

UN « OBJECTIF CLAIR » UNE STRATÉGIE À REVOIR

Mémoire

de

l'APTS

*Alliance du personnel
professionnel et technique
de la santé et des services sociaux*

Présenté dans le cadre des consultations sur 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.*

le 11 février 2025

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| PRÉSENTATION DE L'APTS | 3 |
| INTRODUCTION | 4 |
| VERS LA LÉGITIMATION DU PRIVÉ EN SANTÉ | 5 |
| UN PROJET DE LOI QUI N'EN FAIT PAS ASSEZ | 7 |
| LISTE DES RECOMMANDATIONS | 11 |

PRÉSENTATION DE L'APTS

L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) est une organisation syndicale qui représente plus de 65 000 personnes, professionnelles et techniciennes, qui travaillent dans la grande majorité des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Sa mission principale est de défendre les droits ainsi que d'assurer la sauvegarde, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux, moraux, éducatifs et professionnels de ses membres par la négociation, l'action politique et l'application de leur convention collective.

Afin de réaliser cette mission, et dans le cadre de toutes ses actions, l'APTS est guidée par les valeurs fondamentales que sont la solidarité, la démocratie, l'égalité, la justice sociale, la liberté et la coopération.

De plus, en tant que syndicat représentant des professionnel-le-s (au sens large du terme), l'APTS revendique des conditions de pratique respectueuses des valeurs professionnelles de ses membres, qu'elles soient d'ordre éthique et/ou déontologique.

L'organisation compte sur une expertise large et diversifiée : ses membres (dont 86 % sont des femmes) occupent en effet plus d'une centaine de titres d'emploi différents. Elle est le seul syndicat à représenter exclusivement, et très majoritairement, le personnel professionnel et technique du RSSS (identifié comme la catégorie 4).

Ses membres travaillent dans des établissements qui ont différentes missions : centres hospitaliers, CLSC, CHSLD, centres jeunesse, centres de réadaptation, milieux de vie substitut et institutions de santé publique. L'organisation a donc une vue à la fois globale et spécifique de l'ensemble du réseau.

Par ses représentations et son expertise, l'APTS est à même de contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins et services publics, et ce, dans une perspective de justice sociale et de protection du public.

À travers toutes ses interventions, elle défend également les grands principes de la *Loi canadienne sur la santé*, soit la gestion publique, l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et la transférabilité. Elle prône en outre une perspective féministe et inclusive.

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, l'APTS a maintes fois demandé au gouvernement de prendre un engagement clair en faveur d'un RSSS renforcé. Tous les mémoires qu'elle a déposés lors des consultations prébudgétaires passées formulaient un appel en ce sens. Et, sans surprise, ce sera encore le cas cette année.

Nous estimons que le projet de loi à l'étude s'inscrit dans cette direction et nous saluons l'intention du ministre de la Santé et des Services sociaux à cet égard. Surtout quand il déclare : « Mon objectif est très clair [...], c'est de renforcer le système public¹ ». De la musique à nos oreilles.

L'APTS émet toutefois de sérieuses réserves quant à la stratégie utilisée pour y parvenir : obliger les nouvelles personnes médecins à travailler dans le réseau public pour une période de cinq ans². Nous ne croyons pas que cela permettra d'obtenir efficacement le résultat escompté.

Notre argumentation dans ce mémoire se divise en trois parties. La première expose les inquiétudes soulevées par les principes qui sous-tendent le projet de loi n° 83 (PL 83). La deuxième s'attarde à la portée réelle qu'aurait la future loi dans les faits.

La dernière partie présente des solutions que l'APTS estime plus appropriées pour renforcer le réseau public, d'une part, et pour favoriser un engagement à plus long terme des médecins au sein des établissements du RSSS, d'autre part.

VERS LA LÉGITIMATION DU PRIVÉ EN SANTÉ

Aux fins de notre exposé, nous commencerons par distinguer trois catégories de médecin en fonction de leur statut de participation au régime public. Nous nous sommes inspiré-e-s, pour ce faire, du lexique de la Fédération des médecins résident-e-s du Québec³.

Les médecins participant-e-s

Ce sont des personnes professionnelles qui exercent sous la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Elles facturent directement celle-ci et sont payées par celle-ci suivant les termes d'une entente négociée avec l'État. En principe, elles travaillent dans les établissements publics de santé et y exercent leur pratique.

Les médecins désengagé-e-s

Ce sont des personnes professionnelles qui exercent en dehors de la RAMQ. Bien qu'elles exigent des honoraires directement à leurs patient-e-s⁴, elles le font en respectant les tarifs de la RAMQ. D'ordinaire, on les retrouve dans un cabinet ou une clinique privée (ex. : groupe de médecine de famille (GMF) ou centre médical spécialisé).

Les médecins non participant-e-s

Ce sont des personnes professionnelles qui exercent complètement en dehors du périmètre de la RAMQ. Elles n'acceptent pas la carte d'assurance maladie et refusent d'être rémunérées suivant les paramètres de la Régie. Dans pareil cas, c'est la personne qui consulte qui paye de sa poche ou par l'intermédiaire d'une assurance privée.

Ces distinctions étant faites, on soulignera d'emblée que le PL 83 ne vise que les médecins qui participent à la RAMQ. En sont exclu-e-s les médecins dit-e-s « désengagé-e-s », un groupe pourtant très grand. Selon les statistiques du Collège des médecins du Québec (CMQ), il représente en effet 44 % des médecins québécois-es, soit 9 927 personnes professionnelles à exercer en dehors des établissements publics⁵.

En se limitant aux seul-e-s médecins non participant-e-s, le projet de loi ne vise pas assez large et ne s'attaque pas à la racine du mal, soit la désertion en masse des médecins d'expérience (on y reviendra). Il ne règle donc pas la cannibalisation du public par le privé, faute d'une approche réellement appropriée. Pire encore, il légitime le rôle du privé au lieu d'y mettre un frein.

Pour l'APTS, ce scénario est inacceptable, elle qui a toujours défendu et continue de défendre des politiques visant à renforcer et à préserver le réseau public. C'est la raison pour laquelle elle propose au ministre une approche plus globale et plus audacieuse afin de remédier à ce problème.

L'APTS estime que le gouvernement devrait changer sa stratégie du tout au tout et agir de façon incitative, et non coercitive, afin de favoriser l'engagement des médecins dans les établissements publics du réseau. À défaut de quoi, le projet de loi soulève de sérieuses questions qu'il convient de poser.

Quel message envoie-t-il aux médecins qui ne sont pas visé-e-s par ses dispositions? Le gouvernement trouve-t-il légitime que les plus expérimenté-e-s d'entre eux-elles quittent le réseau public? Ou encore que les patient-e-s subissent continuellement des changements du fait que les médecins pourront s'exiler vers le privé une fois terminée la période de cinq ans?

Qui plus est, le PL 83 n'empêchera pas les médecins d'avoir une pratique désengagée de la RAMQ, soit en clinique ou en cabinet privé, avant même l'écoulement dudit délai de cinq ans. Il n'aura pas non plus d'incidence sur la pratique des chirurgien-ne-s dans les centres médicaux spécialisés ni sur la prolifération du privé en radiologie.

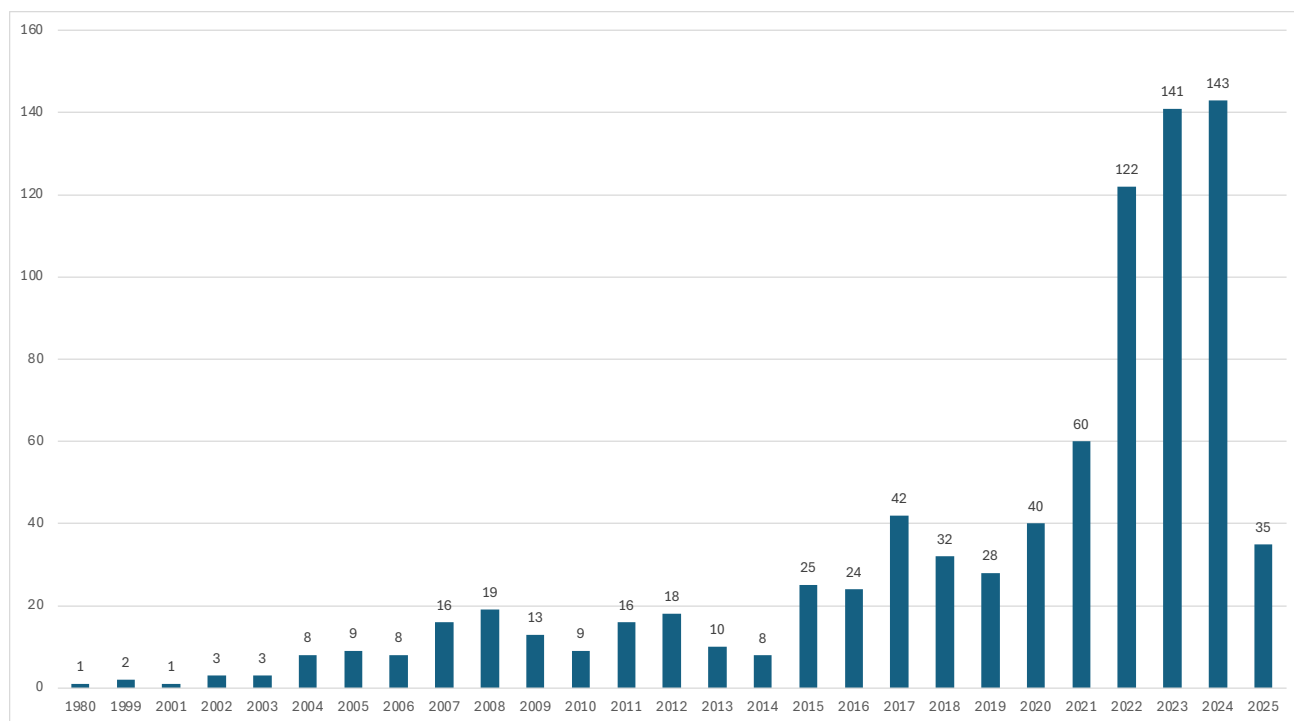
Ce sont là autant de scénarios qui ne cadrent pas avec l'« objectif clair » présenté par le ministre à l'annonce du projet de loi.

UN PROJET DE LOI QUI N'EN FAIT PAS ASSEZ

Il ne fait aucun doute qu'il y a urgence d'agir pour inverser la tendance en cours et renforcer le réseau public. Encore récemment, Radio-Canada rapportait que 775 médecins travaillent exclusivement dans le secteur privé⁶.

En 2024, le nombre cumulé de médecins non participant-e-s à la RAMQ s'élevait à 801 selon la *Liste des professionnels de la santé non participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec*, illustrée dans le **graphique 1**. L'an dernier seulement, 143 médecins ont opté pour la non-participation, un sommet dans l'histoire du Québec.

Graphique 1 : Répartition par année, depuis 1980, des médecins qui ont opté pour la non-participation au Québec



Source : RAMQ, *Liste des professionnels de la santé non participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec*, 13 janvier 2025.

Compte tenu de ce qui précède, la question se pose de savoir combien de médecins sur cette liste ont moins de cinq années de participation à la RAMQ et seront potentiellement affecté-e-s par le projet de loi, une fois celui-ci en vigueur.

En nous basant sur nos informations et sur le Bottin des médecins et des résidents du CMQ⁷, on peut dénombrer 22 individus concernés, soit 15 % de la cohorte des nouvelles personnes non participantes. En supposant un pourcentage similaire applicable aux années 2022 et 2023, on obtient un total cumulé de 61 médecins potentiellement concerné-e-s par le projet de loi.

Le problème de la désertion des médecins de la RAMQ n'est donc pas causé par une hausse de la non-participation des nouvelles personnes médecins. Il concerne en fait majoritairement des médecins ayant de très nombreuses années d'expérience. C'est pourquoi l'APTS considère que le ministre devrait revoir l'orientation générale de son projet de loi.

Recommandation 1 :

Que le ministre revoie son approche et mise plutôt sur une stratégie visant l'engagement des médecins dans les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux.

Les causes de ces nombreux départs étant connues, pourquoi ne pas agir directement sur celles-ci sans plus attendre? Il y a déjà les leviers suffisant dans la *Loi sur l'assurance maladie du Québec* pour forcer la participation de l'ensemble des médecins non participant-e-s. Procéder ainsi éviterait d'avoir à légiférer.

Parmi les causes invoquées par plusieurs médecins pour justifier leur départ du réseau public figurent le manque d'infrastructures (salles d'opération et de consultation) ainsi que le manque de professionnel-le-s et de technicien-ne-s pour les seconder dans leurs tâches. Remédier à ces problèmes serait un choix judicieux.

Certes, cela implique de réinvestir massivement dans les infrastructures du réseau public. Cela nécessite également de revoir les conditions d'exercice et les pratiques de gestion du RSSS pour en faire un employeur de choix, qui valorise mieux les emplois. L'APTS est d'avis que de tels choix seraient, encore une fois, beaucoup plus avisés.

Recommandation 2 :

Que le gouvernement s'assure de la disponibilité des ressources humaines et matérielles pour favoriser la pratique de la médecine publique en investissant dans les infrastructures ainsi qu'en mettant en œuvre un plan d'action pour l'attraction et la rétention du personnel dans le réseau public.

On peut également observer que les réformes successives semblent encourager les médecins à quitter le réseau public. Le graphique 1 permet en effet de constater qu'il y a une corrélation entre les augmentations du nombre de médecins non participant-e-s et les années d'adoption ou d'annonce de ces réformes.

C'est le cas en 2004, alors qu'on passe de trois à huit médecins non participant-e-s⁸. C'est aussi le cas en 2015, avec une augmentation de huit à vingt-cinq⁹. Même chose en 2022, où l'on passe de soixante à cent vingt-deux médecins non participant-e-s¹⁰. Déjà trente-cinq médecins ont envoyé un avis de non-participation cette année, dont sept seulement (20 %) seraient affecté-e-s par le projet de loi¹¹.

Options mieux ciblées pour stopper l'exode vers le privé

Nous croyons, comme nous l'avons dit précédemment, que le gouvernement doit faire preuve d'audace face aux défis du réseau public. Pour y parvenir, l'APTS lui propose une série de recommandations visant à mieux atteindre l'« objectif clair » visé par son ministre de la Santé et des Services sociaux : renforcer le réseau public.

Au risque de nous répéter, il n'est pas nécessaire de légiférer pour parvenir à cette fin. La *Loi sur l'assurance maladie* offre déjà les moyens nécessaires pour éviter la non-participation des médecins, soit les articles 30, 30.1 et 31.

Il appartient au ministre d'y recourir et d'envoyer ainsi un message non équivoque à l'ensemble des non-participant-e-s, comme il l'a déjà fait pour les optométristes avec l'Arrêté numéro 2024¹² du 19 novembre dernier¹³.

Recommandation 3 :

Que le ministre renonce à légiférer sur la participation obligatoire des médecins à la RAMQ et utilise plutôt les articles 30, 30.1 et 31 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

Plus audacieux serait de retirer la possibilité aux médecins d'incorporer leur pratique de la médecine, une position déjà envisagée par le parti du gouvernement en 2016¹⁴. La perspective de se lancer en affaires et d'ouvrir une clinique privée deviendrait conséquemment beaucoup moins attrayante. Cette mesure permettrait également de dégager de nouvelles sommes à investir dans les services publics, récupérées à même certains avantages fiscaux liés à l'incorporation.

Recommandation 4 :

Que le gouvernement retire aux médecins la possibilité d'incorporer leur pratique.

Et plus audacieux encore serait d'entamer un processus de révision du modèle de rémunération et de participation des médecins, au moyen de différents mécanismes de rémunération visant à favoriser l'exercice de la médecine au sein des établissements de Santé Québec.

Aller au bout de cette logique impliquerait de revoir leur statut de professionnel·le médical·le et d'en faire des salarié·e·s de l'État, au même titre que les autres professionnel·le·s du réseau, en leur accordant les mêmes droits à la syndicalisation et les mêmes mécanismes de convention collective qu'aux autres catégories d'emploi.

Recommandation 5 :

Que le gouvernement revoit la formule de rémunération des médecins pour favoriser l'exercice de la médecine dans les établissements publics.

L'APTS propose également de revoir les permissions accordées aux médecins exerçant certaines spécialités de pratiquer leur profession autant au public qu'au privé, comme c'est notamment le cas des radiologistes.

On freinerait ainsi également l'exode des technologues en imagerie médicale, essentiel·le·s pour opérer ces cliniques privées et dont le départ pénalise lourdement l'accessibilité aux services publics de l'ensemble de la population.

Recommandation 6 :

Que le gouvernement empêche la perméabilité de pratique entre le public et le privé pour les médecins.

Finalement, le gouvernement pourrait renouer avec l'une de ses promesses électorales prônant, en 2018, l'élimination de la surfacturation à la RAMQ¹⁵, évaluant pouvoir ainsi récupérer un milliard de dollars par année durant quatre ans.

Investir davantage pour contrer la surfacturation et la fraude potentielle permettrait aussi de dégager des sommes utiles pour retenir le personnel ou développer les infrastructures des établissements publics.

Recommandation 7 :

Que le gouvernement renforce les mécanismes de révision de la facturation à la RAMQ pour éviter la surfacturation et/ou les cas de fraude des médecins participant·e·s.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 : Que le ministre revoie son approche et mise plutôt sur une stratégie visant l'engagement des médecins dans les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux.

Recommandation 2 : Que le gouvernement s'assure de la disponibilité des ressources humaines et matérielles pour favoriser la pratique de la médecine publique en investissant dans les infrastructures ainsi qu'en mettant en œuvre un plan d'action pour l'attraction et la rétention du personnel dans le réseau public.

Recommandation 3 : Que le ministre renonce à légiférer sur la participation obligatoire des médecins à la RAMQ et utilise plutôt les articles 30, 30.1 et 31 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

Recommandation 4 : Que le gouvernement retire aux médecins la possibilité d'incorporer leur pratique.

Recommandation 5 : Que le gouvernement revoie la formule de rémunération des médecins pour favoriser l'exercice de la médecine dans les établissements publics.

Recommandation 6 : Que le gouvernement empêche la perméabilité de pratique entre le public et le privé pour les médecins.

Recommandation 7 : Que le gouvernement renforce les mécanismes de révision de la facturation à la RAMQ pour éviter la surfacturation et/ou les cas de fraude des médecins participant-e-s.

- ¹ Jérôme Labbé, *Radio-Canada Info: Le ministre veut forcer les nouveaux médecins à travailler dans le réseau public*, page consultée le 27 janvier 2025; <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2124149/medecins-public-privé-quebec-projet-loi-83>.
- ² Idem.
- ³ Fédération des médecins résident-e-s du Québec, *FMRQ : Autres activités – Lexique*, page consultée le 27 janvier 2025 : <https://fmrq.qc.ca/postes-pem-prem/autres-specialites/lexique/#:~:text=M%C3%A9decins%20participant%C2%B7e%C2%B7s,tarifs%20pr%C3%A9vus%20%C3%A0%20une%20entente>.
- ⁴ Lesquel-le-s se font ensuite rembourser par la RAMQ au moyen d'un formulaire. Il s'agit donc d'une rémunération indirecte.
- ⁵ Collège des médecins du Québec, *Portrait des membres du CMQ*, page consultée le 27 janvier 2025 : <https://www.cmq.org/fr/a-propos/portrait-membres-cmq>.
- ⁶ Radio-Canada, *Pénurie de personnel au bloc opératoire de Shawinigan*, Ici Mauricie-Centre-du-Québec, 19 novembre 2024 : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2121003/penurie-infirmieres-bloc-operatoire-shawinigan>, page consultée le 4 février 2025.
- ⁷ Après l'entrée en vigueur des lois 25 et 30.
- ⁸ Avec la mise en place de la réforme Barrette.
- ⁹ Après la publication du Plan santé et l'annonce de la création de Santé Québec.
- ¹⁰ Après l'intégration des établissements à Santé Québec, le 1^{er} décembre dernier.
- ¹¹ Le ministre avait alors jugé que la situation était particulièrement problématique, alors que 85 % des membres de l'Association des optométristes du Québec avaient transmis un avis de non-participation.
- ¹² Collège des médecins du Québec, *Bottin des médecins et des résidents*, page consultée le 28 janvier 2025 : <https://www.cmq.org/fr/bottin>.
- ¹³ Gouvernement du Québec, *Arrêté numéro 2024-020 du ministre de la Santé en date du 19 novembre 2024*, 19 novembre 2024 : AM_2024-020.pdf.
- ¹⁴ Radio-Canada, *La CAQ réclame la fin de l'incorporation des médecins*, Radio-Canada Info, 6 mars 2016, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/768964/caq-incorporation-medecin-sante-soin-domicile-drainville-paradis>, page consultée le 4 février 2025.
- ¹⁵ Caroline Plante, *Promesses et réalités de la CAQ*, *Le Soleil*, 29 décembre 2019, [En ligne] page consultée le 28 janvier 2025 : <https://www.lesoleil.com/2019/12/29/promesses-et-realites-de-la-caq-de627a3c0d49372ec2f5e698520ccd6b/>.

SIÈGE SOCIAL

1111, rue Saint-Charles Ouest, bureau 1255
Longueuil (Québec) J4K 5G4
Tél. : 450 670-2411 ou 1 866 521-2411
Télec. : 450 679-0107 ou 1 866 480-0086

BUREAU DE QUÉBEC

1305, boul. Lebourgneuf, bureau 200
Québec (Québec) G2K 2E4
Tél. : 418 622-2541 ou 1 800 463-4617
Télec. : 418 622-0274 ou 1 866 704-0274

www.apsq.com • info@apsq.com

