

DE : MONSIEUR CHRISTIAN DUBÉ
Ministre de la Santé

Le 20 mars 2025

TITRE : Amendements au projet de loi n°83 – Loi favorisant l'exercice de la médecine au sein du réseau public de la santé et des services sociaux

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1- Contexte

Le 3 décembre 2024, le ministre de la Santé a déposé à l'Assemblée nationale du Québec 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 (ci-après le « PL83 »). Ce projet de loi propose essentiellement de :

- obliger tout nouveau médecin à participer pendant cinq ans au régime public institué par la Loi sur l'assurance maladie avant de pouvoir devenir un professionnel non participant exerçant sa profession en dehors des cadres du régime;
- permettre au gouvernement d'imposer aux étudiants et aux résidents en médecine 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 celle-ci, assorti d'une clause pénale.

La Commission de la santé et des services sociaux s'est réunie les 6 et 11 février 2025 dans le contexte des consultations particulières et des auditions publiques sur le PL83. En plus de susciter des échanges sur les mesures proposées au PL83, la Commission a permis à plusieurs groupes de s'exprimer sur la place des cliniques privées, où pratiquent les médecins non participants et le phénomène d'alternance de statuts entre participant et non participant – phénomène qui permet à un médecin de pratiquer successivement dans le système public puis privé. Plusieurs de ces groupes ont recommandé au gouvernement d'agir rapidement contre la hausse du nombre de médecins qui sont des professionnels non participants considérant les enjeux d'accès au réseau public de la santé et des services sociaux.

Des mesures implantées, en cours et à venir par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et par Santé Québec ont pour objectifs d'améliorer l'offre de services et la gestion de la demande au sein du système de santé québécois. À cet égard, on note entre autres l'augmentation du nombre d'étudiants admis dans les programmes de médecine; le développement d'algorithmes et d'outils permettant d'améliorer la pertinence des rendez-vous médicaux octroyés; l'élaboration et le déploiement dans les prochains mois d'une politique gouvernementale en matière de soins et de services de première ligne; et la révision du modèle de rémunération des médecins.

Afin de réaliser l'ensemble des mesures précitées et d'assurer à la population un accès équitable et universel, il est primordial de juguler rapidement la migration des ressources médicales publiques vers le secteur privé. En outre, afin d'augmenter l'impact du PL83 sur

le réseau public de la santé et des services sociaux, il est essentiel que l'ensemble des médecins, toute spécialité confondue, soit visé par ces mesures.

La Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) (LAM) et le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29, r. 5) (RALAM) régissent les modalités de changement de statuts des médecins. Cependant, ils ne prévoient aucune condition au désengagement ou à la non-participation autre que la transmission d'un avis à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Conséquemment, afin d'assurer à la population un système de santé public, accessible et universel, il est proposé d'amender le PL83 afin de proposer un régime temporaire d'autorisation d'exercer la médecine en dehors des cadres du régime public d'assurance maladie

2- Raison d'être de l'intervention

A- Effectifs médicaux

Au 31 mars 2020, le statut de non participant au Québec impliquait 454 médecins, soit 331 médecins de famille et 123 médecins spécialistes (2,16 % du nombre total de médecins admissibles à facturer dans le cadre du régime public). Au 31 mars 2024, cette donnée a atteint le nombre de 733, soit 500 médecins de famille et 233 médecins spécialistes (3,37 % du nombre total de médecins admissibles à facturer dans le cadre du régime public), traduisant une hausse de 61,45 %. Entre le 31 mars 2020 et le 31 mars 2024, cette hausse représente une augmentation de 169 (51,06 %) médecins omnipraticiens et de 110 (89,43 %) spécialistes qui sont des professionnels non participants (voir Tableau 1).

Par ailleurs, les médecins œuvrant à titre de professionnels non participants offrent certes des services médicaux à la population québécoise, mais ils n'ont aucune obligation en ce qui concerne les activités au sein du réseau public, notamment la participation aux activités hospitalières, la garde dans les différents services, la couverture des urgences et des CHSLD. Ces activités, plus lourdes et qui exigent souvent une disponibilité 24h/7, se retrouvent ainsi sous la responsabilité d'un effectif réduit, ce qui fragilise le système.

B- Phénomène d'alternance des statuts

Considérant la popularité grandissante du phénomène d'alternance des statuts, il est primordial de s'intéresser aussi au nombre de médecins ayant eu au moins une fois le statut de professionnel non participant au cours des dernières années financières.

Entre 2019-2020 et 2023-2024, le nombre de médecins ayant eu au moins un statut de professionnel non participant au cours d'une année financière a augmenté de 45 % chez les omnipraticiens, alors qu'il a augmenté de 104 % chez les spécialistes. Sur les cinq dernières années, cela représente pour l'ensemble des médecins une augmentation de 65 %. En outre, en date du 19 février 2025, bien que l'année ne soit pas terminée, le nombre de médecins ayant eu au moins un statut de professionnel non participant a déjà surpassé de 12 % celui de 2023-2024 (voir Tableau 2). Plus encore, on observe un total de 150 médecins (cinq omnipraticiens et 145 spécialistes) qui ont été des professionnels non participants au moins deux fois au cours de l'exercice 2023-2024 (voir Tableau 3).

Depuis les cinq dernières années, ce phénomène d’alternance est significativement plus important chez les médecins spécialistes par rapport aux médecins omnipraticiens (voir Tableau 3). Pour l’ensemble des médecins, le nombre ayant eu plus d’un statut a triplé durant la même période, passant de 50 médecins en 2019-2020 à 150 médecins en 2023-2024.

Tableau 1 – Nombre de médecins omnipraticiens et de médecins spécialistes du Québec qui sont des professionnels non participants ainsi que ceux admissibles au 31 mars.

Au 31 mars	Ensemble des médecins			Médecins omnipraticiens			Médecins spécialistes		
	Non participants	Admissibles à facturer dans le cadre du régime public ^a	Évolution annuelle et % non participants	Non participants et (%) ^b	Admissibles à facturer dans le cadre du régime public	% non participants ^a	Non participants et (%) ^b	Admissibles à facturer dans le cadre du régime public	% non participants ^a
19 février 2025	822	22 011	+ 89 3,73 %	561 68 %	10 176	5,51 %	261 32 %	11 835	2,21 %
2024	733	21 720	+99 3,37 %	500 68 %	10 150	4,93 %	233 32 %	11 570	2,01 %
2023	634	21 852	+112 2,90 %	436 69 %	10 269	4,25 %	198 31 %	11 583	1,71 %
2022	522	21 724	+46 2,40 %	354 68 %	10 255	3,45 %	168 32 %	11 469	1,46 %
2021	476	21 490	+22 2,21 %	340 71 %	10 131	3,36 %	136 29 %	11 359	1,20 %
2020	454	21 058	+7 2,16%	331 73 %	9 925	3,34 %	123 27 %	11 133	1,10 %
2019	447	20 486	2,18 %	325 73 %	9 667	3,36 %	122 27 %	10 819	1,13 %

Source : RAMQ, données au 2025-02-19.

Note : Les médecins qui ne détiennent pas de permis de pratique (médecins inactifs, radiés ou ayant abandonné la pratique) sont retirés des listes de médecins non participants qui sont publiées par la RAMQ. Par conséquent ils ne sont pas calculés au Tableau 1.

^a Pourcentage des médecins non participants sur l’ensemble des médecins admissibles à facturer dans le cadre du régime public.

^b Pourcentage des médecins omnipraticiens ou médecins spécialistes sur le total des médecins non participants.

Tableau 2 – Évolution des médecins ayant eu au moins un statut de non-participation au cours d’une année financière (période du 1^{er} avril au 31 mars).

Année Spécialité	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025 [†]
Omnipraticiens	333	355	353	365	440	515	583
Spécialistes	183	183	195	250	330	373	408
TOTAL	516	538	548	615	770	888	991
Évolution annuelle	N/A	+22	+10	+67	+155	+118	+103*

Source : RAMQ, données au 2025-02-19.

[†] Données du 2024-04-01 au 2025-02-19

* Année financière en cours; données du 2024-04-01 au 2025-02-19.

Note : Un médecin ayant changé de statut plus d’une fois au cours de la période n’est considéré qu’une seule fois aux fins de calcul.

Tableau 3. – Évolution des médecins ayant eu plus d'un statut – alternance entre participant et non participant au cours d'une année financière (période du 1^{er} avril au 31 mars)

Année		2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025 [†]
Spécialité	Nombre de md	2	1	16	3	1	5	3
	% ^a	0,60	0,28	4,53	0,82	0,23	0,97	0,68
Omnipraticiens non participants	Nombre de md	66	49	50	76	123	145	132
	% ^a	36,07	26,78	25,64	30,40	37,27	38,87	24,44
Spécialistes non participants	Nombre de md	68	50	66	79	124	150	135
	% ^a	13,18	9,29	12,04	12,85	16,10	16,89	11,98
TOTAL	Nombre de md							
	% ^a							

Source : RAMQ, données au 2025-02-19.

Note : Un médecin ayant changé de statut plus d'une fois entre le 1^{er} avril et le 31 mars d'une année donnée n'est considéré qu'une seule fois aux fins de calcul.

[†] Données du 2024-04-01 au 2025-02-19

^a Pourcentage de médecin non participant ayant eu plus d'un statut de non participant dans une année financière sur le nombre total de médecins ayant eu au moins une fois ce statut.

C - Indicateurs d'accès

1) Médecine de famille

Au 19 février 2025, la proportion de médecins omnipraticiens qui sont des professionnels non participants représente 5,51 % des effectifs admissibles à facturer pour cette spécialité. En contrepartie, 655 094 Québécois, soit 7,69 %, sont en attente au GAMF et éligibles au GAP (voir Tableau 4).

Tableau 4. – Nombre de médecins omnipraticiens qui sont des professionnels non participants et proportion de la population admissible attirée à un professionnel ou ayant accès à un service de première ligne

Données sur la non-participation d'omnipraticiens au réseau public [†]		Pourcentage de la population ayant accès à un service de première ligne [‡]	
Nombre de médecins omnipraticiens non participants	561 [†]	Inscrits à un médecin de famille	71,13 %
		Inscrits à un groupe de médecins	12,27 %
Nombre de médecins omnipraticiens	10 176	Inscrits à une IPSPL	0,05 %
		Attirées à un professionnel/équipe de soins	83,45 %
Proportion de médecins non participants	5,51%	Pourcentage de la population en attente au GAMF – Éligibles au GAP	7,46 % (635 151 Québécois)
		Pourcentage de la population ayant accès à un service de première ligne	91,14%

Source : [†] RAMQ, données au 2025-02-19; [‡] Tableau de bord ministériel, MSSS. Données au 2025-01-30.

Néanmoins, être attiré à un professionnel de la santé ou à une équipe de soins n'est pas garant d'un accès à un service médical pour la population lorsque requis. La problématique de consommation de services à l'urgence pour des situations mineures¹ est également un enjeu important, mais aussi un indicateur d'accès significatif. Les citoyens ne font pas tous des démarches avant de se présenter dans les urgences. Toutefois, il arrive que, faute de réussir à obtenir un rendez-vous médical par l'entremise des portes d'entrée, (clinique médicale de l'usager, Info-Santé, GAP ou toute autre recommandation d'un professionnel de la santé), les usagers se voient contraints de consulter à l'urgence pour une situation de santé mineure¹. Depuis 2019, le taux de visites qui peuvent être réorientées de l'urgence pour des situations de santé mineure oscillent entre 44,25 % et 46,48 %. Ainsi, près de la moitié des visites à l'urgence pourraient être réalisées en clinique de première ligne, mais les usagers ont tout de même consulté à l'urgence.

2) Médecine spécialisée

L'accès à une première consultation en médecine spécialisée est suivi par le truchement des Centres de répartition des demandes de services (CRDS) pour 26 spécialités médicales. La proportion de requêtes en attente d'une première consultation ayant dépassé le délai établi selon sa priorité clinique (attente hors délais) représente un indicateur d'accès à ces spécialités.

Le Tableau 5 met en lumière l'impact de la non-participation des médecins dans certaines spécialités sur les délais d'attente pour une première consultation au CRDS. En effet, on observe une tendance générale selon laquelle les spécialités avec des pourcentages élevés de médecins qui sont des professionnels non participants tendent également à démontrer des taux d'attente hors délai plus élevés. Ainsi, la dermatologie, la chirurgie plastique et la chirurgie orthopédique, qui présentent les plus hauts pourcentages de médecins non participants (27,40 %, 20,59 % et 15,11 % respectivement), affichent des taux d'attente hors délai parmi les plus élevés (67,16 %, 79,76 % et 70,07 %), voire le plus élevé pour la chirurgie plastique.

Toutefois, il est à noter que la contribution d'un médecin au CRDS est réalisée sur une base volontaire. En outre, le CRDS encadre uniquement l'accès à une première consultation en médecine spécialisée, les visites subséquentes n'étant pas suivies par ce mécanisme d'accès.

Malgré ce qui précède, cet indicateur est celui ayant été sélectionné et convenu par les instances décisionnelles afin de procéder au suivi des indicateurs d'accès relatifs à ces 26 spécialités médicales.

¹ Usager ambulant coté P4 et P5, dont l'orientation au départ est incluse dans l'une des quatre catégories suivantes : « Départ avant prise en charge », « Réorienté », « Retour à domicile » et « Référence » dans le BI ministériel.

Tableau 5. – Relation entre la proportion des demandes pour une première consultation en attente hors délai et le nombre de médecins qui sont des professionnels non participants selon la spécialité médicale

Médecins	Non participants depuis le début de l'année financière				Non participants à ce jour		Admissibles à facturer au 19 fév. 2025	%Attente hors délai (CRDS P11; 9 fév. 2025)
	Minimum une fois*		Deux fois et +					
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%		
Allergie et immunologie clinique	3	3,45 %	1	1,15 %	2	2,30 %	87	59,79%
Anatomo-pathologie	1	0,34 %	-	0,00 %	1	0,34 %	296	N/D ¹
Anesthésiologie	33	3,80 %	6	0,69 %	22	2,53 %	869	N/D ¹
Biochimie médicale	-	0,00 %	-	0,00 %	-	0,00 %	55	N/D ¹
Cardiologie	6	1,10 %	-	0,00 %	6	1,10 %	545	34,24%
Chirurgie cardio-vasculaire & thoracique	-	0,00 %	-	0,00 %	-	0,00 %	68	N/D ¹
Chirurgie générale	26	4,33 %	12	2,00 %	15	2,50 %	600	42,53%
Chirurgie orthopédique	60	15,11 %	34	8,56 %	29	7,30 %	397	70,07%
Chirurgie plastique	28	20,59 %	1	0,74 %	23	16,91 %	136	79,76%
Chirurgie vasculaire	4	7,84 %	1	1,96 %	4	7,84 %	51	69,91%
Dermatologie	57	27,40 %	6	2,88 %	50	24,04 %	208	67,16%
Endocrinologie et métabolisme	1	0,45 %	-	0,00 %	1	0,45 %	221	54,20%
Gastroentérologie	11	3,79 %	1	0,34 %	7	2,41 %	290	75,82%
Génétique médicale	-	0,00 %	-	0,00 %	-	0,00 %	44	N/D ¹
Gériatrie	-	0,00 %	-	0,00 %	-	0,00 %	154	67,34%
Hématologie	1	0,49 %	-	0,00 %	1	0,49 %	205	65,87%
Médecine d'urgence	2	0,87 %	-	0,00 %	2	0,87 %	230	N/D ¹
Médecine interne	5	0,57 %	-	0,00 %	4	0,45 %	882	48,71%
Médecine nucléaire	-	0,00 %	-	0,00 %	-	0,00 %	120	N/D ¹
Médecine physique et réadaptation	10	9,62 %	3	2,88 %	5	4,81 %	104	76,68%
Microbiologie médicale et infectiologie	-	0,00 %	-	0,00 %	-	0,00 %	227	74,57%
Néphrologie	-	0,00 %	-	0,00 %	-	0,00 %	256	67,89%
Neuro-chirurgie	7	7,29 %	2	2,08 %	4	4,17 %	96	75,70%
Neurologie	2	0,57 %	-	0,00 %	1	0,29 %	349	69,92%
Obstétrique et gynécologie	21	3,70 %	2	0,35 %	19	3,35 %	567	50,23%
Oncologie médicale	1	0,50 %	-	0,00 %	1	0,50 %	202	41,94%
Ophtalmologie	16	4,36 %	8	2,18 %	7	1,91 %	367	72,95%
Oto-rhino-laryng./chir. cervico-faciale	14	5,38 %	10	3,85 %	4	1,54 %	260	59,59%
Pédiatrie	3	0,36 %	1	0,12 %	2	0,24 %	827	35,62%
Pneumologie	28	9,12 %	18	5,86 %	8	2,61 %	307	57,54%
Psychiatrie	18	1,33 %	1	0,07 %	17	1,25 %	1 355	64,07%
Radio-oncologie	-	0,00 %	-	0,00 %	-	0,00 %	152	N/D ¹
Radiologie diagnostique	29	3,97 %	16	2,19 %	13	1,78 %	730	N/D ¹
Rhumatologie	1	0,61 %	1	0,61 %	-	0,00 %	164	54,81%
Santé pub./méd. préventive ou du travail	1	0,46 %	-	0,00 %	1	0,46 %	217	N/D ¹
Urologie	19	9,64 %	8	4,06 %	12	6,09 %	197	49,79%
Total spécialistes	408	3,45 %	132	1,12 %	261	2,21 %	11 835	N/A

* Un médecin ayant changé de statut plus d'une fois au cours de la période n'est considéré qu'une seule fois aux fins de calcul.

** Les effectifs totaux au 2025-02-19 étaient de 11 835 médecins spécialistes. Toutefois, 1 240 médecins (répartis en neuf spécialités) n'avaient aucun médecin non participant à cette date.

¹ Spécialités non présentes au CRDS.

3- Objectifs poursuivis

La LAM ne prévoit aucune autre condition au désengagement ou à la non-participation que la transmission d'un avis à la RAMQ. En outre, si aucune action n'est entreprise, en se basant sur la tendance des cinq dernières années, une hausse constante du nombre de médecins non participants est projetée.

Les amendements proposés au PL83 vise essentiellement à mettre en place un régime temporaire d'autorisation d'exercer la médecine en dehors des cadres du régime public d'assurance maladie. Les amendements permettraient ainsi d'encadrer la non-participation au réseau et le phénomène d'alternance de statut, et ce, avec une incidence rapide sur les effectifs médicaux.

4- Proposition

La tendance à la hausse de médecins non participants justifie une intervention diligente visant une amélioration substantielle et rapide de l'accessibilité pour la population. En ce sens, les amendements consistent à mettre en place, pour une période de deux ans suivant la sanction du projet de loi, et en remplacement de l'application de l'article 26 de la LAM pour cette même période, un régime d'autorisation permettant à Santé Québec d'apprécier l'opportunité, pour un médecin qui en fait la demande, de devenir un professionnel non participant.

Il est proposé que cette appréciation se fasse au regard, notamment, des orientations déterminées par le ministre de la Santé, de tout facteur que Santé Québec juge pertinent et des éléments suivants :

- le nombre de médecins qui sont des professionnels non participants dans la région sociosanitaire où le médecin entend exercer à titre de professionnel non participant, et si ce nombre est trop considérable pour que les services médicaux assurés puissent continuer à être rendus selon des conditions uniformes;
- les impacts que pourraient avoir l'autorisation sur la qualité ou l'accessibilité des services médicaux assurés offerts dans la région sociosanitaire où il entend exercer à titre de professionnel non participant;
- la capacité de mettre à contribution le médecin pour accroître la qualité et l'accessibilité des services médicaux assurés offerts dans la région sociosanitaire où il entend exercer à titre de professionnel non participant.
- lorsque le médecin entend exercer la médecine à titre de professionnel non participant dans une région sociosanitaire autre que celle où il l'exerce au moment où il présente une demande d'autorisation, Santé Québec évalue aussi les éléments énumérés plus haut à l'égard de cette dernière région.

De plus, Santé Québec doit refuser d'accorder une autorisation lorsque le médecin qui présente la demande est le seul médecin à offrir un service médical assuré dans la région sociosanitaire où il exerce la médecine au moment où il présente la demande.

Par ailleurs, il est proposé de préciser les renseignements que doit fournir un médecin dans sa demande d'autorisation.

Il est également proposé que l'autorisation accordée par Santé Québec prend fin à la date qui suit de deux ans celle de la sanction de la loi. Toutefois, si elle estime opportun, Santé Québec peut prévoir qu'elle prenne fin à une date antérieure qu'elle indique dans le document attestant sa décision. Considérant les besoins territoriaux changeants et les fluctuations conjoncturelles – notamment en termes de périodes, de ressources et d'incidents – dans les capacités du réseau, il semble pertinent de permettre à Santé Québec de prévoir une période d'autorisation plus courte afin qu'elle soit en mesure de réévaluer la situation dans le cas où le médecin effectue une nouvelle demande d'autorisation permettant ainsi une agilité opérationnelle au bénéfice du système de santé public et d'un accès universel aux soins et services pour population québécoise.

Lors d'une intention de refus par Santé Québec d'accorder une autorisation, la proposition prévoit que Santé Québec doive notifier au médecin un préavis de cette décision et lui donner l'opportunité de présenter ses observations. Par la suite, Santé Québec acheminerait sa décision au médecin.

À l'échéance d'une autorisation, le médecin visé redevient un professionnel désengagé ou soumis à l'application d'une entente, selon son statut au moment de la demande d'autorisation.

Un régime d'autorisation en vigueur pendant une période temporaire de deux ans permettrait à Santé Québec d'évaluer si, notamment, l'apport du secteur privé, en l'occurrence celle des médecins non participants, s'avère nécessaire pour garantir l'accessibilité des soins à la population. En concomitance, le MSSS et Santé Québec pourraient, selon le cas, émettre les orientations structurantes et intervenir de façon agile sur les ajustements nécessaires à poser au sein de l'écosystème de soins et de services de santé public ceci, sans compromettre l'accessibilité pour le patient.

Afin d'éviter la transmission d'un nombre important d'avis de non-participation suivant le dépôt des amendements proposés – et corollairement une fragilisation importante de l'écosystème du réseau de santé public – des dispositions transitoires sont proposées. L'une d'elles prévoit qu'un médecin ayant informé la RAMQ après la date de présentation des amendements son souhait de devenir un professionnel non participant demeure ou redevient, à la date de la sanction du projet de loi, un professionnel soumis à l'application d'une entente – si son avis de non-participation a pris effet avant la date de sanction du projet de loi – ou un professionnel désengagé selon celui de ces deux statuts qui était le sien au moment où il a transmis son avis de non-participation. Toutefois, il est également proposé qu'un médecin ayant informé la RAMQ avant la date de présentation des amendements qu'il souhaite devenir un professionnel non participant en conformité avec l'article 26 de la LAM, n'est pas visé par le régime d'autorisation proposé par les amendements.

Enfin, des amendements sont proposés afin d'adapter l'application de certaines dispositions de la Loi sur l'assurance maladie en fonction des mesures proposées pour la mise en place du régime d'autorisation.

5- Autre option

Revoir les modalités encadrant le changement de statut par la modification du RALAM afin de limiter la fréquence des changements

L'article 29 du RALAM prévoit que le désengagement et la non-participation prennent effet le 30^e jour qui suit la date de la transmission de l'avis à la RAMQ. L'une des options pourrait être de prolonger ce délai afin de limiter le nombre de fois qu'un médecin peut changer de statut annuellement. Bien que cette avenue permettrait de contrer partiellement le phénomène d'alternance des statuts et d'auto-référencement de façon permanente, elle n'instaurerait pas de paramètres d'analyse et d'appréciation des demandes de changements de statuts. Finalement, elle nécessiterait un délai d'application plus important, alors que les besoins sont actuels. Conséquemment, cette solution, ne répondant pas au besoin et n'étant pas adaptée au contexte, n'est pas retenue.

6- Évaluation intégrée des incidences

En plus des éléments déjà mentionnés au mémoire qui accompagnaient le projet de loi, les amendements proposés au PL83 permettraient d'endiguer, dès la prise d'effet de la mesure, la migration de ressources médicales du public vers le privé. En effet, l'ajout de conditions de qualité, de suffisance des services au sein du système public ainsi que la capacité du réseau à mettre à contribution le médecin – entre autres en termes d'accessibilité aux plateaux cliniques, de priorités opératoires et de la disponibilité des ressources humaines – pour accroître la qualité et l'accessibilité des services médicaux assurés afin de répondre aux besoins du territoire, tout en respectant une équité interterritoriale, avant d'autoriser la participation médicale auraient comme incidence une augmentation des effectifs médicaux dans le réseau public.

Il est possible que les médecins, particulièrement ceux qui modifient leur statut plus d'une fois par année, expriment du mécontentement à l'égard de ces amendements.

Les amendements proposés auraient un impact financier limité autant sur les médecins que sur les entreprises privées (cliniques). Ils s'appliqueraient aux médecins qui sont assimilables aux employés du domaine de l'État. À cet égard, une analyse d'impact réglementaire n'est pas requise en vertu de la *Politique gouvernementale sur l'allègement réglementaire et administratif - Pour une réglementation intelligente* (Décret 1668-2022).

7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes

La RAMQ, le ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie et Santé Québec ont été consultés sur les mesures proposées dans les amendements. Par ailleurs, ces amendements sont le fruit de réflexions à la suite des auditions publiques de la Commission de la santé et des services sociaux des 6 et 11 février 2025.

8- Mise en œuvre, suivi et évaluation

Les mesures proposées par les amendements visent uniquement le changement du statut du médecin qui veut devenir un professionnel non participant. Le processus pour

un médecin qui est un professionnel non participant et qui veut devenir un professionnel participant demeure inchangé.

Santé Québec serait responsable d'administrer le régime d'autorisation visant à étudier les demandes de changement de statuts présentées par les médecins participants ou désengagés qui souhaitent opter pour le statut de médecins non participants. Santé Québec serait responsable de la structure administrative, logistique et décisionnelle nécessaire au traitement et à l'analyse des demandes. Santé Québec devrait s'adjoindre de la RAMQ pour la mise en œuvre et le suivi de la mesure.

Pour analyser la demande de changement de statut du médecin, Santé Québec tiendrait compte de tout facteur qu'elle juge pertinent, des orientations du ministre, le cas échéant, et des critères prévus par les amendements. Santé Québec aurait le mandat d'autoriser la demande de changement de statut de non-participation au régime suivant la loi. Elle ferait connaître sa décision au médecin selon le délai qu'elle définirait suivant la réception de la demande.

Si la décision s'avérait favorable, Santé Québec délivrerait au médecin une autorisation de non-participation et informerait la RAMQ des changements autorisés afin qu'elle procède aux changements administratifs inhérents.

Dans le cas d'une intention de refus, Santé Québec devrait faire connaître au médecin les motifs retenus et l'informer du délai pour présenter ses observations. Si aucune action n'est prise par le médecin au terme de ce délai, Santé Québec lui ferait parvenir l'avis de refus. Une copie de la décision serait transmise à la RAMQ.

Tel qu'actuellement réalisé mensuellement, la liste des professionnels ayant changé de statut serait publiée sur le site Internet de la RAMQ, en plus de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

9- Implications financières

Les solutions envisagées n'impliquent aucun coût supplémentaire. La charge administrative inhérente à l'opérationnalisation des mesures pourra être assumée par les ressources professionnelles déjà en place.

10- Analyse comparative

Aucune autre juridiction canadienne n'a mis en place un régime d'autorisation comme celui présenté. Toutefois, il est important de rappeler que le Québec est la province dans laquelle on retrouve la plus grande proportion de médecins qui ne participent pas au régime public d'assurance maladie.

Le ministre de la Santé,

CHRISTIAN DUBÉ