment dans les plans d'effectifs médicaux (PEM et PREM) et les activités médicales particulières (AMP), puis accroître le soutien administratif aux médecins et l'accès aux plateaux techniques.

### Recommandation 6

Si la médecine en non-participation au régime public demeure permise, étendre la portée du projet de loi n° 83 afin que d'autres professionnels de la santé soient soumis à l'obligation d'exercer au sein du régime public pendant cinq ans, tout en privilégiant des mesures incitatives et plus systémiques.

### Recommandation 7

Retirer les modifications proposées aux articles 464 et 465 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

### Articles

DUGGAN, M., et collab. (2023). «The impact of privatization: Evidence from the hospital sector.», *National Bureau of Economic Research*. [The Impact of Privatization: Evidence from the Hospital Sector | NBER](#).

GOODAIR, B., A. REEVES. (2024). «The effect of health-care privatisation on the quality of care», *Lancet Public Health*, vol 9, mars 2024, p. e199-206. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2824%2900003-3>

KREINDLER, S. A. (2010). «Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence.» *British medical bulletin*, 95(1), 7-32.

MOISE, A., T, POPIC. (2024). «Political Determinants of Health: Health Care Privatization and Population Health in Europe.» *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 49, 769–782.

### Livres et chapitres de livres

FIERLBECK, K. (2024). «The Scope and Nature of Private Healthcare in Canada», *Institut C.D. Howe, Commentary*, 651 <https://cdhowe.org/publication/scope-and-nature-private-health-care-canada/>.

THOMAS, B. (2020). «Contracting Our Way Around Two-Tier Care? The Use of Physician Contracts to Limit Dual Practice.», *Is Two-Tier Health Care the Future?*, University of Ottawa Press, Ottawa, p. 305 à 323.

### Rapports et documents officiels

Association médicale canadienne (AMC). *Gérer l'interface entre les secteurs public et privé en appui à des soins de qualité*, Ottawa: L'Association; 21 septembre 2024. <https://policybase.cma.ca/link/politique14519>

Association médicale canadienne (AMC). Soins de santé publics et privés au Canada : Que révèlent les données probantes? Ottawa : L'Association; juin 2024. <https://digitallibrary.cma.ca/link/infotheque125>

Comité d'évaluation des traitements médicaux spécialisés en CMS (2024). *Recommandations du Comité d'évaluation des traitements médicaux spécialisés en CMS - Phase 1 : Proposition de modification du Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé (chapitre S4.2, r. 25)*, 22 août 2024 [Rapport].

Collège des médecins du Québec (2024). *La place du privé en santé : le CMQ énonce des principes directeurs*. [La place du privé en santé : le CMQ énonce des principes directeurs | Collège des médecins du Québec](#)

### Sites Web

Blais-Poulin, C-É. (2025) *Eden Télémed dans la mire de deux ordres professionnels* La Presse, [Eden Telemed dans la mire de deux ordres professionnels | La Presse](#).

Blais-Poulin, C-É. (2025) *Une clinique virtuelle aux nombreux manquements*. La Presse, [Eden Telemed | « Des inquiétudes face à la prise en charge » | La Presse](#).

Blais-Poulin, C-É. (2024) *Un billet du médecin en trois minutes*. La Presse, [Billet du médecin | Payez, puis vous recevrez | La Presse](#).

Government of British Columbia (2023). *Additional Fees and Charges*. [Additional Fees and Charges - Province of British Columbia](#).



## 7. ANNEXES

### Annexe A – Énoncé de position

Lors de sa séance du 25 octobre dernier, le Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec a adopté ce positionnement sur la place du privé en santé :

ATTENDU QUE la santé est un droit fondamental et que les services de santé doivent être considérés comme un bien commun qui ne devrait donc pas faire l'objet de commercialisation;

ATTENDU QUE la *Loi canadienne sur la santé* énonce, à son article 3, que la politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre;

ATTENDU QUE cette loi prévoit, à son article 7, les conditions que doivent remplir les provinces afin de recevoir la pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé (TCS), soit : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité;

ATTENDU QU'au Québec, des mesures législatives, réglementaires et administratives ont été mises en place dans l'objectif de rendre accessibles les services de santé à l'ensemble des citoyens;

ATTENDU QU'au cours des dernières années la prestation de services de santé financés par le privé connaît un développement accéléré, aussi bien en ce qui a trait aux services requis que non requis par l'état de santé;

ATTENDU QUE ce phénomène compromet l'équité d'accès aux services en plus de remettre en question le contrat social existant entre l'État, les citoyens et les professionnels de la santé, dont les médecins;

ATTENDU QUE ce contrat est fondé sur les valeurs de justice et d'équité de la société québécoise;

ATTENDU QU'une portion significative du budget de l'État est affectée au financement du système de santé et de services sociaux;

ATTENDU QUE le Collège estime qu'il est urgent pour le gouvernement et Santé Québec de prendre toutes les mesures visant à améliorer rapidement et de façon significative l'accès et l'organisation des services dans le système public;

ATTENDU QU'il existe des données probantes démontrant que le développement du secteur privé n'améliore pas l'accès et ne réduit pas les coûts associés aux soins de santé, et ce, contrairement à certaines idées véhiculées;

ATTENDU QUE le Collège est d'avis que tous les citoyens québécois doivent avoir accès, sans discrimination, à des soins de santé et de services sociaux de qualité que leur état de santé requiert, et ce, dans les délais appropriés;

ATTENDU QUE le Collège est convaincu que l'offre de soins, tant publique que privée, doit être régulée par le gouvernement ainsi que par les ordres professionnels;

ATTENDU QUE les médecins non participants sont assujettis aux mêmes obligations déontologiques que les médecins exerçant dans le système public, en particulier celles touchant les obligations de prise en charge et de suivi, notamment en cas de complications;

ATTENDU QUE le Collège considère que la prestation privée des services requis par l'état de santé devrait viser uniquement à soutenir celle du système public;

Il est résolu d'adopter les principes directeurs suivants :

*Le CMQ prône un système de santé et de services sociaux public et universel, accessible pour tous les citoyens, sans discrimination, et dans les délais appropriés à leur état de santé;*

*Le CMQ demande que l'expansion du secteur privé en santé soit suspendue immédiatement;*

*Le CMQ demande que les soins privés existants soient rigoureusement régulés et encadrés par le gouvernement, notamment sur les éléments suivants :*

- L'écart des honoraires versés pour un même service, entre le système public et le secteur privé;*
- Les conditions et les modalités pour offrir des soins et des services dans le secteur privé;*
- Les modalités de changement du statut de médecin participant à non-participant au système public;*

*Le CMQ est d'avis que le financement des services offerts au privé doit demeurer totalement public et n'occasionner aucun déboursé supplémentaire de la part du citoyen;*

*Le CMQ juge que les entités tierces (personnes morales) auxquelles les médecins peuvent s'associer dans l'exercice de leur profession doivent être encadrées professionnellement et juridiquement;*

*Le CMQ rappelle l'importance du contrat social existant entre les médecins et la société, duquel découlent des responsabilités individuelles et collectives pour l'ensemble des membres de la profession, sans exception aucune.*



## ANNEXE B - Distribution des médecins inscrits comme membres actifs selon le nombre d'années de pratique et leur statut auprès de la RAMQ

Années de pratique	RAMQ			Hors RAMQ			Total		
	n	% lig.	% col.	n	% lig.	% col.	n	% lig.	% col.
<b>[0; 5] ans</b>	4 451	96,9	19,8	143	3,1	18,1	<b>4 594</b>	<b>100,0</b>	<b>19,8</b>
<b>]5; 10] ans</b>	3 967	97,6	17,7	96	2,4	12,2	<b>4 063</b>	<b>100,0</b>	<b>17,5</b>
<b>]10; 15] ans</b>	3 318	96,7	14,8	114	3,3	14,4	<b>3 432</b>	<b>100,0</b>	<b>14,8</b>
<b>]15; 20] ans</b>	2 264	96,8	10,1	75	3,2	9,5	<b>2 339</b>	<b>100,0</b>	<b>10,1</b>
<b>]20; 25] ans</b>	1 860	96,3	8,3	72	3,7	9,1	<b>1 932</b>	<b>100,0</b>	<b>8,3</b>
<b>]25; 30] ans</b>	1 794	96,2	8,0	71	3,8	9,0	<b>1 865</b>	<b>100,0</b>	<b>8,0</b>
<b>]30; 40] ans</b>	2 590	96,0	11,5	107	4,0	13,5	<b>2 697</b>	<b>100,0</b>	<b>11,6</b>
<b>]40; 50] ans</b>	1 840	95,1	8,2	95	4,9	12,0	<b>1 935</b>	<b>100,0</b>	<b>8,3</b>
<b>+ de 50 ans</b>	366	95,6	1,6	17	4,4	2,2	<b>383</b>	<b>100,0</b>	<b>1,6</b>
<b>Total</b>	<b>22 450</b>	<b>96,6</b>	<b>100,0</b>	<b>790</b>	<b>3,4</b>	<b>100,0</b>	<b>23 240</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### NOTES

- Médecins inscrits actifs en date du 18 novembre 2024;
- Basé sur la liste des médecins hors RAMQ en date du 18 novembre 2024;
- Années de pratique calculées en fonction de la délivrance du premier permis (par rapport au 18 novembre 2024);
- Les années de pratique sont calculées en nombre décimal (ex. : un médecin avec 5,3 années de pratique tombe dans la catégorie « ]5; 10] ans »).



COLLÈGE  
DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

1250, boul. René-Lévesque O., Bur. 3500  
Montréal (Québec) H3B 0G2

Tél. : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

[cmq.org](http://cmq.org)

ISBN 978-2-924674-48-2