



Solidaire
depuis 1921

CSSS-007M

C.P. PL 83

Loi favorisant exercice médecine
réseau public de la santé
et des services sociaux

Mémoire présenté par la
Confédération des syndicats nationaux (CSN)

à la Commission de la santé et des services sociaux

sur le projet de loi n^o 83,
*Loi favorisant l'exercice de la médecine
au sein du réseau public de la santé et des services sociaux*

Le 7 février 2025

Confédération des syndicats nationaux
1601, avenue De Lorimier
Montréal (Québec) H2K 4M5
Tél. : 514 598-2271
Télec. : 514 598-2052
www.csn.qc.ca

Table des matières

Table des matières	3
Présentation.....	5
Introduction.....	7
L'urgence d'agir pour mettre fin au développement d'un secteur privé à but lucratif en santé et services sociaux.....	8
La question névralgique des médecins déserteurs.....	9
Conclusion	13
Recommandations	15

Présentation

Fondée en 1921, la Confédération des syndicats nationaux (CSN) est la première grande centrale syndicale québécoise. Composée de près de 1 600 syndicats, elle défend plus de 330 000 travailleuses et travailleurs de tous les secteurs d'activité sur l'ensemble du territoire. Elle est également la plus grande organisation syndicale représentative dans le secteur de la santé et des services sociaux et prend part à plusieurs débats de fond de la société québécoise pour une société plus solidaire, plus démocratique, plus équitable et plus durable.

Plus particulièrement, elle compte deux fédérations œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux, soit la Fédération des professionnelles (FP-CSN) qui compte plus de 10 000 membres et qui représente, entre autres, des syndicats de techniciennes et de techniciens et de professionnels du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) qui compte plus de 140 000 membres dans les secteurs publics et privés, dont plus de 120 000 membres du réseau public de la santé et des services sociaux, partout au Québec, et ce, dans toutes les catégories de personnel.

Introduction

Cela fait près de quarante ans que les gouvernements clament le besoin urgent de « redresser le bateau de la santé » pour en réduire les dépenses et en augmenter l'efficacité. Au fil des années, des réformes titanesques ont complètement redessiné le réseau public de santé et de services sociaux. Les conséquences de ces grands chantiers ont tristement été constatées lors de la crise de COVID-19 : le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) tanguait sous les yeux de la population alors que des « anges gardiens » dévoués assuraient le salut des services publics.

Le gouvernement caquiste a voulu répondre à la situation en déposant son « Plan santé » proposant un large spectre de mesures, dont une nouvelle réforme visant l'amélioration de l'efficacité du RSSS. Malgré l'annonce grandiloquente de faire « *shaker* les colonnes du temple du RSSS ¹ » par son projet de loi n° 15, aucune solution n'a été proposée concernant l'un des principaux écueils du RSSS : le développement encouragé et continu d'une offre parallèle de soins et de services privés à but lucratif. Bien au contraire, le secteur privé à but lucratif s'est largement répandu par l'élargissement des types d'opération rendus possibles en clinique privée par l'usage accru des agences de placement ainsi que par la pratique d'une culture de sous-traitance décomplexée. Cette offre privée parallèle puise son personnel à même un RSSS de plus en plus confronté à une criante pénurie de main-d'œuvre. Le projet de loi n° 15 a plutôt officialisé cette culture de la sous-traitance en mettant sur le même pied d'égalité l'offre de soins et de services du RSSS et celle du privé.

La boucle est bouclée : plus le secteur privé à but lucratif se développe, plus il attire les médecins ainsi que plusieurs travailleuses et travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, dans une multitude de titres d'emploi. Le gouvernement dit maintenant vouloir agir sur le phénomène et dépose le projet de loi n° 83 voulant obliger tout nouveau médecin à pratiquer cinq ans au sein du régime public québécois avant de pouvoir, s'ils le souhaitent, migrer vers les rangs du secteur privé à but lucratif.

La CSN salue la lucidité du gouvernement à reconnaître les problèmes causés par l'exode des médecins hors du RSSS, mais elle considère que la solution proposée par le projet de loi n° 83 rate sa cible véritable : s'il pose le bon diagnostic, le remède prescrit atténue peut-être des symptômes, mais ne guérit pas la maladie. Nous croyons que d'autres mesures seraient plus efficaces pour valoriser le RSSS et mettre fin au développement d'un secteur privé nuisible à la santé publique.

La CSN remercie la Commission de la santé et des services sociaux de l'occasion qui lui est offerte de participer au dialogue démocratique sur une question entraînant des conséquences aussi déterminantes sur l'avenir du réseau public de la santé et des services sociaux du Québec.

¹ Christian DUBÉ, [Santé Québec : le ministre Dubé promet que « les colonnes du temple vont shaker » | Radio-Canada](#), 13 mars 2023.

L'urgence d'agir pour mettre fin au développement d'un secteur privé à but lucratif en santé et services sociaux

Le projet de loi n° 83 vise à freiner le départ des médecins nouvellement diplômés vers le secteur privé à but lucratif et ainsi garantir un meilleur accès au RSSS. La CSN est en accord avec les principes qui sous-tendent ce projet de loi. En revanche, nous considérons que le problème de la privatisation du RSSS dépasse l'unique question de l'exode des médecins.

En effet, le manque d'accès au réseau public est patent et beaucoup de Québécoises et de Québécois sont maintenant anxieux à la seule idée d'obtenir un rendez-vous nécessaire dans les temps requis. Actuellement, 892 100 personnes attendent pour une consultation auprès d'un médecin spécialiste et 633 567 attendent au guichet du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour obtenir un médecin de famille². Ceci sans compter que les portes d'accès à la première ligne demeurent trop souvent closes malgré de réels besoins. À cet effet, un sondage nous apprenait dernièrement que 43 % des personnes répondantes s'étaient privées d'un soin dans la dernière année, faute d'avoir obtenu un accès au RSSS³.

Le manque d'accessibilité au RSSS est récurrent et les gouvernements successifs ont échoué à le résorber, malgré l'application de multiples réformes de gouvernance. Devant ces échecs, les gouvernements proposent inlassablement la même solution : permettre au secteur privé d'offrir plus de soins et de services. Cette culture de la sous-traitance se constate, entre autres, par les nombreux achats de services, la privatisation des services professionnels, les services à domicile ou par les contrats de services pour l'imagerie médicale, l'entretien, la buanderie, et autres.

En ce qui concerne les soins de santé, le Québec compte aujourd'hui plus de 48 cliniques privées à but lucratif comprenant un minimum de deux omnipraticiennes ou omnipraticiens non participants⁴. Pour fonctionner, elles embauchent nécessairement du personnel, qu'il soit administratif, technique, ou infirmier qui, normalement, aurait dû travailler dans le réseau public. En fait, au fil des privatisations, c'est près de la moitié de la main-d'œuvre totale en santé qui travaille maintenant dans le secteur privé alors que ce n'était que 14 % en 1991⁵. La crise de l'accessibilité n'est pas simplement liée à celle de la pénurie de main-d'œuvre comme le justifie souvent le gouvernement, mais plutôt au détournement systématique du personnel du réseau public par le secteur privé en pleine expansion.

² Gouvernement du Québec, Tableau de bord - Performance du réseau de la santé et des services sociaux, mise à jour le 14 janvier 2025.

³ LÉGER, Sondage sur les enjeux de santé auprès des Québécoises et Québécois, 28 octobre 2024.

⁴ Ces médecins dits « non participants » exercent en dehors des cadres du régime d'assurance maladie, n'acceptent pas la carte d'assurance maladie, refusent d'être rémunérés suivant le tarif prévu à l'entente, et déterminent leurs propres honoraires.

⁵ IRIS, Mythes et réalité de la pénurie de main-d'œuvre en santé et services sociaux au Québec, mai 2024.

Par ailleurs, le personnel du RSSS et celui du secteur privé n'ont pas les mêmes obligations vis-à-vis la population. Le RSSS répond à des impératifs de services publics visant l'amélioration du bien-être et de la santé de la population qui se traduisent tant par l'action sur les déterminants sociaux de la santé et la prévention que par les soins curatifs. Ces impératifs sociaux sont tout simplement incompatibles avec la quête de profits monétaires du secteur privé. L'affaiblissement du RSSS au profit du privé ne cause pas simplement un manque d'accès au RSSS, il crée aussi un manque de capacité d'actions sur des problèmes sociaux complexes. La crise de santé mentale chez les jeunes⁶ ou celle de l'itinérance en sont de tristes exemples.

La CSN croit fermement à la mission des services publics. La valorisation du RSSS doit impérativement être planifiée et les valeurs communes d'universalité et de gratuité doivent être remises au cœur de la mission du RSSS. Tous s'entendent pour dire que cette valorisation doit passer par une décentralisation des prises de décision puisque chaque région, chaque établissement, chaque mission et chaque équipe de travail a sa spécificité propre. Les conditions d'emploi et d'exercice ainsi que le respect de l'autonomie professionnelle sont autant de leviers pour valoriser et rendre plus attractif le RSSS pour l'ensemble du personnel. Il est temps d'écouter et de faire confiance aux travailleuses et aux travailleurs du réseau. Notons qu'un sondage a démontré que 90 % de la population croit que les divers personnels de la santé devraient pouvoir participer à la gestion du RSSS et suggérer des améliorations⁷.

De plus, la CSN considère comme urgent que le gouvernement dépose un plan de déprivatisation du RSSS pour mettre fin à l'érosion des services publics. Nous sommes conscients que la revalorisation du RSSS et la fin de la culture de la privatisation mettront du temps à se mettre en place. D'ici là, le gouvernement peut agir rapidement sur la situation en mettant fin, par le biais de directives issues de Santé Québec, aux multiples contrats de sous-traitance que les établissements octroient pour des prix faramineux ou en cessant simplement d'octroyer de nouveaux permis aux entrepreneurs de cliniques privées à but lucratif.

Bref, pour mettre fin à la culture de la sous-traitance et pour encourager les différents personnels à œuvrer dans le Réseau de la santé et des services sociaux, nous croyons que le gouvernement doit d'abord démontrer sa propre volonté de le renforcer et de le valoriser. Il est maintenant temps d'agir pour garantir l'offre de soins et de services publics, universels, accessibles et gratuits.

La question névralgique des médecins déserteurs

Par le dépôt du projet de loi n° 83, le gouvernement met en lumière le problème causé par le développement du secteur privé à but lucratif et son effet sur la désertion des médecins du réseau public québécois. Il serait simpliste de dire que la privatisation du RSSS est uniquement causée par l'exode des médecins vers le secteur à but lucratif, mais ils y participent crucialement.

⁶ Rappelons, par exemple, qu'un jeune sur cinq a reçu un diagnostic de trouble anxieux en 2022-2023 (ISQ).

⁷ Op.cit., note 3, p. 9

En effet, les médecins jouent un rôle central dans l'organisation et la dispensation des soins et des services du RSSS. Leur départ vers le secteur privé à but lucratif se répercute sur la capacité d'agir de celui-ci puisqu'ils entraînent, par un effet d'enchaînement, les autres membres du personnel. Les médecins sont aussi la pierre angulaire du travail interdisciplinaire. Leur absence entraîne des conséquences sur l'ensemble de la chaîne de soins et de services.

Le problème est préoccupant et, avant même d'aborder la question de cet exode vers le privé à but lucratif, il serait temps que le gouvernement reconnaisse le manque global de médecins au Québec. Ainsi, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁸, le nombre moyen de médecins par 10 000 habitantes et habitants en Europe est de 48,3 et de 35,6 en Amérique centrale et du Sud⁹. Au Québec, le nombre de médecins par 10 000 habitantes et habitants est estimé à 25,9¹⁰. Si le choix de l'organisation des soins et des services du Québec diffère de l'Europe, il n'en demeure pas moins que pour combler le retard avec les pays européens, il nous faudrait pratiquement doubler les effectifs de médecins. Peu importe les réformes appliquées au RSSS ou les négociations avec les fédérations médicales, il y a une limite objective au nombre de patientes et de patients qu'un médecin peut prendre en charge à moins de déléguer plusieurs actes actuellement réservés aux médecins à d'autres professionnels de la santé. Déléguer des actes peut certes soulager la prise en charge de patientes et de patients par les médecins, mais là aussi cette mesure à certaines limites. Ce manque de praticiennes et de praticiens a un effet non seulement sur l'accessibilité du RSSS, mais aussi sur la santé de la population québécoise¹¹.

Le manque de médecins au Québec est en fait une pénurie « organisée » puisque le nombre de personnes voulant exercer cette pratique ne manque pas, alors que les programmes sont fortement contingentés. Toutefois, il est clair que le gouvernement ne peut pas de façon réaliste augmenter les cohortes d'étudiantes et d'étudiants, puisque le Québec est reconnu pour être un des états qui rémunèrent le mieux ses médecins. Ainsi, le gouvernement ne pourra répondre à la crise de l'accessibilité en faisant l'économie d'une réflexion sur le mode et la hauteur de la rémunération des médecins québécois. À cet effet, la CSN dénonce depuis longtemps les conséquences de la rémunération à l'acte, du statut de travailleur autonome des médecins, et ce, sans parler du droit d'incorporation qui leur a été octroyé. La « pénurie » ne pourra se résorber par de simples ajustements ici et là. Il faut maintenant des solutions pérennes et concertées pour assurer l'accessibilité au RSSS ainsi que sa mission de prévention et d'action sur les déterminants sociaux de la santé. Il est temps d'ouvrir la porte aux dialogues et de permettre la réflexion à ces problèmes systémiques, le Québec est capable de relever ce défi.

⁸ OMS, Données, consulté en novembre 2024, [<https://data.who.int/fr/indicators/i/CCCEBB2/217795A>].

⁹ Université de Sherbrooke, École de politique appliquée, *Perspective monde*, 13 novembre 2024.

[<https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BilanEssai?codetheme=3&codeStat=SH.MED.PHYS.ZS&grandesRegions=0&anneeStat1=2021&codeStat2=x&mode=carte&afficheNom=aucun&langue=fr>].

¹⁰ En 2023, il y avait 22 907 médecins actifs pour une population de 8 848 020 habitants.

¹¹ À ce sujet, une étude a montré que chaque ajout de dix omnipraticiens à une population de 100 000 habitants permettait d'éviter 15 décès, 40 hospitalisations et augmentait l'espérance de vie de 52 jours.

Le manque de médecins qu'accuse le Québec n'est pas conciliable avec le départ de ces derniers vers un secteur à but lucratif réservé à une tranche restreinte de la population. En février 2024¹², sur l'ensemble des médecins du Québec, 724 étaient non participants. Ce nombre équivaut à 3,3 % de l'ensemble des médecins québécois¹³. Du nombre total, 490 étaient omnipraticiens (5 % de l'ensemble des omnipraticiens) et 234 étaient spécialistes (1,9 % de l'ensemble des spécialistes). Par ailleurs, il est permis aux médecins de faire jusqu'à 19 « allers-retours » entre le réseau public et le secteur privé à but lucratif, et ce, sans encadrement strict sur l'autoréférencement¹⁴. Cela pose non seulement différents enjeux éthiques, mais nuit aussi nécessairement au nombre de jours pendant lesquels ces médecins sont disponibles pour le réseau public. D'ailleurs, le gouvernement est inquiet de la situation et nous savons que des discussions ont lieu depuis un certain temps entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour identifier des solutions¹⁵.

Les mesures imposées par le projet de loi, que ce soit la période obligatoire de pratiquer cinq années dans le système public ou l'interdiction de pratiquer ailleurs qu'au Québec pendant une période à déterminer, ne s'appliqueront qu'aux nouveaux médecins. Or, cette cible laisse perplexe. À notre connaissance, rien ne démontre que ceux-ci soient les principaux déserteurs du RSSS ni qu'il existe un déficit interprovincial pour les médecins pratiquants. Bien au contraire, ces mesures qui visent nécessairement la plus jeune génération de médecins ont le potentiel de porter atteinte à leur droit à l'égalité sans distinction fondée sur leur âge. Rien ne justifie de créer ainsi deux groupes de médecins, alors que l'urgence de la situation exige des mesures globales applicables à tous les médecins.

D'ailleurs, selon les propres données du gouvernement, la prévalence des médecins choisissant de devenir non participants entre 2018 et 2023 a augmenté de 49 % pour l'ensemble des médecins alors qu'elle n'était que de 38 % pour les médecins de moins de cinq ans de pratique¹⁶. Ils n'ont donc pas tendance à s'en aller davantage vers le secteur à but lucratif que les plus expérimentés. Par ailleurs, le solde migratoire international et interprovincial des médecins au Québec était encore positif en 2019¹⁷. Qui sont alors les médecins ciblés par cette nouvelle obligation? Et pourquoi ces derniers le sont-ils?

¹² L'ensemble des données de cette section provient d'un document de la RAMQ qui nous a été remis à la suite d'une demande d'accès à l'information.

¹³ Alors qu'il y a présentement 600 postes d'omnipraticiens non comblés au Québec et 918 postes de médecins spécialistes (9 % de l'ensemble des postes du Québec).

¹⁴ Certains médecins offrent à leurs patients du public de poursuivre la relation thérapeutique hors du réseau, et ce, malgré leur changement de statut en médecin non participant. Le patient doit alors assumer les coûts.

¹⁵ Document obtenu par accès à l'information.

¹⁶ Ibid, p. ?

¹⁷ CIRANO, Le Québec économique, *Soldes migratoires nets des médecins*, [<https://qe.cirano.qc.ca/theme/education-sante/sante/effectif-medical/tableau-soldes-migratoires-nets-medecins>].

Le gouvernement justifie la cible de ces nouveaux diplômés en médecine parce que leurs études coûtent cher à l'État. À cet effet, la CSN tient à rappeler que le Québec a fait le choix de maintenir des frais de scolarité accessibles et de ne pas les moduler en fonction du coût de la formation. L'accessibilité aux études supérieures est garante d'une égalité d'accès au savoir, et ce, peu importe l'origine socioéconomique de l'étudiante ou de l'étudiant. Le lien que le gouvernement établit entre les frais d'une formation et le coût, ici un service social obligatoire, pourrait s'avérer être un dangereux précédent. La CSN refuse cette logique porteuse d'inégalité sociale. Nous croyons que la gratuité scolaire devrait au contraire être privilégiée pour attirer des candidatures davantage diversifiées aux études en médecine. Le besoin d'accessibilité au RSSS ne peut faire ombre à celle des études supérieures. Il en va de la justice sociale.

À cet égard, d'autres provinces ont plutôt fait le choix d'interdire la facturation au-delà des tarifs prévus aux « Ententes¹⁸ ». Cela étant, ils rendent ainsi beaucoup moins attrayant le travail hors réseau public¹⁹. D'ici à ce que l'on applique des solutions plus pérennes, rien n'empêche le Québec d'en faire autant et par le fait même de freiner le développement de ce secteur économique qui n'apporte aucune plus-value pour la santé populationnelle. Rappelons que pour la CSN, il est urgent de mettre fin à l'hémorragie des médecins qui quittent le réseau public et que c'est l'existence même du secteur privé à but lucratif qui devrait à terme être abolie²⁰ : il revient à l'ensemble des médecins, et non pas seulement aux nouveaux diplômés, de prêter main-forte à la mission des services publics.

Freiner la privatisation du RSSS de manière globale et non pas à l'aide de demi-mesures est la seule façon d'œuvrer pour atteindre le droit de tout un chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il est possible d'atteindre²¹. Ce droit fondamental, que l'on souhaite voir inscrire à la Charte des droits et libertés de la personne, implique notamment que les installations, biens et services en matière de santé soient accessibles à toutes et à tous sans discrimination²². Seul un système de santé entièrement publique assure que les soins de santé sont distribués en fonction des besoins et non en fonction de la capacité de payer des individus.

¹⁸ Ici, la RAMQ.

¹⁹ Dans le reste du Canada, on ne dénombre au total que 25 médecins non participants.

²⁰ Selon la *Loi sur l'assurance maladie* (art. 30), le ministre de la Santé peut mettre fin au déplacement des médecins vers le privé s'il estime que le nombre de non participants est trop important pour assurer la qualité des services à rendre selon des conditions uniformes ou si la qualité ou la suffisance des services offerts dans une région est compromise. Cette disposition de la loi a récemment été utilisée dans le cadre de la négociation avec les optométristes.

²¹ *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, 16 décembre 1966, [1976] R. T. Can., n° 46, art. 12 (1) (Le Canada est signataire de ce Pacte depuis 1976.).

²² Christine VÉZINA, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale N° 14 (2000), E/C.12/2000/4, 11 août 2000, « L'inclusion du droit à la santé dans la Charte des droits et libertés de la personne », *Le droit à la santé : au-delà des soins*, Droits et libertés, Volume 39, numéro 2, automne 2020 / hiver 2021, p. 42.

Conclusion

Le Québec a jadis fait le choix que toutes et tous, peu importe l'origine socioéconomique, puissent avoir accès à des soins et des services de qualité par le biais d'un système d'imposition équitable. Or, les gouvernements successifs ont choisi de réduire les impôts et ont forcé les coupes dans les services offerts à la population. Conséquemment, le RSSS ne parvient plus à répondre à la demande. Les citoyennes et les citoyens qui paient déjà leurs impôts pour un service public universel se retrouvent désormais, malgré eux, dans une posture de consommateurs de soins et de services privés frustrés par leur propre réseau public rendu inefficace.

Il est maintenant impératif de préserver l'universalité d'accès et d'agir directement sur la culture de la sous-traitance qui gangrène le réseau de la santé et des services sociaux. Le RSSS a maintenant besoin d'être valorisé comme dispensateur de soins et de services, mais aussi comme employeur pour ses différents personnels, dont les médecins nouvellement diplômés. Ce n'est pas à eux de payer les frais d'un abandon et d'une inaction gouvernementale en matière de valorisation du réseau public et de lutte à la privatisation. Il est plus que temps d'agir pour y mettre fin et ainsi garantir un réseau public universel et gratuit. Les solutions ne pourront pas être appliquées au compte-gouttes.

La CSN adhère ainsi à l'analyse du Collège des médecins du Québec qui considère l'existence d'un secteur privé en santé comme un bris au contrat social. La santé d'une population est garante d'équité, d'épanouissement et de développement socioéconomique. Dans ce cadre, on ne peut pas considérer les acteurs du secteur privé comme de simples compétiteurs. L'existence d'un secteur privé à but lucratif est nécessairement porteuse d'inégalité sociale alors que toutes et tous n'ont pas les moyens de se payer un service en santé physique ou mentale. La santé est avant tout un droit et il en va de la responsabilité gouvernementale de s'en porter garant. Au Québec, nous avons fait le choix socialement que la recherche de profits sur le dos de la maladie des citoyennes et des citoyens était inadmissible. La santé, l'éducation et le bien-être sont des droits essentiels qui devraient toujours être accessibles et gratuits.

Recommandations

Recommandation 1

Que le droit à la santé soit inscrit dans la Charte des droits et libertés de la personne.

Recommandation 2

Que l'article 1 de la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* soit modifier afin d'introduire le caractère public, universel et gratuit du réseau de santé et de services sociaux.

Recommandation 3

Que Santé Québec ait l'obligation de déposer à l'Assemblée nationale d'ici un an un plan de rapatriement de l'offre de soins et de services au sein des services publics québécois.

Recommandation 4

Que le gouvernement mette fin aux nouveaux octrois de permis pour les cliniques médicales à but lucratif.

Recommandation 5

Que le gouvernement décrète un moratoire sur tous types de projet de privatisation de services présentement effectués au sein du RSSS.

Recommandations 6

Que le gouvernement mette fin à la possibilité d'autoréférencement pour les médecins qui font des allers-retours entre le réseau public et le secteur privé à but lucratif.

Recommandations 7

Que le gouvernement mette fin dès maintenant à la possibilité pour tous les médecins de travailler dans le secteur privé à but lucratif.