



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 27 mai 2009 — Vol. 41 N° 24

Consultations particulières sur le projet de loi n° 34 — Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale (2)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Yvon Vallières**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

| | |
|--|-----------|
| Débats de l'Assemblée | 145,00 \$ |
| Débats des commissions parlementaires | 500,00 \$ |
| Pour une commission en particulier: | |
| Commission de l'administration publique | 75,00 \$ |
| Commission des affaires sociales | 75,00 \$ |
| Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation | 25,00 \$ |
| Commission de l'aménagement du territoire | 100,00 \$ |
| Commission de l'Assemblée nationale | 5,00 \$ |
| Commission de la culture | 25,00 \$ |
| Commission de l'économie et du travail | 100,00 \$ |
| Commission de l'éducation | 75,00 \$ |
| Commission des finances publiques | 75,00 \$ |
| Commission des institutions | 100,00 \$ |
| Commission des transports et de l'environnement | 100,00 \$ |
| Index (une session, Assemblée et commissions) | 30,00 \$ |

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 27 mai 2009 — Vol. 41 N° 24

Table des matières

| | |
|--|----|
| Auditions (suite) | 1 |
| Conseil du statut de la femme (CSE) | 1 |
| Coalition Solidarité Santé | 13 |
| Centre de santé des femmes de la Mauricie, Clinique des femmes de l'Outaouais et Centre de santé des femmes de Montréal | 22 |
| Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) | 38 |
| Remarques finales | 48 |
| M. Amir Khadir | 48 |
| M. Bernard Drainville | 48 |
| M. Yves Bolduc | 49 |
| Documents déposés | 49 |

Autres intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Germain Chevarie

M. Gilles Lehouillier

Mme Carole Poirier

- * Mme Christiane Pelchat, CSE
- * Mme Francine Lepage, idem
- * Mme Claudelle Cyr, Coalition Solidarité Santé
- * Mme Hélène Le Brun, idem
- * M. Denis Falardeau, idem
- * Mme Anne Marie Messier, Centre de santé des femmes de Montréal
- * Mme Diane Carle, Centre de santé des femmes de la Mauricie
- * Mme Sylvie Morin, Clinique des femmes de l'Outaouais
- * M. Louis Godin, FMOQ
- * M. Serge Dulude, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 27 mai 2009 — Vol. 41 N° 24

Consultations particulières sur le projet de loi n° 34 — Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale (2)

(Onze heures trente-quatre minutes)

Le Président (M. Kelley): S'il vous plaît! Je constate quorum des membres de la Commission des affaires sociales, donc je déclare la séance ouverte, en rappelant le mandat de la commission.

La commission est réunie afin de poursuivre des consultations particulières et les auditions publiques sur le projet de loi n° 34, Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Drainville (Marie-Victorin) remplace M. Bouchard (Vachon).

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. On a eu des discussions quant à l'organisation de nos travaux. Nous sommes 34 minutes en retard, alors il y a une proposition qu'on va travailler jusqu'à 13 h 30. Est-ce qu'il y a un consentement?

Une voix: Consentement.

Le Président (M. Kelley): Bon, consentement sans le député de La Peltre. Mais ça va nous permettre de respecter mes enveloppes de temps avec les deux témoins ce matin, c'est-à-dire le Conseil du statut de la femme et la Coalition Solidarité Santé.

Alors, je vais demander à tout le monde d'être très discipliné, et, la pause entre les deux groupes, on va faire ça très rapidement. Ce n'est pas qu'on n'a pas des mots à échanger avec Mme la présidente du Conseil du statut de la femme, mais on est serrés dans le temps.

Auditions (suite)

Alors, sans plus tarder, on va procéder à la présentation du conseil, d'une durée d'une dizaine de minutes, mais le président va aller jusqu'à 15 minutes, alors il y a une certaine tolérance, et on va partager le temps après. Alors, sans plus tarder, notre ancienne collègue députée de Vachon de l'époque et maintenant présidente du Conseil du statut de la femme, la parole est à vous.

Conseil du statut de la femme (CSE)

Mme Pelchat (Christiane): Merci, M. le Président. M. le ministre, Mmes les députées, MM. les députés, j'aimerais vous présenter d'abord Mariangela Di Domenico, du service de recherche du Conseil du statut de la femme, qui est spécialiste dans les questions de services à l'avortement, et Francine Lepage, économiste au Conseil du statut de la femme depuis presque aussi

longtemps que le conseil existe. On n'est pas supposé dire ça, mais... Alors, Francine, c'est une économiste spécialiste dans le financement du système de santé.

Alors, vous avez eu notre mémoire, qui est plus grand que les 10 minutes ou 12 minutes imparties pour l'expliquer. Alors, nous mettrons l'accent sur les dérives potentielles et réelles du recours au privé via la création des centres médicaux spécialisés et nous illustrerons notre propos en prenant l'exemple des services d'avortement, qui sont l'objet de la médecine à deux vitesses bien avant le projet de loi n° 33 et le projet de loi n° 34.

Le conseil existe depuis maintenant 36 ans. Le Conseil du statut de la femme est un peu un chien de garde — je pourrais dire, si on était en France, les chiennes de garde — du gouvernement en matière de discrimination systémique et d'égalité des femmes, d'égalité des droits des femmes, ce qui nous distingue du Secrétariat à la condition féminine, qui, lui, est plutôt le bras gouvernemental de la ministre.

On peut dire que notre système de santé et les multiples réformes qui l'ont touché ont occupé une grande partie du temps des chercheuses du CSF. Le conseil rappelle aujourd'hui le profond attachement des Québécoises pour les principes à la base de notre système public de santé, un système universel, financé collectivement et dont l'accès est fonction des besoins et non du statut ou de la capacité financière individuelle.

Bien que nous saluons le projet de loi n° 34 pour le resserrement et les ajustements qu'il amène, nous ne sommes pas convaincues que ce projet de loi sera suffisant pour contrer les errements du privé, que ce soient des CMS avec ou sans médecins participants. Rappelons que la raison première des CMS était définie, dans *Garantir l'accès*, comme visant essentiellement à appuyer le régime public pour assurer le respect de la garantie d'accès qui serait graduellement introduite pour réduire les délais d'attente pour les chirurgies dites électives. Alors que trois actes étaient prévus dans ces lieux privés, dans le projet de loi n° 33, plus tard, par règlement, le ministre nous a annoncé qu'il est passé de trois à une cinquantaine d'actes pouvant être faits dans les cliniques privées, dont certains sont déjà, comme l'avortement, dans le panier des services des actes assurés.

On comprend qu'il était nécessaire de mieux encadrer légalement et médicalement la pratique des cliniques spécialisées et des médecins qui offrent des services médicaux non couverts par le régime public. Cependant, faute de s'appliquer uniquement aux médecins non participants et aux services non assurés, ces nouvelles dispositions ont mis en place des conditions favorables au développement à l'extérieur des établissements publics d'infrastructures privées à but lucratif aptes à dispenser toute une gamme de chirurgies spécialisées déjà assurées. Il ne s'agit plus du simple cabinet de médecin, mais bien d'installations munies de plateaux techniques qui sont autorisées par règlement à faire des interventions

spécialisées, comme la mastectomie, la dilatation, le curetage, l'hystérectomie vaginale simple, la chirurgie bariatrique, etc. Le lien entre ce champ d'action relativement vaste consenti aux CMS et l'objectif initial du livre vert *Garantir l'accès* est de moins en moins évident.

● (11 h 40) ●

Où en sommes-nous depuis l'adoption de la loi n° 33 basé sur le principe de *Garantir l'accès*? Le conseil craint que cette privatisation soit défavorable aux femmes, qui tout au long de leur vie requièrent des soins de santé et qui ont un revenu inférieur à celui des hommes. Il faut savoir que les femmes, à cause de leur système de reproduction, nécessitent des soins plus tôt que les hommes, dans leur vie, dès l'âge de 12, 13 ans, et malheureusement, ou heureusement pour les hommes, elles vivent plus vieilles, donc elles nécessitent des soins de longévité plus grands. Il faut savoir aussi que les femmes, encore aujourd'hui, gagnent seulement 74 % du salaire des hommes. Alors, quand on pense au privé, donc aux frais, que ce soient les frais accessoires, que ce soit une assurance privée, c'est certain que, les femmes étant les plus pauvres de toutes les tranches d'âge de notre population, c'est un élément que le conseil doit prendre en compte.

Combien en coûterait-il aux personnes se faisant soigner dans les CMS avec médecins participants pour des soins déjà assurés? Pour l'instant, le ministère assure qu'aucun frais ne seront prélevés quand ces cliniques à but non lucratif feront l'objet d'une entente. Alors, qu'arrivera-t-il, puisque cela est permis par la loi, lorsqu'un acte sera fait en clinique privée à but lucratif avec médecins participants mais sans qu'il y ait une entente? Les services d'avortement illustrent d'ailleurs pertinemment les errements qui se produisent lorsque le réseau public, pour parer à son incapacité à garantir l'accès, doit s'appuyer historiquement sur les cliniques médicales privées et bien sûr sur les centres de santé des femmes. Les femmes ont dû payer pour des frais accessoires allant jusqu'à 900 \$ par acte pour les services donnés au privé.

Le conseil estime important de rappeler qu'en défrayant les coûts de leurs avortements dans les cliniques privées depuis les années soixante-dix les femmes ont subi une injustice profonde et ont dû affronter un système à deux vitesses bien avant tout le monde au Québec, et ce, sans soulever la protestation des plus fervents défenseurs du réseau public. Pour le conseil, cette situation est le reflet de la discrimination systémique subie par les femmes.

Rappelons toutefois que le conseil a toujours demandé que les avortements pratiqués hors établissement soient mieux encadrés. Toutefois, la décision d'interrompre une grossesse appartient à la femme et relève de ses droits fondamentaux. Une fois la décision prise, l'acte médical ne peut être caractérisé du traitement spécialisé, c'est-à-dire un acte de deuxième ligne dont le moment de prestation peut être reporté ou soumis à un délai d'opportunité. L'avortement est un acte dont la prestation devient urgente, tant du point de vue des raisons strictement médicales autant que pour des motifs impérieux d'équilibre psychosocial évidents de la patiente.

Dans ses différents avis et études portant sur l'interruption de grossesse, le conseil a fait ressortir à maintes reprises que l'implantation de la prestation et le développement des services d'avortement se sont faits de façon aléatoire: inégalité et disparité régionale des

ressources du réseau public, voire même l'absence de service public pour l'Outaouais, ce qui est toujours le cas. Vous savez toutes et tous que, dans l'Outaouais, aucun des CLSC, aucun des hôpitaux n'offre des services d'avortement; c'est le Centre de santé des femmes de l'Outaouais, que je salue pour le courage et le travail extraordinaire qu'ils accomplissent. Ce sont des femmes bénévoles, pour la plupart, sur le conseil d'administration, qui font ce travail.

Bref, les services d'avortement n'ont pas toujours été assortis d'une accessibilité gratuite et universelle pour les Québécoises, pas plus qu'elles n'ont eu ces services dispensés dans les mêmes types d'installations et aux mêmes conditions. La gratuité des avortements, au Québec, dans toutes les installations, n'existe que depuis le 14 janvier 2008. Avant la décision de la Cour supérieure du Québec, les cliniques privées réclamaient jusqu'à 350 \$ pour les avortements de premier trimestre. La Cour supérieure a mis un terme à ces pratiques en disant que l'État devait fournir ces services de première ligne, et que le privé le faisait en lieu et place du public, et que les échographies et autres procédures sont nécessaires à l'interruption de grossesse comme telle.

Le ministère de la Santé a réglé la question en accordant des quotas d'actes aux cliniques privées et à certains centres de femmes pour que les femmes n'aient pas à payer les frais accessoires à cause d'un système, je le répète, qui n'est pas en mesure de donner un service assuré. Cela a eu un effet pernicieux, c'est-à-dire une augmentation de l'attente pour les femmes, puisque les cliniques privées et les centres de santé des femmes ne suffisent pas à la demande.

La question qui se pose maintenant, c'est: Est-ce que les quotas accordés aux cliniques privées, aux centres de santé des femmes seront transférés lorsque le projet de loi n° 34 et le règlement seront en vigueur? Autrement dit, est-ce que les femmes auront un accès gratuit à l'avortement dans les nouveaux régimes des CMS avec médecins participants, avec médecins non participants, avec entente ou sans entente? La question se pose autant à cause de l'impossibilité pour les centres de santé des femmes de se transformer en CMS...

Je sais que le ministre a fait une ouverture et a expliqué que probablement... Je ne veux pas m'avancer, mais on a compris que les centres de santé des femmes probablement seraient exclus de l'application de la loi, et nous saluons cette décision puisque nous avons eu le plaisir d'échanger avec le ministre là-dessus. Et nous saluons votre ouverture d'esprit quant aux centres de santé des femmes. Mais, pour les cliniques avec médecins participants qui ne pratiquent pas à l'hôpital, comme c'est le cas dans les quatre cliniques privées actuelles qui font le travail à la place du public, il y a un problème parce que, ne pratiquant pas ou n'étant pas nommés par un hôpital, ils ne peuvent se conformer à la loi et donc être transformés en CMS. Et là, M. le ministre, on a une recommandation pour que vous puissiez regarder cette problématique de plus près.

Aussi, on peut croire que la gratuité imposée par la Cour supérieure est remise en question par la modification de l'article 22 de la Loi de l'assurance maladie, qui à première vue contredit la décision de la Cour supérieure. Vous vous souvenez, M. le ministre précédent avait modifié la loi n° 33 juste en fin de session, au mois

de décembre, pour modifier l'article 22, qui disait: Ce qui n'était pas assuré avant ne l'est plus après, etc. Et, pour nous, avec tout le respect que nous avons pour le législateur, c'est quand même une contradiction et un affront au jugement de la Cour supérieure.

Le conseil observe aujourd'hui que le développement des services d'avortement hors des établissements publics risque encore une fois d'être disparate. Toutefois, pour respecter le droit à l'égalité des femmes et leur droit fondamental, on ne peut revenir à la situation d'avant le jugement de la Cour supérieure, situation de médecine à deux vitesses où les femmes payaient en clinique privée ce qui est gratuit à l'hôpital ou au CLSC.

Attention, même si les femmes n'ont rien à payer — et c'est ce qu'on demande au gouvernement — quel que soit l'endroit autorisé pour donner des services d'IVG, que penser d'une situation comme celle de l'Outaouais, où les six centres hospitaliers et les cinq CLSC refusent de fournir des services d'avortement aux femmes de cette région? Les services d'avortement sont donc fournis à 100 % par un organisme communautaire administré par des bénévoles, financé à même des sommes destinées aux organismes communautaires, avec un médecin en provenance de Montréal, qui fait le déplacement toutes les deux semaines. Pour nous, voilà encore un exemple de discrimination systémique faite aux femmes. Si le centre de santé communautaire de l'Outaouais cesse de donner des services d'avortement, qui va le faire en ce moment? C'est la réalité aujourd'hui. Les femmes auront le choix d'aller de l'autre côté de la rivière, comme quand on était étudiantes, on allait de l'autre côté de la rivière, à l'Hôpital général d'Ottawa, où on faisait les avortements.

Les projets de loi n° 33 et n° 34 ainsi que le règlement ont mis en lumière le danger d'avoir une seule ressource mais aussi le danger du désengagement de l'État dans des services de première ligne pour les confier au privé, même à but non lucratif. Jusqu'à tout récemment, donc, les centres communautaires de santé des femmes étaient menacés de disparition, vu l'impossibilité juridique et philosophique de transformer ces OSBL communautaires en entreprises privées à la recherche du profit.

En conclusion, pour le conseil il est urgent que l'État enlève tous les obstacles qui nuiraient à l'accessibilité à l'avortement en vertu des droits fondamentaux d'égalité et d'intégrité conférés par les chartes canadienne et québécoise et, j'ajouterais, par le jugement Morgentaler de 1988. Aussi, dans un Québec moderne, il est très préoccupant qu'un tel service soit, premièrement, assujéti non seulement à des ententes négociées de gré à gré, mais, de surcroît, à très court terme entre les cliniques médicales, les centres de santé de femmes et leurs agences de la santé respectivement, et, deuxièmement, qu'un tel service soit financé à même des programmes de soutien aux organismes communautaires.

Le conseil est inquiet de l'instabilité qui caractérise les services d'avortement, qui sont incontournables pour l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes. De plus, cela crée un climat d'incertitude et d'insécurité qui marginalise l'acte médical qu'est l'avortement et qui, par le fait même, en restreint l'accessibilité et, j'ajouterais, qui le stigmatise.

Notre mémoire a permis de mettre de l'avant les valeurs et les principes qui prévalent dans un système de

santé public, particulièrement pour la santé reproductive des femmes. Il ressort que le conseil est confiant qu'en bout de piste ce seront eux qui nous guideront dans la recherche des solutions permanentes, équitables pour les femmes. Et j'ajouterais que, suite à notre rencontre avec le ministre il y a peut-être deux ou trois semaines, effectivement nous avons bon espoir. Et votre ouverture pour exclure les centres de santé des femmes de l'application... ou en fait de la transformation en CMS nous donne aussi beaucoup d'espoir, M. le ministre. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme la présidente. On va passer à la période d'échange. Il nous reste 42 minutes, alors 21 minutes à ma droite et 21 minutes, divisées à 14, trois et demie, trois et demie, à ma gauche. Alors, M. le ministre, la parole est à vous.

● (11 h 50) ●

M. Bolduc: On va commencer par parler des interruptions de grossesse, je pense que c'était le dossier le plus important. Comme de fait, je vous confirme qu'on va trouver une voie de passage autre pour s'assurer que l'accessibilité soit là. Et, je vous réitère, j'ai les mêmes valeurs que vous autres, c'est-à-dire: c'est un choix de la femme, le service doit être disponible dans toutes les régions, accessible, gratuit. Puis ça, c'est un engagement, O.K.? Ça fait que, pour moi, là, c'est... Bon.

Dans les moyens de le faire, c'est sûr qu'il faut être pragmatique aussi. Puis on va prendre l'exemple de l'Outaouais. Moi, je vais être le premier content si des CLSC commencent à offrir le service, ou l'hôpital. Puis il faut parler avec les professionnels. On ne peut pas obliger non plus des gens à faire des interruptions de grossesse. On parle des professionnels. Il y a encore un choix de ce côté-là. Mais, pour moi, ce qui est important, c'est que ce soit disponible. Et puis, si jamais on avait un problème, on regardera qu'est-ce qu'il est possible de faire, mais, de façon pragmatique, que le Centre de santé des femmes réponde aux besoins puis qu'on s'entende que ce soit bien.

Méthode de financement, ça, c'est toujours le même argent, hein, c'est le ministère d'un côté ou de l'autre. On pourra regarder s'il y a des voies de passage, mais, pour moi, c'est un acquis, ça. D'ailleurs, c'était une des choses qu'on m'a dites qui était problématique, c'est que, s'il avait fallu que les interruptions de grossesse soient soumises à des règles de CMS, qu'il y aurait eu des problèmes au niveau des médecins, au niveau des propriétaires. Bon. Puis ça fait que, pour moi, c'est... Puis vous allez peut-être être la seule exception, pour vous montrer l'ouverture qu'on a là-dessus. Puis, si jamais vous voyez autre chose que vous trouvez discriminatoire, vous me le dites, et je vais être très heureux de le regarder.

Mme Pelchat (Christiane): M. le ministre, on a déjà dit que le ministre du Travail était profémiste, on va être obligées de dire ça de vous, là, si continuez.

M. Bolduc: ...

Mme Pelchat (Christiane): On a neuf recommandations, on va vous suivre de près.

M. Bolduc: Écoutez, je suis très profémiste, là, plus encore que le ministre du Travail.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bolduc: Oui, oui. Ça, en passant, dans mes valeurs, pour moi, l'égalité, c'est égal, c'est égal à un tel point... Puis je vais vous le dire. M. Charest, quand il... Vous savez qu'on a un Conseil des ministres paritaire. Un Conseil des ministres paritaire, il nous a dit que c'était pour s'assurer qu'il y aurait toujours autant d'hommes que de femmes. On est rendus là dans notre société.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bolduc: L'autre élément par rapport à la... Je pense que... Là-dessus, est-ce que vous êtes d'accord? Je ne sais pas si vous aviez d'autres questions par rapport à ça ou des discussions par rapport aux interruptions de grossesse. Je pense qu'on est sur la même longueur d'onde.

Mme Pelchat (Christiane): Bien, la seule chose que j'aimerais peut-être ajouter, M. le ministre, c'est que ce qu'on a voulu faire, au conseil, et Mariangela travaille sur le dossier depuis plusieurs années... Et je relisais notre avis de 1992. On aurait pu le copier-coller et le mettre parce que ça fait longtemps que, le conseil, on demande ces choses-là. Bon, on n'est pas toujours écoutées. Le gouvernement dispose de nos avis, tant mieux. Mais ce qui est inquiétant pour nous, c'est qu'on voulait mettre en lumière comment le recours au privé pour faire l'avortement a eu des errements. Alors, on voudrait que cet exemple-là soit utilisé pour éviter les autres erreurs qui pourraient arriver dans d'autres secteurs. C'est essentiellement ça.

Sur l'Outaouais, là où j'aimerais... effectivement, on nous dit que c'est un problème de disponibilité de ressources mais aussi de volonté des ressources, des médecins sur place, de donner les services d'avortement. Mais il reste qu'indépendamment de la volonté des médecins il y a l'agence de la santé et il y a une responsabilité légale de l'agence de la santé, des hôpitaux et des CLSC de fournir les services. Et, que ce soient des décisions ou bien du conseil d'administration des hôpitaux ou des services, c'est inacceptable. Et je travaille en ce moment avec Me Prémont, que vous connaissez, Marie-Claude Prémont, et j'aurais presque envie de vous dire qu'on est en train de travailler sur un avis juridique qui nous dirait que c'est illégal, de la part des institutions, de ne pas offrir les services, et surtout, et surtout parce que c'est une obligation de la Loi sur la santé et ce sont des services dans le panier assuré. Alors ça, M. le ministre, pour moi...

Et ce que je trouve odieux, c'est qu'on dise: Bien, oui, mais de toute façon le Centre de santé des femmes est là. Je le reconnais, le Centre de santé des femmes de l'Outaouais fait un travail extraordinaire, puis je pense que la majorité des femmes aiment peut-être mieux être soignées ou vues en centre de santé des femmes — bien, en tout cas, je parle pour moi — mais c'est certain parce que c'est toute une autre, comme je vous ai déjà plaidé, une autre organisation. Sauf que, de le faire avec de l'argent du communautaire alors que les CLSC ont des enveloppes pour faire des avortements, alors que les hôpitaux l'ont, je trouve ça, M. le ministre, je vous l'ai déjà dit, odieux, et ça me scandalise. C'est sûr que, moi, j'ai le sens de l'outrage un peu plus aiguë que d'autres, certainement, mais quand même, pour moi,

c'est inacceptable. Et, comme ancienne députée, là, je m'adresse à vous, là, c'est notre rôle... c'est le rôle des élus de s'assurer que ce qu'on dit en haut, ça s'en aille jusqu'en bas.

M. Bolduc: Deux niveaux. C'est l'agence qui de toute façon gère les budgets régionaux, tant au niveau des organismes communautaires, à ce niveau-là, qu'au niveau des établissements de santé, et ça peut être à l'intérieur de leur propre masse monétaire, ils sont capables de répartir et de faire des ajustements. Et puis ce serait encore plus difficile si, au lieu que ce soit l'agence qui donne l'argent à l'organisme communautaire, que ce soit le CLSC qui soit obligé de donner, puis il le reprendrait. Si vous voulez mon avis, là, à la fin, le plus important pour moi, c'est que le service se donne. Dans les méthodes de financement, en autant qu'ils aient l'argent, acceptons-le, puis on ne pénalise pas d'autres organismes communautaires, c'est un réajustement régional.

Mme Pelchat (Christiane): Merci.

M. Bolduc: L'autre élément, par rapport à Me Primeau, vous savez, là-dedans, juste un aparté, quand les gens commencent à regarder les différents droits, ça peut être le droit du professionnel de ne pas faire ce que lui juge qu'il ne peut pas faire. On peut s'embarquer longtemps, et chacun va aller chercher ses avis. Et, moi, je suis d'accord pour qu'on respecte... mais le fin fond, c'est qu'on veut que ce soit accessible. Puis on va travailler fort ensemble pour le rendre accessible dans nos établissements de santé en même temps de maintenir le service au niveau du centre de santé. Pour moi, c'est un acquis.

Mme Pelchat (Christiane): On est sur la même longueur d'onde.

M. Bolduc: O.K. L'autre élément, c'est par rapport aux CMS, parce que... Puis, hier, les gens... Puis c'est sûr que les gens ont des inquiétudes, parce qu'on dit: Si ça, ça arrive, peut-être qu'on pourra en arriver à ça. Juste vous répéter c'est quoi, le sens du CMS. Les CMS, on s'est rendu compte qu'il y avait un gros problème suite au décès de Mme Charest. C'étaient des cliniques médicales où on s'est rendu compte que, où il y avait des chirurgies dans les cliniques privées, il n'y avait aucune réglementation, et on avait un problème de sécurité et de qualité. Donc, suite à ça, il y a eu des modifications législatives qui faisaient que... Je pense que c'est ça, le plus important, c'est que la qualité et la sécurité dans les cliniques, c'est le premier niveau.

L'autre élément, qu'on a combiné en même temps mais qui n'est pas interrelié, qui est différent, on a eu un jugement, qui est le jugement Chaoulli par rapport à l'accessibilité dans un type de chirurgie, et le gouvernement a dû se conformer à un jugement de la Cour suprême nous demandant d'offrir... nous demandant de faire quelque chose. Le choix qui a été fait, ça a été la garantie d'accès pour trois types de chirurgie: la prothèse du genou, prothèse de la hanche et la cataracte. Il n'y a seulement que trois chirurgies. Pourquoi je vous dis ça? C'est que les 55 chirurgies qui vont être faites en clinique privée, ce sont déjà des chirurgies qui se font

actuellement, O.K.? Ça fait qu'on n'a rien inventé de nouveau, on n'a pas élargi au privé. Ce qu'on fait, c'est qu'on leur met plus de règlements et plus de contraintes pour s'assurer que ce soit fait dans un contexte sécuritaire et de qualité.

L'autre élément, avec 34, c'est que, dans l'autre projet de loi, ce qu'il y avait, c'est qu'il y avait une ouverture peut-être à en ajouter selon certaines conditions, tandis que, là, ce qu'on dit, c'est que les chirurgies vont être nommées, ce qui a été fait. Autrement dit, ce qu'on a fait, c'est qu'on a restreint les chirurgies en disant: Juste celles vraiment qui se font vont être dans la loi, et, s'il y en a des nouvelles, il va falloir une autorisation. Et l'autorisation, de la façon dont on le prévoit, ce serait par un décret au niveau du Conseil des ministres. C'est juste pour vous dire, il n'y a pas eu d'ouverture, mais...

Mme Pelchat (Christiane): ...tout à fait... M. le ministre, je ne suis pas tout à fait d'accord avec vous.

M. Bolduc: Mais, juste pour finir, là, les gens font une extension de pensée, que j'appelle, là. Je vais vous dire, il y a deux phénomènes là-dedans. Puis là, vous allez voir, c'est les mêmes gens. Les mêmes gens nous disent: On veut avoir une garantie d'accès, puis en même temps ils disent, puis on se l'est fait dire hier: On est hésitants à ce que vous donniez une garantie d'accès pour les 55 parce qu'on pense que vous allez pouvoir... vous allez devoir les envoyer vers le privé. Moi, je vais vous dire ce que je pense. Moi, je veux les faire dans le public, avec des ressources de public, O.K., puis je pense qu'on est capables de le faire, et on a les chiffres pour dire qu'on est capables de le faire.

Ce que la loi prévoit dans le cas des trois chirurgies: si je ne suis pas capable de l'offrir dans un établissement, je me dois de l'offrir à l'intérieur du même établissement puis peut-être avec d'autres médecins. Si on n'est pas capables de le faire au niveau du même établissement, on va l'offrir au niveau de la région. Si on n'est pas capables de l'offrir au niveau de la région, on regardera au niveau provincial, au niveau du public, comment on peut le faire. Advenant le cas que le système public n'est pas capable de suffire à la tâche, quelle que soit la raison, ce qui est prévu, à ce moment-là, on pourra aller dans le privé pour le volume qui est nécessaire pour répondre à la garantie d'accès. C'est ça que ça prévoit. Bon, une fois qu'on a dit ça, on travaille très, très fort pour ne pas se rendre jusque-là.

Ce qui est aussi différent, il faut se le dire, d'un projet comme les gens nous ramènent souvent, le projet Rockland, où c'est une entente particulière, ça n'a pas rapport avec les CMS, c'est une entente particulière entre un établissement de santé et une clinique pour avoir du volume du public qui va se faire dans une clinique privée, et c'est gratuit pour les patients. C'est gratuit, les patients ne paient pas un sou, ils ont le même service, sauf que c'est un mode de prestation qui est différent. Tout ça pour vous dire que c'est important de se démêler. Puis l'objectif... Des cliniques privées, il y en a toujours eu puis il va y en avoir encore parce qu'il y a des chirurgies qui sont non assurées...

Une voix: Voilà.

● (12 heures) ●

M. Bolduc: ...et qui doivent être faites dans le privé. Moi, je ne voudrais pas faire de la chirurgie esthétique — que je respecte puis je suis d'accord que les gens l'ait — dans les établissements publics. Le lendemain, dans les journaux, on serait «front page» en disant: On utilise les ressources publiques pour du privé. Donc, ça nous prend un cadre privé sécuritaire dans lequel on va collaborer pour s'assurer que ça reste comme ça. Donc, c'est dans cette perspective-là. Bon.

Mme Pelchat (Christiane): Je suis tout à fait d'accord avec vous, M. le ministre. Je l'ai dit et, le conseil, on le dit depuis toujours, ça prend un encadrement pour les actes qui se font dans le privé déjà, hein? On sait qu'il y a 30 % des actes, au Québec, qui sont faits dans le privé. On est tout à fait d'accord avec vous. On est d'accord aussi avec le fait que l'avortement doit être encadré, même si on estime, et on vous l'a déjà dit et je le redis aujourd'hui, que ce n'est pas un acte spécialisé, c'est un acte de première ligne, comme la politique ministérielle l'avait toujours dit. Nous sommes d'accord avec ça.

Là où nous avons du mal et on voit une extension au privé, c'est, comme je le disais tout à l'heure, lorsque vous permettez aux médecins participants... aux actes assurés d'être faits dans le privé. Et c'est là que, nous, on a l'impression... Mais, vous, vous avez dit que votre priorité, et je suis très heureuse et, au conseil, on est très heureuses d'entendre ça, vous avez dit que votre priorité, c'est que ce soit fait dans le public. Parce que, le conseil, nous nous sommes prononcées contre le privé en santé parce que nous croyons que ce sera une autre discrimination faite aux femmes. Donc, vous entendre, ça nous rassure.

Sauf que, ni dans la loi n° 33 ni dans la loi n° 34 — je sais qu'au ministère on nous a dit: Oui, mais c'est dans la loi sur la santé — on ne précise que c'est toujours, comme vous venez de le dire aussi clairement, que c'est en fonction de garantir l'accès qu'on va agir. On va d'abord aller dans le public, et après c'est... Pour nous, ça, comme disent les anglophones, c'est de la musique à nos oreilles. Mais on ne le sent pas, ni dans le projet de loi n° 34 ni dans le règlement, surtout pas dans le règlement — mais là vous allez le modifier — dans le règlement et dans la loi n° 33, et c'est ça qui nous inquiète, c'est cette possibilité-là. Et je vous dirais, M. le ministre, que le conseil, jusqu'à... En tout cas, je m'avance, on n'avait pas dit ça dans notre mémoire dans... *Garantir l'accès*, mais nous sommes toujours en faveur de l'utilisation de la clause dérogatoire pour se soustraire aux conséquences du jugement Chaoulli. Et ça, ça fait partie de nos choix de société, hein? L'article 9.1 de la charte nous permet de le faire, parce que ce sont des choix de société, des valeurs collectives, et je pense que le système de santé public au Québec mérite de l'élever à une valeur collective.

M. Bolduc: Mais on peut atteindre le même résultat différemment, garantir l'accès. Puis ce que vous dites, là, puis je le comprends, c'est parce que les gens, ils voudraient vraiment... On fait comme une anxiété. Moi, j'appelle ça l'anxiété et l'appréhension de... On regarde qu'est-ce qui serait possible, puis ils disent: Oui, il faudrait fermer cette porte-là. Mais il va y avoir des

cliniques privées, puis ça nous en prend au Québec, des cliniques privées, parce qu'il y a des services qui sont non assurés qui peuvent être faits là.

L'autre chose. Puis on parlait tantôt du choix de la femme d'avoir une interruption de grossesse.

Mme Pelchat (Christiane): C'est un service assuré, l'avortement, M. le ministre.

M. Bolduc: C'est ça. Mais il y a un choix aussi qu'on doit laisser aux Québécois. Si, dans le public, je suis capable d'offrir un service, exemple la cataracte, à l'intérieur, mettons, d'un délai, là, que ça irait bien, c'est un mois, et puis que, moi, je le paie, c'est fait dans le public avec service de qualité, habituellement les gens n'iront pas dans le privé. Mais, s'il y a une personne qui, elle, elle dit: Moi, j'aimerais ça me le faire faire par telle personne dans une clinique privée et je suis prêt à payer de ma poche, il faut lui laisser le choix, à cette personne-là.

Mme Pelchat (Christiane): M. le ministre, là, c'est une question de principe. Il ne faut absolument pas... Ça, ce que vous dites là, vous me permettez de... M. le Président, vous me connaissez assez, vous me faites fermer quand vous voulez, habituellement. Alors, M. le ministre, c'est une question... Vous plaidez le jugement Chaoulli, là, la décision. L'arrêt Chaoulli. Chaoulli, ce qu'il dit, c'est que les gens doivent avoir le choix. Nous, ce qu'on vous dit, c'est que, non, ce n'est pas une question de choix, c'est une question... L'État fait le choix d'avoir un système public de santé. On ne peut pas se permettre, particulièrement dans le cas de la pénurie du personnel, de diverger du personnel vers le privé et d'avoir une médecine à deux vitesses, c'est-à-dire la personne qui aura le choix va payer puis elle va passer plus vite. À ce moment-là, vous êtes sûr que 90 % des gens qui vont passer plus vite, c'est des hommes, ce ne sont pas des femmes parce que les femmes... Et là je vais aller vous plaider en Cour suprême une discrimination systémique faite aux femmes.

M. Bolduc: Mais c'est intéressant, la discussion qu'on a là. Si on a une clinique non-participants, l'ophtalmologiste dans une clinique non-participants, et puis quelqu'un dit: Moi, je veux faire affaire avec cette clinique-là, pourquoi est-ce qu'on... Puis là ça n'a rien à faire avec Chaoulli. Chaoulli, là, je vous le dis, je garantis l'accès. Si je ne garantissais pas l'accès, je vous dirais, je serais dans le trouble. Mais je garantis l'accès. Ça devient un choix de la personne.

Mme Pelchat (Christiane): Ce n'est pas... On ne peut pas avoir de choix individuel dans des questions collectives parce que, là, vous allez divertir des ressources privées...

M. Bolduc: On a trouvé un différend. On a trouvé un différend.

Mme Pelchat (Christiane): Oh oui! Vous allez divertir des ressources publiques d'argent public. Comment vous allez le financer? Alors, c'est la médecine à deux vitesses. Les riches vont avoir accès plus rapidement.

M. Bolduc: C'est juste pour vous dire qu'actuellement ça voudrait dire de tout fermer tout le système à ce type de chirurgie là à l'extérieur, et, je vous le dis tout de suite, ce n'est pas ça qui est prévu.

Mme Pelchat (Christiane): Mais, moi, M. le ministre, moi, je suis une vieille... je suis une vieille...

M. Bolduc: Vous allez devoir aller plaider en Cour suprême parce que...

Mme Pelchat (Christiane): Mais je suis une vieille...

M. Bolduc: Juste pour terminer, parce que...

Mme Pelchat (Christiane): Mais je suis une vieille...

M. Bolduc: Juste pour vous dire, puis c'est important de le clarifier par souci de transparence pour la population: Actuellement, ce qu'il va y avoir, si vous êtes un CMS, si vous êtes non participant et vous êtes un ou une ophtalmologiste qui est non participante, même si je garantis à l'intérieur d'un mois... En passant, la cataracte, la plupart des gens sont...

Mme Pelchat (Christiane): On parle toujours des médecins participants, M. le ministre, nous, on ne parle pas...

M. Bolduc: Non, moi, je te parle des médecins non participants. On parle des médecins non participants.

Mme Pelchat (Christiane): Non, mais c'est parce que, nous, ce qui nous inquiète, c'est les médecins participants.

M. Bolduc: Non, moi, je te parle des médecins non participants, O.K.?

Mme Pelchat (Christiane): Alors, moi, ça...

M. Bolduc: D'ailleurs, depuis le début — on vérifiera, là, à l'audition, là — c'est vraiment des médecins non participants. Tu ne fais pas partie du régime public, tu es complètement sorti, donc tu charges directement au patient un service, le patient a le choix, à ce moment-là, d'aller dans ce système-là. Puis, en passant, c'est parce que, juste pour dire, moi, je suis contre la mixité. Peut-être que c'était ça, votre inquiétude, là.

Mme Pelchat (Christiane): ...l'étanchéité, pour nous, c'est fondamental.

M. Bolduc: L'étanchéité... La mixité... Moi, je suis pour l'étanchéité et je ne suis pas pour la mixité, O.K.? On est corrects?

Mme Pelchat (Christiane): Ça, c'est un autre point sur lequel on s'entend.

M. Bolduc: On parle du médecin... Je pense qu'on s'entend sur l'autre aussi. Je pense que vous n'irez

pas jusqu'en Cour suprême parce que le système va prévoir, le système, il prévoit que, quelqu'un qui est non participant — puis l'exemple, c'est l'ophtalmologiste — qui ne travaille pas du tout avec le système public, qui est sorti du système, quelqu'un qui décide d'aller se faire opérer là, qui paie de sa poche, là, 2 000 \$ pour la cataracte, ça devient... ça reste son choix personnel. C'est comme ça actuellement. Mais c'est juste pour vous dire que la loi est comme ça actuellement, là.

Mme Pelchat (Christiane): Nous ne sommes pas dans une société de choix individuels, M. le ministre, pour les soins de santé parce que les ressources sont rares, autant les ressources financières que les ressources humaines. Qu'est-ce que vous allez faire quand tous les ophtalmologistes... disons les ophtalmos, pour l'appât du gain vont s'en aller dans le privé? Qu'est-ce que vous allez faire? Les ophtalmos vont vouloir s'en aller dans le privé. Les infirmières qui vont aller travailler avec eux...

M. Bolduc: J'ai une réponse à ça. Le ministre peut, lorsque le système pourrait être... il pourrait y avoir une diminution de la garantie, le ministre peut tout simplement interdire le côté de la non-participation.

Mme Pelchat (Christiane): En vertu de quoi? En vertu de quoi, M. le ministre?

M. Bolduc: On a un article de la loi, là. Je ne le sais pas, là, mais on me l'a montré...

Mme Pelchat (Christiane): Bien, je vais vous le dire, je vais vous le dire, c'est quoi.

M. Bolduc: ...on me l'a montré hier, le ministre peut intervenir à ce moment-là.

Mme Pelchat (Christiane): Oui. C'est en vertu de l'intérêt public. Et l'intérêt public, c'est en vertu de quoi? C'est l'article 9.1 de la charte. Alors, rendez-vous pas jusque-là. Permettez-le pas, point! Vous n'aurez même pas besoin d'invoquer l'article 9.1, à ce moment-là.

M. Bolduc: Non, non, l'article est déjà prévu dans la loi sur la santé et services sociaux. Mais c'est juste pour vous dire, ce qu'on dit là, ce que je vous ai décrit comme situation, ça va être ça, là...

Mme Pelchat (Christiane): Bien, moi, je vais vous dire, M. le ministre...

M. Bolduc: C'est d'ailleurs comme ça actuellement.

Mme Pelchat (Christiane): Non, ce n'est pas tout à fait comme ça actuellement...

M. Bolduc: Oui.

Mme Pelchat (Christiane): ...parce que le règlement ne le permet pas, la loi ne le permet pas à l'heure actuelle.

M. Bolduc: Oui.

Mme Pelchat (Christiane): Bien non, parce que...

Une voix: ...

Mme Pelchat (Christiane): En tout cas... Oui, parce que, moi, ce n'est pas...

M. Bolduc: Non, non, juste pour...

Le Président (M. Kelley): Ça commence à... En tout cas, Mme Lepage voulait intervenir aussi. Je ne sais pas, on va laisser le ministre regarder dans la loi. Mais, Mme Lepage, un complément de réponse? Il vous reste trois minutes dans ce bloc.

Mme Lepage (Francine): Oui. M. le ministre, est-ce que vous offrez la garantie que tous les actes assurés qui sont faits à l'extérieur du système public dans des CMS avec médecins participants vont faire l'objet d'une entente, l'entente garantissant qu'à ce moment-là le patient a les mêmes recours et ne paie pas plus de frais que si l'intervention avait eu lieu à l'hôpital?

Mme Pelchat (Christiane): C'est ça. C'est ça, notre crainte.

Mme Lepage (Francine): Par exemple, est-ce que les cliniques comme Rockland ou Opmedic vont faire seulement les actes prévus par entente? J'imagine que non. Alors, la loi, à l'heure actuelle, et le règlement ne garantissent pas qu'ils n'auront pas des frais accessoires à défrayer.

M. Bolduc: Écoutez, il faudrait le disséquer parce qu'il y a plusieurs types de cas, O.K.? Il y a des cas que c'est assuré en établissement et non assuré à l'extérieur de l'établissement. S'il y a une entente entre l'établissement et une clinique — le cas de Rockland, là — il n'y a aucun frais au patient, aucun, aucun frais au patient, puis il n'y a pas de frais accessoires non plus. Mais, si la personne...

Mme Pelchat (Christiane): Dans une entente. Hors entente?

Mme Lepage (Francine): Par exemple, les tunnels carpiens, par exemple. Est-ce que c'est normal qu'une patiente ait à payer 400 \$ pour une chirurgie à un tunnel carpien dans une clinique...

Mme Pelchat (Christiane): Alors, qu'il se la fasse facturer.

Mme Lepage (Francine): ...spécialisée avec un médecin participant?

M. Bolduc: Mais, à ma connaissance, puis là, je vous le dis tout de suite, c'est très complexe, là, mais, à ma connaissance, on ne paiera pas le tunnel carpien dans la clinique privée.

Mme Lepage (Francine): À l'heure actuelle, ça se fait.

Mme Pelchat (Christiane): Mais, à l'heure actuelle, ça se fait, indépendamment de la garantie d'accès.

M. Bolduc: Non. Non, dans une clinique privée, le tunnel carpien ne sera pas payé, donc la personne, à ce moment-là, doit l'assumer.

Mme Pelchat (Christiane): Oui, mais c'est ça, mais ce qu'on vous dit, M. le ministre, c'est: Pourquoi... Alors, la personne, parce qu'elle n'a pas accès à l'hôpital... Moi, là, qui n'ai pas les revenus de, mettons... — je ne dirai pas n'importe qui, mon Dieu! — mais n'ai pas les revenus de...

M. Khadir: Du médecin.

Mme Pelchat (Christiane): Du médecin. Ah! oui, c'est ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Pelchat (Christiane): Vous savez de quoi vous parlez, M. Khadir, hein, vous savez de quoi vous parlez.

M. Bolduc: Mais pas du député.

M. Khadir: Les ministres...

Mme Pelchat (Christiane): Oui, certainement pas les revenus de député parce que les revenus de député... C'est dans le public qu'ils vont se faire soigner, je peux vous dire ça, parce qu'ils ne sont pas assez riches pour aller dans le privé. Excusez, mais je sais de quoi je parle.

Alors, si la personne n'a pas assez d'argent pour aller dans le privé, elle va attendre six, sept mois avant de se faire opérer dans le tunnel carpien. Donc, parce que, là, dans le privé, on peut l'avoir à 400 \$... Alors, c'est ça, la médecine à deux vitesses, M. le ministre. Et c'est là qu'il y a une discrimination systémique auprès des femmes parce que c'est certain, comme la Loi de l'équité salariale, sur laquelle vous venez de voter, félicitations... C'est la même chose, c'est une discrimination systémique parce que le système fait en sorte que systématiquement on va éliminer les femmes du tunnel carpien à 400 \$ parce que les femmes ne peuvent pas le payer. Alors, vous faites un régime — et excusez-moi l'expression, mais on le dit souvent — d'un homme blanc, catholique, de souche qui a une épouse à la maison. C'est la même chose. Vous faites ça, là, pour les gars qui a de l'argent, qui, lui, est pressé pour aller payer. Les femmes n'ont pas d'argent.

● (12 h 10) ●

M. Khadir: Il y a des hommes...

Mme Pelchat (Christiane): Oui, c'est ça, comme vous, M. Khadir, je sais. Non, non, vous avez raison parce que...

Le Président (M. Kelley): On va mettre fin à cet échange. Merci beaucoup. Et la parole est maintenant au député de Marie-Victorin pour un bloc de 17 minutes.

M. Drainville: Merci, M. le Président. D'abord, je dois dire, Mme Pelchat, je dois dire que nous partageons largement les inquiétudes que vous soulevez sur, par exemple, une trop grande ouverture au privé, que ce

soit également l'accès à un avortement libre et gratuit, que ce soit également sur les possibilités que le développement d'un réseau privé de santé parallèle à notre réseau public de santé draine des ressources dont on manque cruellement déjà dans nos hôpitaux, dans nos CLSC, dans nos CHSLD.

J'aimerais ça qu'on reparle un peu des frais afférents, là. On vient d'en discuter un peu. Vous, ce que vous craignez, si je comprends bien, ce que vous craignez, c'est qu'éventuellement des frais qui ne sont pas payés actuellement puissent être facturés au patient quand des actes chirurgicaux vont être transférés vers le privé, que ce soit avec ou sans médecins participants. Ce que je comprends, pour vous, c'est que...

Mme Pelchat (Christiane): C'est avec médecins participants. Notre crainte à nous, c'est qu'il y a des médecins participants qui, en ce moment, par exemple, font des actes dans leur clinique dite privée parce qu'elle n'appartient pas... ce n'est pas un CLSC mais qui ne chargent rien d'autre que la carte d'assurance maladie pour faire un tunnel carpien ou... Mais, avec l'ouverture que l'on fait, on permet à des cliniques privées avec médecins participants de faire ça. Mais qui va payer les équipements, qui va payer pour les anesthésies, puis tout ça, puisque l'article 22 nous dit... l'article 22 de la loi dit que ce qui est avant l'acte et ce qui est après l'acte n'est pas payé? Et on l'a vu dans le jugement de la Cour supérieure. Et je le lis ici: «Pour l'application [de la présente...] du présent article — je vieillis, ma foi du bon Dieu! excusez-moi — ou de toute autre disposition de la présente loi, un service non assuré ou un service non considéré comme assuré est réputé demeurer un service non assuré ou un service non considéré comme assuré — c'est du jargon martien, pour moi, là — même s'il est requis avant la dispensation d'un service assuré...»

Donc, et là je vous donne l'exemple de l'avortement, que la Cour supérieure a dit... D'abord, c'est un acte assuré par un médecin participant qui se faisait dans des cliniques privées à Montréal. La clinique... mais le médecin participant. Un acte assuré. Le ministère de la Santé a dit: On ne paie pas pour l'échographie parce que ce n'est pas fait dans le système de santé public. La Cour supérieure a dit: Vous ne pouvez pas faire ça parce que, un, c'est des actes assurés qui ne sont pas accessibles dans le public; parce que le public, comme dans l'Outaouais, ne veut pas donner le service ou bien n'a pas la capacité de le donner; et, trois, donc, vous n'avez pas le droit de charger ce qui est gratuit en CLSC et en hôpitaux pour des actes assurés avec des médecins participants. Et c'est ça qui nous inquiète. Le ministère de la Santé nous dit: Bien, on va faire...

M. Drainville: Quels sont les correctifs que vous proposez pour éviter ça? Quelle est là...

Mme Pelchat (Christiane): Bien, c'est de mieux munir... c'est de doter le système de santé public de plus de ressources et que ça se fasse dans le système de santé public, un point, c'est tout, avec des médecins participants.

M. Drainville: O.K. Mais, s'il y a actuellement des cliniques au sein desquelles il se fait des avortements...

Mme Pelchat (Christiane): Ah! là, ce n'est pas un problème. Ça se fait par entente en ce moment. Il faudrait que ça se fasse toujours par entente, c'est-à-dire les quatre centres de santé des femmes qui auraient des ententes avec le ministère de la Santé, c'est-à-dire des ententes pour que le ministère de la Santé rembourse les frais dits accessoires, et la même chose pour les quatre cliniques privées de Montréal.

M. Drainville: Mais, vous, ce que vous craignez, dans le fond, c'est que la création des CMS amène la création de cliniques au sein desquelles il y aurait des frais accessoires qui seraient facturés aux patientes.

Mme Pelchat (Christiane): Oui, parce qu'il n'y aurait pas... Avec des médecins participants, hein, des médecins donc qui sont membres de... qui reçoivent leur rémunération de la régie mais qui n'ont pas d'entente avec le CMS, et c'est le... À Montréal, en ce moment, avec les quotas — et je pense que le Centre de santé des femmes de Montréal pourra mieux répondre que moi — il y a une liste d'attente de deux semaines. Alors, il y a un marché, hein? Alors, les femmes disant: Bien, comme il n'y a plus de frais accessoires, on va aller dans le privé, il y a une liste d'attente, et ce n'est pas normal. Une liste d'attente de deux semaines pour un avortement, là, je ne sais pas, les gars, vous ne connaissez pas ça, là, mais ce n'est pas drôle, pas du tout, là. C'est vraiment, là, quelque chose de fondamental. On ne peut pas dire: Je vais attendre deux semaines pour me faire avorter. Alors, oui, il peut y avoir des cliniques de médecins participants qui vont dire: Moi, je n'aurai pas d'entente avec le ministère de la Santé, alors venez me voir, je vais vous charger 900 \$, ou 500 \$, ou 1 000 \$, comme c'était le cas avant, dépendamment... premier trimestre, 350 \$, deuxième trimestre, 900 \$. Moi, je vais vous dire une affaire, monsieur, là, moi...

M. Drainville: Vous, vous pensez qu'ils auraient le droit... en fait, elles auraient le droit, les femmes...

Mme Pelchat (Christiane): Oui. Avec la loi comme elle est là, oui. Les participants, avec les frais accessoires, hors entente, ont le droit d'ouvrir des cliniques privées en ce moment pour faire ça... et charger des frais accessoires.

M. Drainville: Alors, est-ce que vous proposez un amendement à la loi pour encadrer ça? Est-ce que c'est ça qu'on doit comprendre? Parce que...

Mme Pelchat (Christiane): Dans notre...

Une voix: ...

M. Drainville: Un amendement à... Bien oui, mais...

Mme Pelchat (Christiane): Bien, nous, c'est notre recommandation 2... 1, 2. Ce qu'on dit d'abord, c'est qu'avant de penser à déléguer ça au privé donnons les services dans le public, premièrement, et, là où il y a déjà du privé qui le donne, des actes assurés par des médecins participants, comme c'est le cas dans le centre de santé des femmes... les trois centres de santé et les

cliniques privées, faisons des ententes pour qu'il n'y ait pas... Parce que, sinon il va y avoir encore deux vitesses en avortement. Puis, en avortement, là, je peux vous dire, là...

M. Drainville: Mme Pelchat, on a compris qu'il fallait des ententes.

Mme Pelchat (Christiane): Ah oui...

M. Drainville: Ce que je vous dis, c'est: Est-ce que vous souhaitez que la loi soit adoptée pour qu'il y ait obligation de négocier de telles ententes pour éviter...

Mme Pelchat (Christiane): Est-ce que c'est la loi qui doit faire ça ou le règlement?

Mme Lepage (Francine): C'est le règlement. La loi le prévoit déjà, que le gouvernement pourrait le faire par règlement, mais il ne l'a pas fait. Donc, quelle est la garantie? C'est que, lorsqu'il y a entente, le patient a les mêmes recours et il n'a pas plus de frais que s'il était à l'hôpital. La loi dit aussi que le gouvernement pourrait faire que par règlement, quand il s'agit d'un CMS avec médecins participants, toute intervention assurée ne se fasse que sous entente. Si c'était le cas, donc, il y aurait eu même recours et pas de frais supplémentaires que si c'était à l'hôpital.

Mme Pelchat (Christiane): Exactement. Parce qu'on comprend que c'est pour une garantie d'accès, on n'a pas de misère avec ça. Mais c'est que, si on veut développer des cliniques privées juste pour développer des cliniques privées et payer ce qu'on paierait au CLSC ou à l'hôpital, nous, on dit: Bien, en tout cas, essayons de limiter ça.

M. Drainville: O.K. Mais brièvement, là, je vais céder 30 secondes au ministre, là — il m'en devra une autre encore une fois, là — pour répondre à ça, pour qu'on comprenne, là. Est-ce qu'il y a un noeud, là, ou il n'y a pas de noeud, là?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Selon moi, il n'y en a pas parce qu'on a déjà dit... Puis on parle des centres de santé, là.

M. Drainville: Non, non, non.

Mme Pelchat (Christiane): On parle des CMS. On parle des CMS.

M. Drainville: Ce n'est pas les centres de santé.

Mme Pelchat (Christiane): On parle des cliniques privées, des centres médicaux spécialisés avec médecins participants, hors entente, qui pourraient faire des avortements et qui pourraient faire tous les actes, les 53 actes, dont la moitié sont des actes assurés déjà.

M. Drainville: C'est ça, alors qui décident de...

M. Bolduc: C'est parce qu'il faut partir du dossier de... On parle des interventions de grossesse, O.K., on parle des...

Mme Pelchat (Christiane): Mais on parle de toutes les interventions, M. le ministre, toutes les interventions assurées. Oubliez les non assurées.

M. Bolduc: O.K. Là, on parle... Non, c'est parce que...

Mme Pelchat (Christiane): Vous parliez de madame... qui est décédée, là. On ne parle que des actes assurés.

M. Bolduc: O.K. Ça, c'est un autre débat. Pour les interventions de grossesse, on s'est entendu que les centres de santé, ce serait quelque chose de différent des CMS, avec entente avec... de façon à assurer l'accessibilité.

Mme Pelchat (Christiane): Ça, c'est pour les centres de santé des femmes. Qu'est-ce que vous faites pour les quatre cliniques qui font des avortements depuis toujours, avec l'accord du ministère de la Santé, parce que le ministère de la Santé était incapable de donner le service? Les filles puis les gars, là, ce n'est pas des CMS à but lucratif, eux autres, là.

M. Bolduc: Oui, c'est ça.

M. Drainville: Il y a une entente... Je vais reprendre la parole. Il y a des ententes dans ce cas-ci.

Mme Pelchat (Christiane): En ce moment, oui.

M. Drainville: Bon, et ces ententes-là interdisent les frais afférents ou les frais accessoires.

Mme Pelchat (Christiane): Voilà, tout à fait. Notre crainte, c'est que 34...

M. Drainville: Bon, alors, ce que vous craignez, c'est qu'à ces quatre-là il y en ait d'autres. Et ce que vous dites, c'est que, s'il doit y en avoir d'autres, il faut s'assurer que l'entente qui prévaut dans le cas des quatre dont vous nous parlez s'applique également dans le cas des autres. C'est ça que vous nous dites?

Mme Pelchat (Christiane): Oui, mais ça, c'est pour l'avortement. Ce qu'on voudrait, c'est que ce modèle-là soit pour tous les autres actes.

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Non. Ce que je comprends, donc, c'est que vous nous parlez des CMS, pas des CMSA, mais bien des CMS, hein, des CMS avec médecins participants. Ce que vous dites, c'est que, s'il est pour s'en ouvrir, si le ministre est pour émettre des permis, puisqu'il va devoir le faire, dans le cas des CMS avec médecins participants, il faut s'assurer qu'il y ait une entente entre le ministre et ceux et celles qui veulent ouvrir cette nouvelle clinique, ce nouveau CMS, pour qu'il n'y ait pas de frais afférents autres que ceux qui sont déjà prévus par la loi.

Mme Pelchat (Christiane): Voilà. Eh oui! Et vous savez pourquoi? Parce que sinon ça vient de créer une médecine à deux vitesses.

M. Drainville: O.K. On aura compris ça.

Mme Pelchat (Christiane): Et nous sommes contre une médecine à deux vitesses.

M. Drainville: Très bien. Bon. Là, l'autre inquiétude, c'est les services d'avortement. Hier, M. Barrette, le président de la FMSQ, est venu nous dire qu'à son avis — comment dire? — la procédure qu'impose la loi n° 34, l'émission du permis, le processus d'agrément, tout ça, et les frais évidemment qui en découlent pourraient mener certains obstétriciens à tout simplement fermer leur clinique d'avortement ou à cesser d'en faire. Est-ce que vous partagez ses inquiétudes?

Mme Pelchat (Christiane): Bien, ce n'est pas des obstétriciens, c'est des généralistes, la plupart, qui font des avortements, là. En clinique.

M. Drainville: Oui, mais il parlait de ses membres qui sont des obstétriciens. Il m'a dit qu'il y en avait...

Mme Pelchat (Christiane): Dans les hôpitaux?

M. Drainville: Non, pas dans les hôpitaux.

Une voix: ...

● (12 h 20) ●

M. Drainville: Hein? Il parlait de cliniques, il parlait de cliniques d'obstétrique où il se fait des... Faites-vous en pas, on va poser la question au président de la FMOQ, quand il va venir, après-midi, là, si c'est le cas pour ses membres généralistes qui font des avortements. Mais le Dr Barrette hier était catégorique. Il disait: Avec ce projet de loi là, il va y avoir moins d'offre de service aux femmes qui souhaitent obtenir un avortement en clinique hors hôpital.

Mme Pelchat (Christiane): Il y a deux choses là-dedans. D'abord, à notre connaissance — et Mariangela siège sur le comité de vigie — il n'y en a pas, d'obstétriciens qui ont des cliniques privées, qui font des avortements. En tout cas, à notre connaissance, il n'y en a pas. Bon.

Mais, là où il y a un problème d'accessibilité et où le Dr Barrette... je ne l'ai pas entendu, mais, nous, où on dit: Il y a un problème d'accessibilité, c'est, un, si effectivement on oblige... et le ministre nous a confirmé que, non, il ne le fera pas, si on... Parce que, telle qu'elle est là, la loi — et s'il n'y a pas de modification — et le règlement, si les centres de santé des femmes sont obligés de se transformer en CMS, il n'y en aura plus, d'avortement dans les centres de santé des femmes, les centres de santé des femmes ne pourront pas.

Et, deuxièmement, si les quatre cliniques de Montréal ne peuvent pas se transformer en CMS parce que les médecins ne sont pas nommés par les hôpitaux, il n'y en aura plus, d'avortement dans les quatre cliniques à l'extérieur, à Montréal. Et c'est ce qu'on dit, c'est notre autre recommandation. Et sinon, et là on a un grave

problème d'accessibilité, et là on a un problème de discrimination systémique faite aux femmes parce que, l'Outaouais, il n'y a plus d'avortement qui se fait, à Montréal, vous allez avoir des listes d'attente de je ne sais pas combien, puis on va s'en retourner en Ontario et aux États-Unis pour se faire avorter.

M. Drainville: O.K. Il me reste quelques minutes seulement. Est-ce que... Je pose cette question-là à tous les groupes qui se présentent devant cette commission: Est-ce que vous seriez en accord pour modifier l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance maladie pour que désormais les chirurgies pouvant faire l'objet d'une assurance privée duplicative soient déterminées par voie législative et non pas simplement par règlement, comme c'est le cas actuellement?

Mme Pelchat (Christiane): Pour le Conseil du statut de la femme, aucune autre chirurgie que celles qui étaient prévues dans la loi n° 33, les trois, ne devrait faire l'objet d'une assurance privée duplicative. Nous sommes absolument contre les assurances privées duplicatives. C'est une façon de privatiser notre système et c'est très mauvais. Et de toute façon l'étude le l'OCDE en a dit plus que je pourrais en dire là-dessus. C'est très mauvais. Et qu'à tout le moins, oui, ça se fasse par loi parce que j'ai plus confiance... Les règlements, c'est le gouvernement, bon, qui les adopte, mais les lois, ce sont les députés, qui sont plus «groundés» sur la population. Alors, j'aime toujours ça quand les lois sont votées... ces changements aussi fondamentaux.

M. Drainville: Alors, la réponse à la question, c'est oui, vous seriez d'accord?

Mme Pelchat (Christiane): Oui.

M. Drainville: Très bien. Par ailleurs, les Médecins québécois pour un régime public proposent d'autres amendements et disent que les conditions de suspension, de révocation et de refus de renouvellement d'un permis pour un CMS devraient inclure également une clinique, par exemple, qui est déclarée coupable d'une infraction à la Loi sur l'assurance maladie ou à l'un de ses règlements.

Il faut que vous sachiez que la loi dit actuellement: Tu peux te faire suspendre ou révoquer ton permis s'il y a infraction à loi sur la santé et les services sociaux. Ils proposent, eux, qu'on ajoute également «infraction à la Loi sur l'assurance maladie» parce que c'est cette loi, entre autres, qui touche toute la question de la surfacturation aux patients. Est-ce que c'est un amendement avec lequel vous seriez d'accord?

Mme Pelchat (Christiane): On n'a pas vraiment analysé, mais à première vue je vous dirais que oui. Mais on n'a pas vraiment analysé. Mais c'est certain que, si une clinique s'engage à ne pas charger de frais accessoires et le fait, bien, si on ne lui révoque pas son permis... Puis, moi, je vous dirais qu'à sa face même ce serait une bonne raison pour le révoquer. Je ne pense pas qu'on doive modifier la loi. Mais on ne l'a pas analysé.

M. Drainville: En tout cas, c'est logique, avec la position que vous prenez sur les frais afférents...

Mme Pelchat (Christiane): Ça va de soi.

M. Drainville: ...et l'inquiétude que vous exprimez là-dessus. Autre chose également, ils proposent — toujours les Médecins québécois pour un régime public — ils proposent que les patients devraient être informés par écrit de toute suspension, révocation ou refus de renouvellement du permis d'un CMS, évidemment du CMS où ils auront été traités. Ils proposent également que la liste des permis qui ont été suspendus soit publiée sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux. Est-ce que ça vous semble raisonnable?

Mme Pelchat (Christiane): Oui, mais, comme je vous dis, ça, c'est plutôt accessoire comme question. On ne s'est pas penchées là-dessus. Je n'ai pas vraiment d'opinion là-dessus.

M. Drainville: Alors, de façon générale, là, si je vous demandais de me dire, sur 10, quelle note vous donnez à ce projet de loi...

Mme Pelchat (Christiane): D'abord, il n'est pas adopté. Il n'est pas... J'imagine qu'il y aura des modifications. Je vous dirai ça quand il sera adopté et qu'on aura vu les modifications que le ministre...

M. Drainville: Vous ne souhaitez pas l'adoption du projet de loi actuel sans amendement?

Mme Pelchat (Christiane): Bien non, évidemment. Nous avons neuf recommandations, alors évidemment qu'on a des amendements...

M. Drainville: Donc, votre appui...

Mme Pelchat (Christiane): Mais déjà on est contentes de savoir qu'il y a trois de nos amendements qui sont reconnus. Et on est prêtes à revenir en commission pour essayer de vous reconvaincre que des médecins participants ne devraient pas faire des services assurés sans entente.

M. Drainville: Donc, vous retenez votre appui le temps de voir la version finale du projet de loi. C'est bien ça?

Mme Pelchat (Christiane): Vous savez, l'appui... Le Conseil du statut de la femme n'est pas là pour appuyer, ou désappuyer, ou... On est là pour faire valoir les meilleures façons de respecter l'égalité entre les femmes et les hommes, et particulièrement de lutter contre la discrimination systémique. Alors, on a bien exposé notre point de vue là-dessus. Je pense que c'est assez clair.

M. Drainville: Il me reste une minute, M. le Président, je vais céder mon temps de parole à mon collègue de Mercier.

M. Khadir: Merci beaucoup...

Le Président (M. Kelley): Alors, ça donne un temps de parole de cinq minutes, cinq, six minutes. Alors, la parole est à vous, M. le député.

M. Khadir: Ça va être, en tout cas, beaucoup plus apprécié qu'un PowerPoint. Ces deux minutes sont précieuses. Moi, je l'apprécie plus que... Ça, c'est un gag entre nous, là.

Merci de votre présence, Mme Pelchat, mesdames. D'abord, il y a un problème majeur qui perdure au Québec depuis, en fait, la conquête de ce droit par les batailles menées par les femmes d'abord puis par le Dr Morgentaler, donc vers la fin des années soixante-dix, c'est que, dans notre profession, et mon collègue le Dr Bolduc est au courant, dans notre...

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Khadir: M. le ministre, oui.

Le Président (M. Kelley): ...pas le droit d'avoir un nom de famille devant une commission ou dans le parlement.

M. Khadir: Oui, d'accord, très bien. C'est parce que je parlais du docteur et non du ministre. Alors, le docteur qu'il était avant est au courant que, dans notre profession, il y a comme une sous-culture qui regarde avec un certain mépris, disons, cette pratique ou ce service, pourtant, sur lequel la société en principe, par ses lois, s'est entendue. D'accord? Autrement dit, si on a des problèmes aujourd'hui, au Québec, à assurer que, sur tout le territoire... Bien sûr, il y a une pénurie médicale généralisée, mais il y a une pénurie particulière qui touche ce secteur d'activité en raison de la culture sous-jacente où, dans les facultés, il n'y a pas nécessairement, je dirais, une sensibilisation à ce noeud qu'on doit une fois pour toutes régler.

Bon, je ne veux pas aller plus loin là-dessus, mais le ministre peut, par exemple, reconnaissant ce problème... Par exemple, le cas de l'Outaouais est un exemple qui montre que, même si on met tous les services en place, ensuite il faut trouver des médecins qui sont prêts à le pratiquer. Ça, ça peut se faire à la faculté. Donc, il peut y avoir une action du ministère ou des facultés de médecine pour faire en sorte que les jeunes médecins reconnaissent qu'on a un rôle à jouer puis qu'il y a un consensus social alentour du droit des femmes d'avoir accès à une interruption de grossesse en fonction de leur choix et non du médecin, sauf si c'est médicalement requis.

L'autre affaire que vous avez mentionnée, et je voudrais, là-dessus... Parce que, regardez, moi, je suis persuadé de la bonne volonté du ministre. C'est sûr que...

Mme Pelchat (Christiane): Moi aussi.

M. Khadir: C'est sûr qu'on est... Chat échaudé craint... quelle eau? Bon, c'est que monsieur... l'ancien... son prédécesseur a même écrit, en 2002, une lettre pour faire une profession de foi en faveur de la médecine... la défense du système public de santé en l'envoyant à la Coalition des médecins pour la justice sociale. J'avais été avisée de cette lettre. Puis on se demandait: Qu'est-ce qu'on va faire avec ça?, sachant qu'il avait des ambitions politiques. On l'a accueilli avec faveur, avec enthousiasme, puis regardez où on en est et regardons ce qu'il a fait.

Donc, c'est sûr qu'il faut partir, bien sûr, de votre bonne volonté, mais il faut qu'alentour de la table du Conseil des ministres les autres choix que fait le gouvernement... sont cohérents avec ce choix-là parce que ça demande des ressources pour assurer que le public soit à la hauteur des attentes du ministre, qu'il soit capable, sur tout le territoire, d'offrir des services qu'on garantit et qu'on ne soit pas obligé de recourir au privé. Il faut avoir les ressources en main-d'oeuvre mais aussi en matière de financement. C'est parce que c'est le manque de ces ressources qui, depuis les années quatre-vingt-dix, si on se rappelle, la fin des transferts fédéraux, ensuite le programme de déficit zéro du Parti québécois, qui a fait qu'on a ces problèmes graves maintenant. Bon ça, ça se comprend, puis je pense que les gens du PQ sont capables de le reconnaître également.

Là, s'il faut le corriger, M. le ministre, ce que je demande d'abord pour illustrer ce que ça coûte de plus cher de recourir au privé justement: Depuis la fin des années soixante-dix jusqu'à aujourd'hui, est-ce que le chiffre existe, qu'est-ce que ça a coûté de plus? Quand on calcule tout ce que les femmes ont payé dans ces cliniques privées, quelle est la différence entre ce que ça nous aurait coûté si on l'avait fait dans le système public? Ça, c'est la première question.

Et, deuxièmement, pensez-vous que, dans un contexte de diminution des ressources de l'État... est-ce que, lorsque, dans le domaine de la santé au Québec, on a, per capita, le plus bas niveau d'investissement per capita public en santé quand on se compare au niveau canadien...

● (12 h 30) ●

Mme Pelchat (Christiane): ...maintenant, depuis que les médecins ont été augmentés, là, ça va augmenter beaucoup, là...

M. Khadir: Oui, mais c'est le salaire des médecins.

Mme Pelchat (Christiane): ...le salaire des médecins spécialistes, notamment.

M. Khadir: O.K., ce n'est pas les ressources nécessairement disponibles, donc. Puis, quand...

Mme Pelchat (Christiane): Oui, mais, quand on parle des ressources per capita, c'est ça.

M. Khadir: Exact. Quand le prix des médicaments connaît une croissance fulgurante, depuis une dizaine d'années, ce que ça coûte à notre système, est-ce que ça peut être cohérent si, par exemple, le gouvernement se passe, par exemple, des redevances sur les mines, accorde toutes sortes de boniments aux compagnies pharmaceutiques pour qu'ils puissent eux-mêmes décider du prix des médicaments? Est-ce que c'est cohérent, ces deux volontés?

Le Président (M. Kelley): Vous avez le droit de une minute pour préparer une réponse cohérente.

Mme Pelchat (Christiane): Sur le chiffre, combien ça a coûté de plus? Ça n'a rien coûté à l'État de plus. L'État a fait des économies sur le... excusez-moi, sur le dos des femmes, comme l'a dit le jugement de la Cour suprême... supérieure, qui a forcé le gouvernement à rembourser, par recours collectif, 10,5 millions de

dollars aux femmes parce qu'elles ont payé. Et, je dois vous dire, je suis certaine que les centres de santé des femmes, surtout payés par les sommes communautaires, ça doit coûter bien moins cher que des cliniques privées puis des CLSC. Je mettrai ma main au feu là-dedans, M. le ministre.

Sur le principe de réinvestir dans le public, nous, on le dit, on l'a dit lors de notre critique du rapport Castonguay, on pense que le gouvernement devrait avoir un fonds dédié à la santé pour stabiliser les dépenses. On est allés même jusqu'à dire que la TVQ devrait être augmentée de 1 %... ou le jeu de la TVQ devrait être augmenté de 1 % et être destiné aux services de santé, aux fonds dédié pour la santé, et ce qui ferait en sorte qu'il y aurait un équilibre entre les moments où on dépense 5 %, 7 %, 4 %, 3 %, dépendamment, et ne plus avoir à vivre les horreurs du déficit zéro qui ont fait en sorte que souvent on se retrouve dans des situations comme on les vit aujourd'hui.

Le Président (M. Kelley): Et, sur ça, je dois malheureusement mettre fin à cet échange. Merci beaucoup aux représentants du Conseil du statut de la femme, Mme Pelchat, Mme Di Domenico et Mme Lepage.

Je vais suspendre quelques instants. Mais je vais demander très rapidement que la Coalition Solidarité Santé prenne place à la table des témoins.

(Suspension de la séance à 12 h 32)

(Reprise à 12 h 35)

Le Président (M. Kelley): ...continuer. Alors, on est prêts à reconnaître notre deuxième groupe de ce matin, la Coalition Solidarité Santé, représentée par Mme Claudelle Cyr, Mme Hélène Le Brun et M. Denis Falardeau. C'est bien ça? Et c'est Mme Cyr qui va prendre la parole. Alors, la parole est à vous pour une présentation de plus ou moins 10 minutes.

Coalition Solidarité Santé

Mme Cyr (Claudelle): O.K. Alors, bien, d'abord, merci de nous avoir invités à cette commission parlementaire. Donc, la Coalition Solidarité Santé regroupe 46 organisations syndicales, communautaires et religieuses, ainsi que des comités de citoyens. C'est pour ça qu'aujourd'hui je suis accompagnée de Mme Hélène Le Brun, qui est conseillère CSQ mais membre au sein de la coalition, et M. Denis Falardeau, qui est de l'ACEF de Québec, comme analyste, et aussi membre à la Coalition Solidarité Santé.

Depuis la fondation de la coalition en 1991, les actions ont toujours été motivées par la défense du droit à la santé pour l'ensemble de la population québécoise, et sans regard évidemment aux revenus des citoyens et citoyennes. Nous demeurons, encore aujourd'hui, le principal lieu d'échange et d'information intersyndicale et communautaire sur les enjeux entourant le système public de santé et services sociaux.

On remarque que, depuis plusieurs années, les gouvernements ne cessent d'user d'imagination pour tenter d'intégrer la prestation des services de soins de

santé venant du privé en complémentarité aux services publics. Particulièrement depuis 2003, le recours au privé serait une des solutions privilégiées pour désengorger le système de santé public. Le projet de loi n° 34, bien qu'il émette certaines balises en regard des CMS, abonde encore une fois dans ce sens.

Dans notre mémoire sur le projet de loi n° 33, nous nous opposons au développement des centres médicaux spécialisés privés, car, pour nous, ça constituait une brèche importante dans le modèle public québécois des soins de santé et de services sociaux, caractérisé par la solidarité et la justice sociale. La coalition n'a pas changé d'idée sur ce point.

Le projet de loi n° 34 vient préciser des dispositions législatives entourant les activités des CMS. Il fait également suite à la mise en suspens du Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés en CMS.

Nous constatons un certain effort du gouvernement de vouloir encadrer et baliser les pratiques en CMS. Évidemment, il y a des renforcements des contrôles, on le voit, c'est plus présent. Ceci, ça répond bien aux inquiétudes qu'a soulevées l'affaire de Mme Charest dont, depuis hier, on entend souvent... cette situation-là qui est relevée. Mais, en ce sens, une loi encadrant les pratiques de chirurgie esthétique offertes exclusivement dans le privé aurait été suffisante, à notre avis. Cependant, la majorité des modifications n'est pas de nature à préserver le système public. Rien, dans le présent projet de loi, ne vient restreindre la pratique médicale privée. Au contraire, par la mise en oeuvre d'une loi habilitante, le gouvernement renforce son objectif et maintient son pouvoir réglementaire intact.

L'article 1 du présent projet de loi vient préciser que les traitements médicaux spécialisés le seront dorénavant par le Conseil des ministres, alors qu'avant c'était le ministre lui seul. Bien que cela fasse en sorte que les règlements subséquents soient soumis à plus de parlementaires, la politique partisane étant ce qu'elle est, le pouvoir réglementaire reste entier. Cette voie réglementaire ne favorise d'aucune façon le débat public comme le ferait la voie législative.

Le projet de loi assure que l'exploitation des CMS devra se faire par une majorité de médecins membres du Collège des médecins et que ceux-ci possèdent la majorité des votes au conseil d'administration. Mais cela n'empêche en rien que la propriété de ces CMS soit détenue par des investisseurs étrangers. Comme certains de ces CMS pourront faire de l'hospitalisation, cela équivaut à ouvrir un marché privé. Tout comme ça a été dit hier, limiter à cinq lits la capacité n'empêchera aucun gros investisseur de développer des complexes où pourront loger différents CMS.

À cela, M. Bolduc, vous avez répondu que, si une telle situation se produisait, vous pourriez légiférer. Or, le projet de loi actuel n'est-il pas justement le meilleur moyen pour s'assurer immédiatement, par voie législative, qu'il n'y aura aucune possibilité de faire naître ce genre de centre d'achats médical? Il y a lieu de favoriser une médecine préventive plutôt qu'une médecine curative. Par ailleurs, on sait qu'une telle offre privée est soumise aux accords de libre-échange. En créant de tels CMS pour des médecins non participants, le gouvernement ouvre le marché.

● (12 h 40) ●

La création des CMS équivaut à transférer une grande part de la chirurgie ambulatoire au secteur privé, et évidemment la coalition ne peut y souscrire. Nous recommandons donc le développement de cliniques ambulatoires publiques rattachées à une administration hospitalière publique ayant la responsabilité de certaines chirurgies.

Le projet de loi n° 34 propose aussi des mesures transitoires qui permettraient à certains médecins participants de continuer d'offrir des services dans les CMS composés de médecins non participants. Toutes les interventions qu'ils pratiqueraient dans ce cadre seraient considérées comme des actes non couverts par la RAMQ et donc rémunérés par la contribution des patients eux-mêmes ou leurs assureurs. Cela crée un précédent inacceptable en faveur de la pratique médicale mixte privé-public. L'appétit très grand de certains médecins envers ce type de pratique pourrait les amener à considérer cette mesure comme une approche étapiste qui permettrait une ouverture à un élargissement futur.

Nous ne pouvons souscrire à ce type de mesures transitoires ou tout autre type de mesures qui viendraient créer une brèche dans l'étanchéité entre les pratiques des médecins participants et celles des médecins non participants et, en ce sens, nous exigeons que le gouvernement maintienne une étanchéité absolue entre les pratiques des médecins participants et celles des médecins non participants. On vient d'entendre le ministre nous dire qu'il n'y a pas de question de mixité, qu'effectivement on veut protéger l'étanchéité. On est contents d'entendre ça, mais on se souvient qu'on a eu d'autres belles promesses par le passé, et qu'effectivement on était très contents de les entendre, et que ces promesses-là n'ont pas été tenues.

La question des centres de santé des femmes a aussi été discutée. On l'a ramenée dans notre mémoire, je pense qu'il y a plusieurs groupes qui l'ont appelée. On est heureux d'apprendre que le ministre entend trouver une façon de faire pour maintenir leur autonomie.

Tantôt, on entendait, par rapport aux centres d'avortement, que c'était surtout pour assurer la disponibilité des services et... Bon. Mais, au-delà du service, il faut rappeler aussi que ces centres de santé, c'est des ressources communautaires. Ils appartiennent à la communauté, ils sont gérés par un conseil d'administration dont les membres proviennent de cette communauté. Ils ont été mis sur pied par des citoyennes soucieuses de pallier le manque de services et d'offrir aux femmes une approche alternative, globale et humaniste, qui réponde à leurs besoins. Donc, pour la coalition, leur vision et leur mission, dont fait partie intégralement l'avortement, doivent être absolument préservées. En ce sens, on avait une recommandation, dans notre mémoire, demandant d'exclure les centres de santé des femmes de l'obligation de se transformer en CMS, on pense que c'est sur la bonne voie.

Au fil des ans, la coalition ne peut que constater une diminution de plus en plus importante du panier de services. La situation des services diagnostiques est probante à cet égard. De plus en plus de citoyennes et de citoyens doivent se tourner vers le privé pour de simples prises de sang. Quant aux services diagnostiques par imagerie médicale et résonance magnétique, l'offre de pointe s'est développée majoritairement dans les cliniques

privées au fur et à mesure de l'innovation technologique. Le gouvernement n'inclut pas ces services dans la couverture publique s'ils sont effectués hors établissement, et leur accès est de plus en plus limité aux personnes qui ont seulement la capacité de payer. Cette question a d'ailleurs été largement discutée aussi hier.

Le projet de loi n° 34 vient institutionnaliser les laboratoires d'imagerie médicale générale privés comme étant des ressources légitimes d'accès à ces services. Pour nous, seule une couverture publique des services diagnostiques d'imagerie médicale et de résonance magnétique assurerait une équité d'accès et une utilisation optimale. Comme il l'a fait récemment pour les traitements de la fécondité, le gouvernement devrait bonifier la couverture de ces services extra-muros.

En conclusion, rien dans les modifications apportées par le projet de loi n° 34 ne peut produire un effet positif, à notre avis, sur l'offre actuelle des services publics. La création des CMS favorise le développement d'une pratique privée subventionnée par les impôts des contribuables et complexifie encore davantage les diverses ramifications du réseau de la santé et des services sociaux. Et c'est pourquoi, à la lumière de notre analyse, nous maintenons notre position à la création des centres médicaux spécialisés. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme Cyr. On va passer directement à la période d'échange. Je pense qu'il nous reste 46 minutes, alors deux blocs de 23 minutes, en commençant avec M. le ministre.

M. Bolduc: Merci beaucoup. Puis j'ai vu que vous avez écouté ce qu'on a dit hier puis aujourd'hui. Donc, vous savez déjà pas mal comment j'oriente ma discussion. Puis je pense qu'on est presque des amis, hein, dans les idées. On n'est pas loin l'un de l'autre. Puis on comprend qu'il y a un manque de confiance. Mais ça, la confiance, ça fait longtemps que j'ai renoncé à ce qu'on me fasse confiance. C'est par les actions qu'on réussit à prouver les choses à long terme. Je pense que c'est ça qui est important: à la fin, c'est que le résultat soit bon. C'est juste pour vous dire, quand vous dites que vous ne croyez pas, là, je ne suis pas offusqué du tout, là, je suis...

Mme Cyr (Claudelle): ...croit pas, c'est qu'on en a vu d'autres, ministres, dire que le système public était important.

M. Bolduc: C'est ça. C'est ça. Mais juste pour vous dire que, comme on m'a dit que j'étais gentil, j'ai une grande sensibilité quand même à ça, O.K.?

Privé versus public, les gens ont tendance à voir que c'est une grosse... on fait comme si on allait prendre le public puis on allait le transférer vers le privé, là. Ce n'est pas ça. 34, ce n'est vraiment pas ça, là. 34, c'est d'abord, puis je le répète encore et je vais le répéter à chaque groupe, c'est d'abord un encadrement pour la sécurité et la qualité et c'est de rendre conforme à ce qu'on pense que devraient être les cliniques privées, qui souvent existent déjà. On ne pense pas qu'il va ouvrir 50 cliniques.

Moi, j'ai présenté, comme président de l'Association des CMDP, lors du projet de loi n° 33, j'ai présenté un mémoire. M. Couillard, à ce moment-là, m'a

demandé: Combien tu penses qu'il va en ouvrir au Québec, des cliniques comme ça, avec lesquelles on va avoir des ententes, qu'à cause de la garantie d'accès on sera obligés d'ouvrir? Allez le voir, là, j'ai dit: Peut-être qu'à Montréal il y a de la place pour deux ou trois, qui existent probablement déjà; Québec, je ne suis même pas sûr qu'il y en a, O.K.?, peut-être qu'il y a une ou deux; ailleurs, en région, il n'y en aura pratiquement pas.

33 a été passé voilà un certain temps. Regardez aujourd'hui, il n'y en a pas tant que ça qui ont ouvert. Puis ceux qui ont ouvert, ils essaient de consolider leurs services. Puis j'ai entendu beaucoup de gens qui ont essayé d'ouvrir des blocs opératoires en pensant qu'on transférerait du volume du public vers le privé, dont, entre autres, une clinique ici, à Québec, qui pensait que, demain matin, il y aurait le volume, la réponse, ça a été non. On n'a pas transféré de volume du public pour le privé. Il y a juste un projet qui actuellement est en appel d'offres, c'est celui de Montréal, O.K.?, mais, à part de ça, il n'y en a pas eu. Il y a eu deux projets d'ophtalmo qui ont été présentés, que je n'ai pas acceptés, c'est moi qui ne les ai pas acceptés, O.K.? C'est juste pour vous dire qu'on peut penser que ça pourrait arriver un jour, mais ce n'est pas l'intention.

Il se fait 450 000 chirurgies dans le public, par année. On répond à la demande. Oui, il y a des problèmes d'accessibilité, je vous le dis, là, pour vérifier les listes à chaque semaine. C'est qu'il y a des docteurs qui ont trop des grosses listes, puis, tant qu'eux autres n'auront pas partagé avec d'autres... Quand tu as 500 noms sur ta liste, quand même que je te ferais opérer sept heures par jour... sept jours par semaine, 16 heures par jour, tu ne passeras pas à travers. Ces médecins-là doivent accepter de partager.

La garantie d'accessibilité, moi, personnellement, là, je serais pour qu'on ait la garantie d'accessibilité au moins dans le système public, où, quand quelqu'un n'est pas capable d'offrir le service à l'intérieur d'un délai raisonnable, que j'estime autour de six mois, on devrait être capable d'offrir au patient d'aller se faire opérer ailleurs, s'il le désire — c'est toujours le désir du patient — de façon à ce qu'il reçoive un service acceptable. Mais actuellement j'ai quelques docteurs, au Québec — il n'y en a pas beaucoup, moins de 20 — qui, eux autres, ont tellement des grosses listes qu'ils attendent... les patients attendent des années. Je trouve ça inacceptable.

Là, on a un choix de société à faire: Est-ce qu'on favorise la garantie d'accès aux gens ou on se met des règles tellement strictes qu'on dit: Nous autres, on préférerait, pour ne pas prendre de risque de garantie d'accès puis d'ouverture sur le privé, qu'on laisse ça comme ça? Moi, je suis un partisan... je le dis, là, comme ministre, puis je tiens à le dire publiquement, là, moi, je suis l'avocat des citoyens, face à tout le monde qui travaille dans le système de santé, pour m'assurer que le citoyen, qui n'a pas beaucoup de pouvoirs par rapport aux professionnels de la santé...

On va se le dire, là, moi, j'étais médecin, là, quand notre patient rentre dans le bureau... On est d'accord avec ça: on n'a pas beaucoup de pouvoirs face aux organisations, tant médicales, syndicales et compagnie? On n'en a pas. Alors, moi, je peux vous le dire, je suis le ministre, comme mes prédécesseurs, puis tous partis confondus, notre premier rôle, c'est d'être l'interface pour

nos citoyens face aux organisations qui ont trop de pouvoirs. Moi, ce que je favorise, c'est l'accès de services. Je l'ai défendu dans le passé, avant d'être ministre, je l'ai défendu comme médecin, et c'est ce que je veux: un accès, si possible, en temps réel ou au moins à l'intérieur d'un délai raisonnable. C'est pour ça qu'on fait ça.

Et puis l'autre situation que vous pourriez faire... Vous dites: On ne fait rien. L'autre situation, je vous le dis tout de suite, si 34 ne passe pas, là, j'ai le même système, je ne change rien dans le système, avec des longues listes d'attente dans certains secteurs pour certains patients, pas de sécurité, pas de qualité augmentée, c'est ça qu'on se dit. Puis l'autre affaire, c'est qu'on laisse ça comme c'était, c'est-à-dire que les règlements vont faire que c'est une grande ouverture.

Dans le présent projet de loi, puis pourquoi il faut être d'accord avec ce projet de loi là... le statu quo est pas mal pire que ce qui est là. La perfection, en législation, ça n'existe pas. Il vaut mieux avoir quelque chose que vous n'estimerez peut-être pas si parfait que ça mais assez bien pour dire que c'est un avancement par rapport à ce qu'il y avait auparavant, et, les choses se faisant, au cours des années s'il y a des améliorations à apporter, on les regardera. Mais je vous rappelle que ce projet de loi: encadrement de la qualité, de la sécurité, se donner des règles dans un système qui... actuellement, c'est l'anarchie, O.K.?, puis surtout favoriser l'accessibilité aux patients.

On partage les mêmes valeurs, sauf que je comprends que vous avez des inquiétudes parce que vous dites... Puis ça, là — on va commencer à appeler un terme — on appelle ça l'anxiété d'appréhension, c'est-à-dire qu'on a peur de ce qui pourrait arriver, et puis ça nous rend craintif. La peur, l'anxiété, la crainte de l'appréhension. Ça, je vous dirais, à un moment donné, il faut se faire confiance. Ce n'est pas parfait. On n'est pas obligés de se faire de la grande confiance, mais au moins on dit: On s'en va vers la bonne voie.

Moi, je vous dirais, c'est le grand message que je voulais vous faire, c'est qu'on partage les mêmes choses, les mêmes valeurs. Les moyens? 34, pour moi, est essentiel. 34 est mieux que rien, et puis, oui, au cours des années, il y aura peut-être des bonifications à faire.

Puis je terminerais, puis je vais vous laisser la parole là-dessus, mais je terminerais en disant que, comme vous avez vu, pour ce qu'il s'agit des interruptions volontaires de grossesse, là, vous l'avez entendu et je le redis, on veut que le système soit disponible, accessible, gratuit et, au niveau des délais, on veut que ce soient les délais le plus bas possible dans un système aussi... — il faut être pragmatique — dans un système de santé public.
● (12 h 50) ●

Le Président (M. Kelley): Alors, j'ai des demandes de réagir des trois témoins. Alors, je vais commencer avec Mme Cyr, suivie par Mme Le Brun, suivie par M. Falardeau.

Mme Cyr (Claudelle): Oui. Je vous relancerais une question: Quand vous parlez des cliniques, que vous dites qu'il y a seulement deux cliniques ouvertes à Montréal, ou quelque chose comme ça... ou qu'il y en a une en tout cas, est-ce qu'au niveau de vos cliniques vous comptabilisez aussi Michel Pop, Lasik MD et compagnie, qui font la chirurgie de la cataracte? Il y en a beaucoup, de cliniques comme ça. Donc, je comprends,

quand vous nous parlez de vos cliniques, vous faites référence à un modèle, mais, au niveau de la chirurgie de la cataracte notamment — ça, c'est dans une étude ontarienne, là — au Québec, il y en a beaucoup, aussi ça fait...

M. Bolduc: Oui. Juste pour le clarifier, là, quand je parlais des cliniques, c'est des cliniques qui auraient des ententes pour faire du volume public, sur le modèle de Rockland, O.K.? Des cliniques privées avec des blocs opératoires, il y en a beaucoup plus que ça. Puis je vais vous donner un exemple: la clinique comme Michel Pop, ils ne vivent pas... Je vous dirais qu'il y en a des ophtalmologistes qui font de la cataracte, mais la chirurgie quand même qui est la plus fréquente dans ces cliniques privées là, c'est la chirurgie au laser, là, pour la myopie.

Mme Cyr (Claudelle): Pourront-ils être CMS s'ils font la chirurgie de la cataracte?

M. Bolduc: S'ils font de la chirurgie de la cataracte, ils vont devoir être CMS obligatoirement. Donc, à ce moment-là, pour... En passant... Puis le syndicat des médecins, hier, la FMSQ, là — c'est un syndicat des médecins, il faut se le dire — quand ils sont venus parler hier, pour eux autres, hein, eux autres comme syndicat, O.K., la FMSQ, pour eux autres, là, c'est clair que ça, c'est des contraintes, là. Hier, c'était clair, je pense que vous êtes d'accord avec ça, eux autres, pour eux autres — puis il nous l'a dit — il y a 14 pages de règles, puis il y a ci, puis il y a ça. Il a dit que, pour les arrêts de grossesse, les gynécologues arrêteraient.

Moi, ce que j'ai dit hier — je suis content, aujourd'hui les gens ont validé — moi, je disais: Ce n'est pas un problème, les gynécologues, ils ne font pas d'arrêt de grossesse, des interruptions de grossesse en clinique privée. Où est-ce que le gynécologue va faire une interruption de grossesse, c'est que, rendu à un certain nombre de semaines, là ça prend un gynécologue pour le faire et, à ce moment-là, ça se fait en établissement, et, au niveau des soins, de l'organisation des soins, il y a même un certain niveau de semaines ça se fait juste dans quelques endroits au Québec.

Donc, c'est sûr que, pour eux autres, ce sont des contraintes. Et vous comprenez que, comme syndicat, pour les chirurgiens, eux autres, ils préféreraient vivre avec le système actuel. Ça fait que, si quelqu'un me dit qu'il n'est pas d'accord avec ce projet de loi là puis qu'il dit: Moi, je veux le statu quo, ou que passer quelque chose de plus sévère n'est pas envisageable, ce n'est pas bon. Ce n'est pas bon pour qui? Pour le citoyen puis le patient. C'est dans cette perspective-là que je l'expliquais.

Le Président (M. Kelley): Alors, Mme Le Brun.

Mme Le Brun (Hélène): M. Bolduc, on vous entend bien quand vous dites que vous êtes effectivement en faveur d'un service public fort, et on peut vous croire. Cependant, quand vous dites que l'offre de chirurgies, au Québec, avec des médecins non participants est à la marge, actuellement c'est vrai. Il est vrai, effectivement, au Québec, que l'offre de chirurgies payantes, c'était à peu près juste en esthétique et effectivement en chirurgie ophtalmologique. Puis, depuis le début, vous

sortez ça comme exemple parce que c'est des exemples de chirurgies pas trop majeures, mineures, etc. Sauf que 33 est venu allonger ça.

Et, depuis qu'il est question de CMS, ils ont quand même proliféré, ces cliniques-là. Au début des... au milieu des années quatre-vingt-dix — je pense que vous allez me confirmer la chose — il y avait cinq projets de centres ambulatoires publics prévus sur l'île de Montréal. Il y en a un qui a été construit mais qui n'a pas pu avoir les sous pour fonctionner et qui a été tourné en clinique externe de prises de sang, et tout ça, c'est Maisonneuve-Rosemont. Tous les autres ont été morts dans l'oeuf. Parce que c'est à partir de ce moment-là, effectivement, que beaucoup de médecins spécialistes ont flairé la manne, ont flairé la manne, en disant: Ah! bien, peut-être qu'au Québec les médecins spécialistes non participants pourraient faire des chirurgies d'un jour autres que les chirurgies esthétiques, qui n'étaient pas assurées et qu'on continue à ne pas vouloir assurer, revendiquer. Mais ils ont flairé la manne. Et, tout à coup, cinq projets pilotes sont morts dans l'oeuf. Et là on a commencé, effectivement, à parler de CMS, juste depuis deux ans. Il est vrai que c'est encore marginal, mais, depuis deux ans, le nombre des médecins désengagés a doublé. Ils ont amené avec eux, la même chose... Le nombre d'infirmières qui pratiquaient au public et qui sont allées au privé a également doublé, juste en deux ans.

Avec le projet de loi n° 33 et le projet de loi n° 34, oui, vous assurez des cadres réglementaires, vous assurez une meilleure sécurité, c'est vrai, mais, de la même façon que vous l'avez... que les gouvernements précédents l'ont fait par rapport à l'hébergement, vous auriez tout aussi bien pu encadrer cette qualité et cette sécurité-là par voie réglementaire, sur les cliniques qui existaient déjà. Or, vous leur donnez un statut. Ils sont maintenant des cliniques médicales... des centres médicaux spécialisés. Vous leur donnez un statut assorti à des chirurgies.

Vous nous dites: On n'a pas ajouté une seule chirurgie, elles étaient toutes là. C'est vrai. Comment ils ont enquêté ça? L'équipe ministérielle qui vous a précédé a pris le bottin de la quarantaine de cliniques existantes — ils nous l'ont dit quand on les a rencontrés — les ont appelées pour voir quelles sortes de chirurgies ils faisaient, est-ce que c'était en milieu sécuritaire ou pas. Le ministre précédent, ça faisait partie d'une des promesses, avait dit: Jamais je n'enverrai dans les CMS les chirurgies mammaires qui ne sont pas pour objectif de l'esthétisme mais plutôt des traitements oncologiques. Il a dit: Jamais ne n'enverrai ça là. Ça y est. Il a dit: Jamais je n'enverrai des chirurgies gynécologiques. Ça y est. Tout simplement parce qu'en téléphonant il a été convaincu que ça pouvait se faire en milieu sécuritaire.

Le ministre, et vous-même maintenant, aurait pu tout aussi bien légiférer en disant: Dorénavant, au Québec, même si ça se fait déjà, nous limiterons les chirurgies pratiquées par les médecins non pratiquants à telle, telle chose, et, entre autres, aucune chirurgie ne nécessitant une anesthésie générale ne sera pratiquée dorénavant, au Québec, dans ce type de clinique là. Vous auriez pu faire ça, vous auriez pu réglementer juste la sécurité. Or, on a choisi d'instaurer un projet de loi qui donne un statut dans un réseau à des centres médicaux spécialisés privés.

Vous dites: Il faut donner le choix au patient qui a les moyens de payer; nous, on assure l'accessibilité, bravo, parfait, notre mandat est fait; on donne le choix aux patients qui ont le moyen de payer. Quand vous dites ça, M. le ministre, avec tout le respect que je vous dois, c'est quand même que vous dites qu'on n'est pas tous égaux face à la maladie. Vous dites quand même ça. Vous dites, quand vous dites ça, qu'un citoyen qui habite Westmount a une primauté sur ces droits de la personne d'avoir accès plus rapidement à une chirurgie, c'est ça que vous dites. Vous dites que la madame qui habite à Hochelaga-Maisonneuve, elle, elle va faire le service public, l'attente de six mois. L'autre, vous lui accordez des droits de citoyen plus important, qui ne sont pas basés, non, sur la primauté, l'urgence de l'intervention, mais sur sa capacité de payer. Or, quand vous faites ça, vous faites un clivage encore plus grand à la population du Québec, vous augmentez les écarts.

Sur l'île de Montréal, vous n'êtes pas sans savoir qu'il y a une espérance de vie de 10 ans entre les deux exemples que je vous ai donnés, entre Westmount et Pointe-Saint-Charles. L'Organisation mondiale de la santé et tout le monde s'entend pour dire que la pauvreté, c'est le principal déterminant de la santé. Si en plus on donne des accès privilégiés à des gens pour avoir droit plus vite à leurs traitements, on pénalise en double des gens qui sont en situation de pauvreté, qui n'ont donc pas les conditions nécessaires pour se maintenir en santé. Et on les pénalise encore parce qu'effectivement ils vont voir leur patron chez qui ils font le ménage, de Westmount, lui, pouvoir avoir accès à sa résonance magnétique ou à sa chirurgie mammaire plus rapidement, etc.

● (13 heures) ●

Donc, même si, effectivement, vous garantisiez l'accès dans des délais raisonnables, vous donnez un droit à une personne plus riche, un droit qui est basé sur sa capacité de payer et non pas sur l'urgence de sa situation. Et ce n'est pas le choix que nous avons fait au Québec. On appelle ça construire des inégalités sociales.

Le Président (M. Kelley): M. Falardeau, je ne sais pas... ou M. le ministre, avant?

M. Bolduc: Non, c'est juste pour dire, pour... déterminants de la santé, tout à fait d'accord. Ça, c'est beaucoup plus des stratégies également au niveau de la société. Puis, comme gouvernement, pour combattre la pauvreté, l'emploi, les habitudes de vie, pour moi, là, c'est un facteur qui est majeur. Par contre, quand on arrive au niveau de l'organisation du système de santé, moi, je favorise que tout ce qui est médicalement requis à l'intérieur d'un certain délai, toute la population peut l'avoir, et on peut l'avoir... une collaboration au système public très fort, avec une certaine collaboration des prestataires dans le privé, avec un paiement public.

Par contre, là c'est un choix qu'on peut faire, puis toute la grande argumentation, vous l'avez faite, il reste qu'à un moment donné aussi les gens peuvent avoir des choix d'utilisation des services en autant que, comme nous autres, comme gouvernement, on fasse en sorte que les gens puissent le recevoir à l'intérieur du médicalement requis. C'est ça, je vous dirais, la position qu'on tient. Merci.

Le Président (M. Kelley): Je ne sais pas. M. Falardeau?

M. Falardeau (Denis): M. le ministre, quand vous parlez de votre intention, là — comment je pourrais dire? — d'encadrer ou de protéger en quelque sorte le consommateur concernant certaines pratiques et notamment en termes de chirurgie esthétique, tout ça, je vous crois. Par contre, en tant que représentant des consommateurs, je pense que je suis un peu atteint... Vous avez appelé ça comment déjà? L'anxiété de quoi?

Une voix: D'appréhension.

M. Falardeau (Denis): Ah bon! O.K. Bon. Je ne sais pas si ça se soigne, là.

M. Bolduc: ...d'appréhension.

M. Falardeau (Denis): Bon. Je ne sais pas si ça se soigne et si c'est couvert par l'assurance maladie, mais en tout cas, à tout le moins... Moi, j'ai comme l'impression que, malgré votre bonne intention, on est comme placés devant une espèce de phénomène, là, de cheval de Troie, c'est-à-dire qu'il y a comme une espèce d'effet pervers. Malgré toutes ces bonnes intentions là, je crains que ce projet-là ne fasse que simplement continuer à paver la voie vers une plus grande privatisation.

Et ça a l'air peut-être un peu — comment je pourrais dire? — surréaliste comme parallèle, mais je me retrouve un peu dans les années quatre-vingt, lorsque le gouvernement du Québec regardait d'un bon oeil l'expérience des HMO, aux États-Unis. Moi, j'ai comme l'impression de revivre sous d'autres formes cette même tendance, c'est-à-dire que... Le citoyen a le droit d'avoir des soins, le citoyen a le droit aussi de choisir son médecin, ainsi de suite, mais, avec le phénomène des HMO, j'ai comme l'impression que, sans mot dire, c'est un peu la même chose, le même phénomène qui pourrait se présenter, c'est qu'en fin de compte on va se retrouver avec une situation où le praticien, le médecin va choisir sa pratique selon ses goûts, ses avantages, ainsi de suite. Le HMO, c'est un peu ça. Le médecin veut une clientèle en santé, avec le moins de risque de maladies importantes, ainsi de suite. On paie le prix et on a un HMO en conséquence. On n'a pas beaucoup d'argent, on va dans un HMO avec une clientèle plus à risque en termes de suivi médical, ainsi de suite.

Là où je vois cette ouverture-là, c'est via les assurances. S'il y a une plus grande ouverture du côté du privé et que la tendance est confortée par votre projet de loi, la solution pour le simple citoyen, c'est soit de payer de sa poche ou de se payer des assurances. Or, des assurances, ce n'est pas tout le monde qui va pouvoir se les payer. Et, si vous me permettez un peu cette petite blague là, si ce projet de loi là va être adopté tel quel, sans le vouloir vous allez influencer une espèce de tendance à la syndicalisation parce que ça va être uniquement les assurances collectives qui vont pouvoir couvrir les citoyens pour ce type de pratique privée là, parce que sinon une assurance individuelle, personnelle, ça va être hors de prix. Parenthèse fermée, là, pour la petite blague.

Mais malgré tout, moi, c'est la crainte que j'ai, M. le ministre. Et on a déjà des précédents. Dans une

autre vie, avant de travailler à l'ACEF de Québec, j'étais en pratique privée et je suis spécialisé en droit du travail et en droit social. Bon. Et, vous le savez, tout ce qui s'appelle accident du travail, accident d'automobile, ainsi de suite, ce sont des assurances, et, dès l'instant où on a besoin de soins de physiothérapie, ainsi de suite, il y a quand même une porte ouverte, qui s'ouvre, disons, plus facilement. Lorsque, malheureusement, on est atteint de certains problèmes qui nécessitent aussi de la physiothérapie, mais malheureusement on n'est soit ni couvert par une assurance publique ou ni couvert par une privée, on doit attendre la physiothérapie mais via la filière publique, et parfois ça crée beaucoup de temps et d'attente.

Une voix: Cinq fois plus long.

M. Falardeau (Denis): Cinq fois plus long, bon. Cinq fois plus long, qu'on me dit. C'est ce type de scénario que je crains voir se répéter et même se multiplier.

Le Président (M. Kelley): Vous avez un commentaire, M. le ministre?

M. Bolduc: ...en tout cas, pour les HMO, là, on pourrait s'en reparler, ce n'est pas tout à fait le modèle, là, parce que les HMO, c'est des organisations dans lesquelles on achète une assurance, et puis les HMO, c'est toutes catégories confondues. Je pense qu'on mélange avec l'accessibilité, aux États-Unis, des gens qui n'ont pas d'assurance, qui ça, en passant, on est tous d'accord que ça n'a pas de bon sens.

Pour ce qu'il s'agit de l'assurance duplicative, au Québec, même si c'est possible actuellement d'en avoir une, il n'y en a pas aucune compagnie qui l'a offerte tout simplement parce que, quand ils font le calcul, ça prend énormément... une grosse base pour pouvoir en profiter, et puis les risques sont dans plusieurs années, et puis même les gens sont plus ou moins intéressés. Ça fait que, si vous prenez des gens de 60 ans puis vous leur donnez cette assurance-là, ça coûte tellement cher que ce n'est pas intéressant. Et là-dessus le système public est gagnant. Moi, je suis convaincu que notre assurance publique est capable d'offrir ces services-là, puis on n'a pas besoin des assurances duplicatives, mais ça a été mis en place pour contrecarrer le jugement Chaoulli.

Puis l'autre élément, tantôt on parlait de la clause dérogatoire, mais une clause dérogatoire, c'est considéré, dans notre société, comme étant quelque chose de tellement majeur que, même dans ce cas-là, on n'a pas jugé bon de l'utiliser. C'est tout.

Le Président (M. Kelley): Ça met fin à cet échange. Maintenant, le député de Marie-Victorin pour un échange de 18 minutes, suivi par le député de Mercier pour un échange de cinq minutes.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Merci pour votre présentation très claire. Il y a quelques amendements auxquels nous songeons, là, pour essayer de corriger certains des travers que vous avez observés et que nous avons observés également avec le projet de loi n° 34. Un des amendements que nous souhaiterions apporter, c'est une modification à l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance maladie pour que les chirurgies qui font

l'objet d'une assurance privée duplicative soient déterminées pas simplement par règlement, mais par voie législative, à l'avenir. Est-ce que vous seriez d'accord avec un amendement comme celui-là?

Mme Cyr (Claudelle): Je vais laisser Mme Le Brun répondre. Mais, avant de faire le développement, je trouve la question un peu embêtante parce que, répondre à cette question-là, ça veut dire donner un aval au projet de loi. Nous avons dit que nous étions contre la création des CMS. Que ce soit une ou l'autre des voies, juste de répondre, ça présuppose qu'on dit qu'on est d'accord. Par ailleurs, on va quand même développer sur votre question, et Mme Le Brun va prendre la parole.

Le Président (M. Kelley): Mme Le Brun.

Mme Le Brun (Hélène): La voie législative est toujours meilleure effectivement que la voie réglementaire et que le décret. Ça vaut pour l'article dont vous faites mention, ça vaut aussi pour les articles qui sont inclus dans le projet de loi n° 33. On laisse quand même encore la possibilité d'élargir ces chirurgies-là par simple voie réglementaire, même si elles sont passées au gouvernement plutôt qu'au ministre. D'ailleurs, une petite contradiction: dans le cas des laboratoires d'imagerie, on les laisse au ministre, mais bon.

Donc, dans tous les cas, effectivement, la voie législative est meilleure. Elle permet, oui, un peu plus de débats, elle permet, oui, un débat parlementaire plus large, mais également des débats publics en commission parlementaire. Sauf que vous serez d'accord avec moi, je crois, M. Drainville, que, dans le contexte où on se situe souvent, de gouvernements majoritaires et de gouvernements majoritaires qui ont certains partis pris envers le secteur privé, qui ont certains... qui voient les PPP comme étant quasi une religion, même la voie législative conduira à l'adoption de lois qui ne seront pas nécessairement bénéfiques pour le Québec.

M. Drainville: Oui. Bien, sur les PPP, vous connaissez notre position sur les PPP, elle a été ferme et sans aucun compromis. D'ailleurs, je tiens à réitérer une chose, le ministre s'attribue la totalité du crédit d'avoir refusé les deux projets de CMSA en ophtalmologie, au CHUM et à Saint-Jérôme. Je tiens à préciser une chose, qu'il y a eu du mou dans la poulie pendant un certain temps. Et alors que, nous, nous lui disions: Ça doit rester dans le système public, il ne faut pas prendre ces chirurgies et les envoyer au privé; si tu veux réduire les listes d'attente dans les Laurentides, investis plutôt à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme pour améliorer le fonctionnement des blocs opératoires, pour améliorer l'accès aux services d'ophtalmologie, pendant ce temps, le ministre actuel s'interrogeait. Et finalement il s'est rangé du bon côté.

● (13 h 10) ●

Et, contrairement à lui, moi, je ne prendrai pas tout le crédit de ça, je dirai... Nous faisons, de notre côté, partie d'un mouvement qui incluait Québec solidaire, qui vous incluait, mesdames, et qui incluait l'ensemble des groupes qui travaillent fort depuis des années pour renforcer, consolider notre système de santé public. Et je vais laisser les dames du Centre de santé

des femmes de la Mauricie, de l'Outaouais et de Montréal vous dire, cet après-midi, le rôle qu'on a pu jouer, en particulier le rôle que ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve a pu jouer pour obtenir le compromis que le ministre nous a promis, entre guillemets, mais dont on tarde à voir la manifestation concrète par un texte de loi ou par un amendement législatif.

Vous disiez tout à l'heure: Je vous fais confiance. Moi, j'aurais dit plutôt: Je lui donne le bénéfice du doute en attendant. Je trouve que la confiance, dans le cas d'un ministre libéral, sur la santé, elle a été pas mal amochée avec ce qui s'est passé avec le précédent. Avant de donner ma confiance à un ministre libéral sur la santé, moi, je serais très, très, très prudent. Je dirais: Le bénéfice du doute en attendant de voir les actions qui suivront, et en attendant de voir les résultats surtout, parce qu'il prêche beaucoup par sa méthode Toyota, mais, jusqu'à maintenant, on attend toujours les résultats de sa fameuse méthode Toyota. Cela étant dit, vous souhaitez réagir, je crois.

Mme Le Brun (Hélène): Bien, je disais simplement, c'est ça, ce qu'on répond à votre proposition d'amendement, c'est que, oui, la voie législative est toujours plus forte que la voie réglementaire, mais elle n'empêche pas l'adoption de lois sous le bâillon, comme nous avons eu les 7, 8, 25, 30, 33, etc.

M. Drainville: Vous avez raison. Vous avez raison. Et d'autres amendements également, auxquels nous songeons, qui ont été proposés par Médecins québécois au régime public, c'est d'élargir les conditions qui permettraient la suspension d'un permis de CMS quand la Loi sur l'assurance maladie n'est pas respectée et... Ça va, vous...

Mme Cyr (Claudelle): Bien, on n'a pas fait...

M. Drainville: Une étude là-dessus?

Mme Cyr (Claudelle): ...la discussion à la coalition, mais, pour nous en tout cas, ça allait de soi, ce genre de proposition là.

M. Drainville: Très bien. Excellent. D'ailleurs, le ministre nous écoute proposer tous ces amendements-là, il ne pourra pas dire que je ne lui donne pas le temps de penser à son affaire, parce qu'éventuellement j'imagine qu'il va avoir une réponse à ces amendements que nous soulevons de témoignage en témoignage. Sur la question...

Une voix: ...

M. Drainville: Pardon?

Une voix: ...

M. Drainville: Et qu'il va non seulement, oui, les accepter, mais les déposer, bien entendu, comme le souligne à juste titre ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve.

Sur la question de l'inclusion des services d'imagerie médicale et de résonance magnétique dans le panier public, un panier de services assurés par le régime public,

est-ce que vous avez déjà fait une évaluation des coûts? C'est une question que j'ai posée, ça, à d'autres personnes. En général, les évaluations, jusqu'à maintenant, c'est de 100 à 200, 250 millions. Est-ce que vous vous êtes penchés là-dessus? Je m'essaye, là. Je ne m'attends pas à ce que vous me disiez oui, mais je vous pose quand même la question.

Mme Cyr (Claudelle): Vos attentes ne seront pas déçues. La coalition n'a pas les moyens de se payer un économiste. Donc, non, on n'a pas fait l'analyse. On les a entendus, les chiffres, hier, mais l'analyse, elle n'est pas... nous, on ne l'a pas faite. Mais, Mme Le Brun...

Le Président (M. Kelley): Mme Le Brun.

Une voix: ...

Mme Le Brun (Hélène): Ceci dit, M. Drainville, effectivement, on n'a pas fait ces évaluations-là, sauf que la question principale à poser, M. Drainville, n'est pas au sujet des coûts qui seraient transférés au public. De un, à partir du moment où ce genre d'examen là est sous contrôle public, un peu comme d'autres types d'éléments, leur utilisation optimale également est sous contrôle public. Donc, on peut dire que les examens d'imagerie médicale qui seraient prescrits ne seraient pas nécessairement prescrits sur une surenchère d'offre à quelqu'un qui est capable de le payer, mais bien parce qu'il en a besoin.

Donc, la question principale à poser à ce sujet-là, ce n'est pas combien ça va coûter, c'est: Ces examens-là sont-ils ou non médicalement requis? Si ces examens sont médicalement requis, ils devraient être sous couverture publique pour les mêmes raisons que j'ai développées tantôt au regard des chirurgies d'un jour. On a tous, au Québec, qu'on soit riche ou pauvre, on devrait tous avoir le même droit d'accès à ce qui peut sauver notre santé ou l'améliorer, et, si c'est médicalement requis, ça doit être sous contrôle public, universel et gratuit.

M. Drainville: Ça a le mérite d'être clair. Par ailleurs, une des phrases tirées de la page 9 de votre mémoire dit ceci, en parlant des CMS avec médecins non participants, vous dites: «...cela ressemble à ouvrir de petits hôpitaux privés.» Je cite, là: «...cela ressemble à ouvrir de petits hôpitaux privés. Par ailleurs, on sait qu'une telle offre privée est soumise aux accords de libre-échange.» Fin de citation.

Jusqu'à maintenant, le ministre, lorsque ça a été soulevé par au moins un autre groupe, a eu l'air de dire: On a des avis juridiques qui nous réconfortent là-dessus. Je ne sais pas si ma question s'adresse à vous ou est-ce que je ne devrais pas l'adresser directement au ministre pour qu'il nous dise où sont ces avis et s'il a l'intention de les déposer, mais, nous, on doit... je dois dire que nous sommes inquiets également de cet aspect-là de la question, là, parce qu'effectivement, à partir du moment où ce n'est plus dans le système public, je ne suis pas sûr que les protections qui sont prévues dans les accords de libre-échange, les protections pour les systèmes publics vont s'appliquer à ces cliniques-là. Et je vous fais d'ailleurs... Encore une fois, je vous souligne le fait que, sur les

cliniques de radiologie, nous étions extrêmement inquiets, nous, de toute la question de la propriété étrangère, et c'est pour ça qu'on a poussé dans le dos du ministre de la Santé précédent pour qu'il y ait des protections pour éviter la présence d'investisseurs étrangers et en particulier de grandes entreprises qui viennent acheter nos cliniques de radiologie au Québec.

Mme Le Brun (Hélène): Mais je suis désolée, mais le projet de loi n° 34 ne dispose pas de la propriété étrangère. Le projet de loi n° 34 vient renforcer que l'exploitation de la clinique, donc le contrôle des services, des traitements qui y sont donnés, etc., soit effectivement... appartienne à des médecins membres du Collège des médecins du Québec. Et d'ailleurs, maintenant, on peut être membre du Collège des médecins du Québec sans résider au Québec, mais ça, c'est une autre question. Sauf que ce projet... Il y a une différence entre l'exploitation d'un centre et sa propriété. Or, le projet de loi n° 34 ne dispose pas que la propriété du CMS soit entre les mains d'investisseurs étrangers, il garantit simplement que les médecins membres du collège auront une priorité, bon...

Une voix: Une majorité.

Mme Le Brun (Hélène): Une majorité, merci, une majorité au conseil d'administration, des actionnaires, etc. Mais ça n'empêche pas la propriété étrangère de...

M. Drainville: ...vous proposer, c'est ceci. Moi, j'ai soutenu cet argument-là devant le personnel du ministre, devant les gens qui composent son cabinet, et on m'a expliqué qu'au sens de la loi le terme «exploitation» voulait dire la même chose que le terme «propriété», de façon générale. Moi, j'avais exprimé des doutes là-dessus lors de la présentation du projet de loi n° 95, et on m'a expliqué que la propriété au sens où vous et moi l'entendons était protégée par les mots «exploitation» dans le projet de loi n° 95. Je ne sais pas si le ministre veut nous offrir qu'on entende ses juristes, qui pourront expliquer, qui pourront donner l'explication que, moi, j'ai reçue lors du briefing technique. On pourrait le faire...

Mme Le Brun (Hélène): Bien, nous, nous avons...

M. Drainville: On pourrait le faire plus tard lors de l'examen, étude par article, là.

Le Président (M. Kelley): Je pense, M. le député, vous avez soulevé... dans votre autre question aussi, vous avez interpellé le ministre. En principe, il n'a pas le droit de réplique à ce moment. Il a signalé son...

M. Drainville: S'il y a consentement.

Le Président (M. Kelley): Oui, on peut le faire. Mais juste peut-être pour l'organisation de nos travaux, je vais permettre au ministre de répondre très rapidement, mais peut-être... Il y a les stades dans nos travaux pour faire l'interpellation du ministre. Maintenant, on est avec les témoins. Très rapidement, M. le ministre, si vous pouvez répondre aux quelques... les choses qui étaient soulevées par le député, et puis je vais revenir au député de Marie-Victorin.

M. Bolduc: Première chose, je pense qu'on n'a pas le temps de faire toute cette discussion-là, puis vous pourriez revenir par la suite, puis ça pourrait être expliqué. Ce n'est pas le lieu, ici, je pense, pour le faire.

Le deuxième élément, c'est... Je n'ai jamais dit, à ma connaissance, que j'avais des avis juridiques sur ce que vous aviez dit, là. J'ai dit qu'on avait déjà porté à ma connaissance, par des groupes, l'argument du libre-échange, mais je n'ai jamais eu d'avis...

M. Drainville: Vous avez dit que ça ne vous inquiétait pas.

M. Bolduc: Bien, excepté que je n'ai jamais dit que j'avais des avis juridiques entre les mains.

M. Drainville: Mais là, si ça ne vous inquiète pas puis vous n'avez pas d'avis juridique pour fonder votre manque d'inquiétude, on a un sacré problème, là.

M. Bolduc: Mais je n'ai jamais dit...

Le Président (M. Kelley): Encore une fois, M. le député, peut-être...

M. Bolduc: Vous faites un...

Le Président (M. Kelley): On peut interpellier le ministre.

M. Drainville: Bon, alors, écoutez...

M. Bolduc: Voilà. Vous faites un...

● (13 h 20) ●

Le Président (M. Kelley): Je pense qu'on aura l'occasion, à l'étude détaillée, pour le faire.

M. Bolduc: ...vous faites de l'extension de pensée, là.

M. Drainville: M. le Président, M. le Président, encore une fois, là, si le ministre veut prendre le temps de réfléchir à ça et de nous produire les avis sur lesquels il se fonde, qu'ils soient juridiques ou pas, pour l'étude article par article...

Il doit bien y avoir des documents, des analyses quelconques qui l'amènent à conclure que les accords commerciaux ne sont pas en cause dans le cas des CMS privés avec médecins non participants. J'espère qu'il y en a, parce que, s'il n'y en a pas, je me demande bien comment est-ce qu'un ministre de la Santé peut dire qu'il ne s'inquiète pas de l'impact qu'aura la création de CMS privés avec médecins non participants en regard des accords commerciaux qui nous affectent.

Alors, je vais garder effectivement ça pour l'étude article par article, et je lui laisse le temps de nous faire cette démonstration-là, et je vais revenir. Mais je dois dire que, moi, je partage cette inquiétude-là et j'espère effectivement que le ministre saura y répondre convenablement.

Mme Le Brun (Hélène): Ce que je peux vous dire...

Le Président (M. Kelley): Mme Le Brun.

Mme Le Brun (Hélène): ...c'est qu'effectivement j'ai relu avec attention, la semaine dernière, l'audition de la commission parlementaire où cette question-là avait été soulevée par M. Drainville, et un juriste membre de l'équipe ministérielle et sur ses propos que nous nous fondons d'ailleurs... Donc, c'était un juriste membre de l'équipe ministérielle antérieure qui a fait justement cette explication-là lors de la commission parlementaire, la différence entre la propriété et l'exploitation, et qui est...

Le ministre antérieur avait répondu qu'effectivement ni le projet de loi n° 33... Et je le cite presque verbatim, je l'ai dans ma sacoche, si vous voulez avoir le vrai. Il avait répondu: Effectivement, ni dans la loi n° 33, il n'a jamais été question de propriété; ce que nous voulions effectivement préserver, c'était l'exploitation. Il est bien certain que les lois en vigueur au Québec effectivement permettent la propriété.

Et, par rapport au libre-échange, mais, ceci dit, nous n'avons pas non plus d'avis juridique, donc je ne m'étendrai pas, sauf que ce qui est sûr, c'est que ce qui est couvert par le régime public et par la loi et qui échappe au libre-échange actuellement, ce sont les services médicaux couverts par le public et les services hospitaliers publics. À partir du moment où il se développe une offre privée, le projet de loi... Et le ministre dit tout le temps que les CMS qui auront la permission d'avoir cinq lits ne feront que de l'hébergement, mais ils font de l'hospitalisation de plus de 24 heures, c'est équivalent. Donc, on vient faire une brèche à un des principaux créneaux qui balise notre système... que notre système de santé soit à l'extérieur des ententes de libre-échange.

À partir du moment où une offre privée, et on l'a vu en hébergement en CHSLD... Quand on ferme des lits en CHSLD et que le Groupe Sedna, en France, par l'intermédiaire d'un ancien commissaire qui a fait une étude sur le système de santé public, vient ouvrir de grands consortiums d'hébergement, ils sont soumis au libre-échange. On va faire la même chose. Effectivement, en limitant à cinq lits, pour le moment c'est peut-être un peu moins attrayant. Mais, comme on a dit hier, et même... Comme il s'est dit hier, et même si le ministre dit qu'il légifèrera en temps opportun, rien n'empêche actuellement un consortium privé de faire une tour avec plusieurs CMS dedans. On s'entend. Et, à ce moment-là, on vient de faire une brèche à l'hospitalisation, qui est une couverture publique. Si on fait cette brèche, elle peut être très fragile en vertu des ententes de libre-échange.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Il reste cinq minutes pour M. le député de Mercier.

M. Khadir: Oui. Encore pour revenir sur cette appréhension justifiée, il faut quand même se replacer dans le contexte des dernières années. Ce qui nous amène là, hein, tout ce questionnement sur les cliniques, sur les centres médicaux spécialisés, sur les garanties de soins qui feraient en sorte qu'on serait obligé par la loi... hein, bon, ça vient de quoi? Jugement Chaoulli, jugement Chaoulli qui vient d'ouvrir... qui a ouvert une brèche pour permettre, donc, à la limite, on pourrait dire une assurance, en fait, de favoriser l'émergence d'une assurance duplicative.

Je ne veux pas faire de lien nécessairement, parce que la juge Deschamps est bien indépendante, sur le plan de ses idées, de son mari, Paul Gobeil, qui est dans... qui a des parts, enfin qui a des intérêts dans Great-West, le plus grand assureur privé en santé actif au Canada, mais on peut constater qu'il y a une apparence quand même ne serait-ce de collusion d'intérêt patrimonial parce qu'il s'agit de la même famille. La juge Deschamps, c'est celle qui a tranché dans le jugement Chaoulli. C'est l'épouse de Paul Gobeil, donc, qui se trouve à la tête de Great-West.

L'autre grand joueur qui a emmené toutes ces dispositions réglementaires législatives juste avant le ministre actuel, c'est le ministre de la Santé précédent, M. Couillard, qui travaille maintenant pour un consortium privé, Persistence Capital Partnership, qui a des intérêts à acquérir un réseau de dispensation privé de soins de santé, que ce soit au Québec ou que ce soit ailleurs au Canada, c'est un capital d'investissement dans ce secteur particulier.

Donc, ceci étant dit, je voudrais poser la question suivante. D'abord, d'après ce que je comprends, donc, il n'y a rien qui empêche, dans la loi n° 34, par exemple, demain, Persistence Capital Partnership de venir acheter, une fois que tout ça, hein, une fois qu'on aura, par exemple, avec des ententes... notre argent public aura servi à financer l'installation, l'équipement, le rodage du personnel puisé à même le réseau public actuel en garantissant l'offre de services pour le public, prenons le cas de RocklandMD, mais il n'y a rien qui empêche, dans quelques années, lorsque tout sera rodé, Persistence Capital Management de venir signer une entente avec le Dr Taras, lui donner des parts, O.K.?, acheter 49 %, le Dr Taras aurait les deux autres pour cent — vous voyez un peu, là, la mécanique en jeu? — puis dire: Bien, regardez, on a acheté celui-là, on a aussi installé une tour avec Sedna 1, 2, 3 ou Medisys 1, 2, 3 sur chaque étage, chacun offrant des services dans des secteurs particuliers, chacun avec le même échafaudage de contrôle de propriété, et, maintenant qu'on a cette offre de services privés avec suffisamment d'attraits, d'équipements, je dirais, de légitimité conquis, conquis... la légitimité... conquise, grâce à ces ententes sur quelques années, bien là on s'excuse, on a le personnel, on a le matériel, on a les lits, on a les installations, on s'excuse, on sait bien que vous avez des besoins dans le secteur public au Québec, nous avons drainé des ressources, vous êtes de plus en plus en pénurie de ressources, mais là on a des clients qui vont venir d'Abu Dhabi, de Hong Kong, des États-Unis, qui ont besoin de chirurgies privées hors, bien sûr, hors de tout notre contrôle... mais ils ont le contrôle par propriété, c'est la loi qui règne ici, on ne pourra rien dire.

Est-ce qu'on pourra dire quelque... Est-ce qu'on a un recours? Est-ce que le ministre peut dire: Écoutez, non, non, non, moi, j'ai financé en grande partie, à même les deniers publics, le rodage de tout ce système-là, j'en ai besoin parce qu'il offre ce que je ne peux pas offrir, là, par entente, il est supposé répondre à mes besoins, puis là vous me dites que je n'ai plus rien? Est-ce que le ministre pourrait dire quelque chose?

Mme Le Brun (Hélène): Il est certain en tout cas que l'ALENA pourrait dire quelque chose.

M. Khadir: Pour protéger le capital étranger, n'est-ce pas?

Mme Le Brun (Hélène): Oui.

M. Khadir: Pour protéger Persistence Capital Partnership, par exemple, parce qu'ils ont des droits, suivant l'ALENA. Et c'est là le danger, c'est là qu'il ne faut pas se berner. Je comprends la bonne volonté du ministre, mais je pense que nos collègues doivent être conscients que les intérêts en jeu sont immenses, il s'agit de milliards de dollars, il s'agit littéralement de milliards de dollars.

Et, moi, je dis: Plutôt que de faire ça, j'appelle le ministre à revoir le régime d'assurance médicaments, qui fera en sorte que, si on utilise ce qui est déjà fait par mon hôpital, juste ce pouvoir de négociation, c'est immédiatement 1 milliard de dollars de ressources à ta disposition pour faire un tas d'investissements dans le réseau public, immédiatement, sans casser la baraque. Si on va plus loin avec le modèle néo-zélandais, c'est jusqu'à 2 milliards de dollars sur les 3,4 milliards. Je lui en ferai encore la démonstration, s'il le veut, au moment opportun.

Mais ce qui est certain, c'est qu'on n'a pas besoin, si on a la volonté, là, il y a toutes les ressources si on veut bien ne pas les laisser s'échapper ou s'envoler en faisant des bonbons soit aux assureurs soit aux compagnies pharmaceutiques privées, puisque tout ça, là, le noeud, le nerf de la guerre, tout ce qui fait qu'on en est rendu là...

Le Président (M. Kelley): En conclusion, s'il vous plaît.

M. Khadir: ...c'est le problème de financement. C'est ça qui a fait qu'on a été à défaut d'avoir des services...

Le Président (M. Kelley): En conclusion, s'il vous plaît.

M. Khadir: ...pour rencontrer les besoins puis que, là, tout ça s'est enclenché avec le jugement Chaoulli.

Le Président (M. Kelley): Sur ça, il me reste à dire merci beaucoup aux représentants de la Coalition Solidarité Santé.

Sur ça, nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 15 heures, dans cette même salle.

(Suspension de la séance à 13 h 30)

(Reprise à 15 h 5)

Le Président (M. Kelley): À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission des affaires sociales reprend ses travaux.

Je vais vous rappeler le mandat de la commission, s'il y a des personnes qui ne le savent pas par coeur encore. La commission est réunie afin de procéder aux consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 34, Loi modifiant diverses dispositions

législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale.

Alors, nous avons un groupe de témoins pour commencer cet après-midi, le Centre de santé des femmes de la Mauricie, la Clinique des femmes de l'Outaouais et le Centre de santé des femmes de Montréal. On a convenu pour une période, avec la commission, de 1 h 30 min, donc une présentation de 20 minutes, suivie par un échange avec les membres de la commission.

Les centres sont représentés par: Mme McNamara, de la Clinique des femmes de l'Outaouais; Mme Morin, directrice de la Clinique des femmes de l'Outaouais; Anne Marie Messier, qui est l'agente développement du Centre de santé des femmes de Montréal; et finalement Diane Carle, qui est la coordonnatrice du Centre de santé des femmes de la Mauricie, si j'ai bien compris. Alors, qui va briser la glace? Madame... O.K. Parfait. Mme Messier, la parole est à vous.

Centre de santé des femmes de la Mauricie, Clinique des femmes de l'Outaouais et Centre de santé des femmes de Montréal

Mme Messier (Anne Marie): Merci, M. le Président. Alors, MM. les députés — je cherchais les dames — mesdames, M. le ministre, d'abord merci de nous recevoir, d'avoir accepté de nous entendre aujourd'hui.

Il y a, au Québec, trois organismes communautaires qui offrent un service d'avortement: le Centre de santé des femmes de la Mauricie, le Centre de santé des femmes de Montréal et la Clinique des femmes de l'Outaouais. Nos trois organismes ont des missions semblables, et la mise sur pied de nos services d'avortement, en 1981, a été réalisée conjointement par nos communautés et par des CLSC. Depuis 28 ans, nous recevons et accompagnons les femmes dans leurs démarches, et nos centres représentent une partie essentielle de l'organisation des services IVG dans nos régions respectives et au-delà.

Cependant, depuis l'adoption du règlement sur les cliniques médicales spécialisées, nous ne pouvons que constater le néant dans lequel nous nous retrouvons. Avec la loi n° 33, l'avortement devenait désormais réservé soit au réseau public soit aux nouvelles cliniques médicales spécialisées. Le projet de loi n° 34 venant préciser les modalités de propriété et d'exploitation des CMS, il est devenu évident que, dès septembre, sans transformation en cliniques privées à but lucratif, nous n'aurions plus notre place, une situation que, vous le comprendrez, nous jugeons absurde et injuste.

Nous sommes ici pour vous convaincre de retirer nos trois centres de l'application de la loi n° 33. Mais voici d'abord une brève présentation de chacun de nos centres.

Mme Carle (Diane): Alors, Centre de santé des femmes de la Mauricie. Alors, le centre de la Mauricie pratique des avortements depuis 1981. Alors, il faut se dire qu'à l'époque il y avait très, très peu d'avortements qui étaient pratiqués aux centres hospitaliers. C'était l'époque des comités d'avortement thérapeutique. Ce service n'est gratuit que depuis 1998, suite à une entente spécifique pour le volet Priorités régionales de l'Agence santé et services sociaux Mauricie—Centre-du-Québec.

L'avortement est la mission première du centre, même si, très rapidement après l'ouverture, des services d'information sur la contraception, les ITS, des services de gynéco, d'écoute, de thérapie, des ateliers échange, des groupes de soutien, des consultations en homéopathie, naturopathie, des consultations sur l'orientation sexuelle et de l'écoute pour les femmes lesbiennes se sont ajoutés.

La mission du centre est de favoriser le pouvoir des femmes face à leur santé et de veiller à ce que leurs droits en santé soient reconnus. Ainsi, le centre est un lieu d'information, de réflexion, d'échange et de soutien pour les femmes, un lieu où les femmes peuvent réapprendre à se faire confiance, à se donner des moyens pour agir et pour prendre de meilleures décisions face à leur santé. C'est dans cette perspective que le centre a voulu marquer son désaccord avec la loi n° 33 et le projet de loi n° 34 par son mémoire *Position face aux dispositions législatives régissant les centres médicaux spécialisés*, qui a été soumis à la commission, ici.

Le centre est intégré à l'organisation des services en planning de sa région sociosanitaire depuis 1990. Les examens préavortement sont faits au Centre de santé des femmes et représentent 93 % des avortements pratiqués. Des rencontres individuelles sont prévues pour le soutien à la prise de décision. Une rencontre, le jour de l'intervention, sert à la fois d'information sur le déroulement de la journée et de soutien. Une rencontre est également offerte aux personnes qui accompagnent les femmes le jour de l'intervention. Les femmes disent apprécier le service hors hospitalier et le fait de pouvoir être accompagnées dans la salle lors de l'intervention et dans la salle de repos. Le centre pratique environ 500 avortements par année, ce qui représente 51 % des avortements de sa région. Un service de suivi postavortement est également offert aux femmes. Dans la dernière année, 98 stérilets ont été posés en postavortement.

Les femmes qui doivent se déplacer pour un avortement au centre ou dans un autre point d'accès de la région bénéficient d'un fonds de dépannage pour les frais de déplacement, de séjour, de gardiennage, administré par le centre et financé par l'Agence santé et services sociaux Mauricie—Centre-du-Québec. Les femmes étrangères qui n'ont pas de carte d'assurance maladie et peu de ressources financières profitent également du fonds de dépannage. Dans la dernière année, 84 femmes ont pu être ainsi soutenues par le fonds de dépannage. Pour la totalité des services, 8 202 femmes ont fait appel au centre dans la dernière année.

Les services du centre sont subventionnés à 90 % par l'agence santé et services sociaux, et 10 % de son budget vient de sources d'autofinancement. Alors, évidemment, le centre est administré par un collectif — on appelle ça comme ça — pour le conseil d'administration, neuf personnes qui représentent les participantes usagères, les militantes bénévoles et les travailleuses. On a aussi un comité de pratique qui réunit les médecins et l'équipe de travailleuses, où se prennent, au fond, toutes les décisions médicales. Ça complète un peu notre portrait.

● (15 h 10) ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Mme Messier.

Mme Messier (Anne Marie): À Montréal, ça été le premier centre de genre au Québec. Le Centre de

santé des femmes de Montréal, un organisme communautaire autonome, sans but lucratif, a ouvert ses portes en 1975. Depuis, il vise à regrouper les femmes sur la base d'un projet social commun en santé. Lieu d'échange, d'information, de concertation, sa mission première est la prise en charge par les femmes de leur santé gynécologique.

C'est en 1981 aussi, en collaboration avec cinq CLSC de la région de Montréal, que le centre a mis sur pied son service avortement libre et facilement accessible. Depuis les débuts, on y pratique une approche globale, un contact privilégié avec les femmes et une démythification de la pratique des avortements en dehors du cadre hospitalier.

Aujourd'hui, nos principales activités regroupent, outre le service avortement, un service d'accueil et de référence, très achalandé, des activités éducatives et de formation, évidemment le service d'IVG, un service de dépistage ITSS et de contraception pour les clientèles vulnérables et finalement l'information et la vulgarisation.

Comme pour l'ensemble de nos services, le service avortement repose sur une approche collective et féministe qui se distingue par une rencontre de groupe avant l'intervention, la possibilité de choisir ou non une médication, la possibilité d'être accompagnée dans la salle avortement lors de l'intervention par un soutien constant de l'équipe des travailleuses. Auprès des femmes, l'équipe féminine du service avortement propose une approche unique où le cœur de la rencontre est basé sur la chaleur, l'écoute, le respect. On y prend le temps de donner de l'information et de démythifier l'intervention, tout en respectant les émotions liées à ce choix. Actuellement, le Centre de santé des femmes de Montréal pratique principalement des avortements de premier trimestre ainsi que quelques-uns du début du deuxième trimestre.

L'équipe est composée de cinq médecins ainsi que de 10 travailleuses, dont cinq infirmières et trois intervenantes. Un conseil d'administration formé de représentantes de la communauté et de travailleuses chapeaute l'administration de l'organisme, et un comité médical formé de tous les médecins du centre est responsable des procédures et des protocoles médicaux.

L'agence de Montréal a attribué au Centre de santé des femmes de Montréal un quota maximum de 1 142 avortements par année, ce qui représente environ 10 % des avortements pratiqués dans la région de Montréal et près de 25 % des avortements effectués à Montréal hors du réseau des CSSS. Les quotas d'IVG ont été instaurés à Montréal en janvier 2007 par l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal.

Pour mémoire, lorsque le jugement Bénard sur le recours collectif a imposé la gratuité partout pour les IVG, le gouvernement a d'abord tenté d'augmenter la capacité du secteur public, nous y inclus, pour répondre à toutes les demandes de services. Ainsi, à la demande de l'agence, nous avons modifié l'organisation de nos services pour augmenter notre capacité, qui était, à cette époque, environ de 1 250, à 1 500 avortements par année.

Cependant, devant la quasi-impossibilité de combler rapidement les 5 000 IVG faits hors du réseau public à Montréal, l'agence a plutôt conclu une entente financière avec les cliniques privées montréalaises pour payer les frais afférents par avortement. Avec un service d'IVG chroniquement déficitaire depuis toujours et

compte tenu de l'amélioration substantielle que représentait ce montant, le Centre de santé des femmes de Montréal a aussi adhéré à cette entente, ce qui a mis fin à la nécessité de demander des contributions volontaires aux femmes. Afin de limiter l'enveloppe budgétaire nécessaire, les quotas ont été établis sur la base des avortements réalisés en 2005. Pour notre centre, il a été fixé à un niveau inférieur à notre nouvelle capacité.

Les quotas limitent la liberté des femmes de choisir le médecin et le lieu où obtenir un avortement. En effet, la demande est forte pour des avortements en clinique ou à notre centre, de sorte que des attentes de deux à trois semaines sont devenues plus fréquentes. Au Centre de santé des femmes de Montréal, qui est la première porte d'entrée pour beaucoup de femmes, la demande était depuis longtemps supérieure à la capacité, et nous devons déjà référer trois femmes sur quatre. Cependant, nos infrastructures, notre personnel, y compris les médecins, sont fin prêts à recevoir un plus grand nombre de femmes dès que nous aurons le financement nécessaire.

Mme Morin (Sylvie): O.K. La Clinique des femmes de l'Outaouais, elle aussi, a ouvert ses portes en 1981 pour y offrir un service médical que les hôpitaux de la région 07 refusaient d'ouvrir. En fait, à toutes fins pratiques, c'était l'Hôpital de Hull. Il faut se rappeler que, dans les années soixante-seize, à la création des cliniques Lazure, il s'appelait l'Hôpital Sacré-Coeur, et il y a eu une telle pression des personnes antichoix sur le conseil d'administration de l'hôpital que l'hôpital a changé de nom et est passé de l'Hôpital de Sacré-Coeur au Centre hospitalier régional de l'Outaouais, à la fin des années soixante-dix, parce que le... et a carrément refusé d'offrir ce service.

Alors, les CLSC étaient aux prises avec une clientèle qui avait besoin de services d'IVG. La communauté, les groupes communautaires et les groupes de femmes s'y sont mis, et quatre CLSC ont, à même leurs budgets, sorti des sous, sorti des fonds pour remettre à un groupe de femmes, qui étaient nous autres. Pourquoi les CLSC ne l'ont pas fait, à l'époque, d'offrir un service d'IVG? Parce qu'il y avait la loi fédérale qui criminalisait les avortements hors comité d'avortement thérapeutique, etc., et aussi parce qu'il y avait la présence de personnes antichoix sur leur conseil d'administration. On pourrait y revenir.

On fait environ 1 500 IVG par année. En 2009, c'est toujours le seul point de service, puisque les hôpitaux ne pratiquent toujours aucune IVG, sauf pour les rares cas où un environnement hospitalier est requis, exemple une femme diabétique, cardiaque, etc. Il y a un seul médecin, à l'Hôpital de Gatineau, qui accepte de les faire. C'est très regrettable. C'est très précaire, parce que cet homme-là prend des vacances. Quand il prend des vacances, il n'y a plus de service. Et ils font par contre quelques avortements thérapeutiques là où l'état de santé de la mère ou de l'enfant nécessite un avortement. Le tout, dans cet hôpital, se fait en salle d'accouchement avec mamans et bébés autour. Il n'y a aucun effort pour humaniser la pratique des quelques IVG qu'ils font par année.

Contrairement à certains points de vue, nous estimons que le fait que la totalité des IVG, en Outaouais,

soient assurées par un groupe communautaire n'est aucunement un problème, mais une solution très efficace qui a fait ses preuves et également une garantie d'accès au service. En effet, les personnes et groupes... — vous allez dire que c'est ma marotte, je vais vous dire pourquoi — les personnes et groupes antichoix, particulièrement actifs dans la région, ne peuvent s'immiscer dans notre conseil d'administration comme ils pourraient le faire dans un conseil d'administration d'un établissement du réseau et créer des difficultés. Pour information, nous avons obtenu la première injonction permanente au Canada pour éloigner les manifestants dans un périmètre autour de la clinique. Quand je vous dis que nous serons là.

Bon. Que les établissements du réseau public de l'Outaouais se mettent à offrir un service d'IVG constituerait une coûteuse duplication de services dans une région où il y a d'énormes carences dans d'autres services essentiels qu'ils rendent et dans des délais d'attente inacceptables pour avoir accès à certains soins, quand on ne parle pas carrément de bris de service ou de services inexistantes. Par exemple, on n'a pas de clinique de MTS ni d'ITSS, en Outaouais. Il y a zéro service. C'est un exemple.

Nous rendons par ailleurs un service qui était offert par tous les CLSC de la région jusqu'au tout début des années quatre-vingt-dix: le planning familial aux adultes, le volet contraception. Les CLSC urbains ont abandonné ce service, qui ne faisait plus partie de leur clientèle prioritaire. La Clinique des femmes est maintenant le seul point de service en contraception pour les femmes qui n'ont pas de médecin de famille ou dont le médecin de famille refuse de prescrire des produits contraceptifs. Ça existe encore aujourd'hui, 2009, Outaouais. ● (15 h 20) ●

L'engagement envers la cause sociale qu'est l'IVG, les valeurs féministes et l'organisation des soins explique le haut taux de rétention de nos médecins et infirmières dans une région où la pénurie de ces professionnels est catastrophique. On les garde, nos médecins, nos infirmières, ça assure ainsi une solide réputation à la clinique. C'est dans tout ce contexte d'engagement, de dévouement à la clientèle, de souci de gestion des fonds publics que nous recevons que nous nous considérons comme un partenaire du réseau public.

Le Président (M. Kelley): Mme Messier.

Mme Messier (Anne Marie): Les centres de santé des femmes et la loi n° 33. C'est le Centre de santé des femmes de Montréal qui, le premier, a subi l'impact de la nouvelle obligation découlant de la loi n° 33. En Outaouais, jusqu'en janvier dernier, l'agence répétait que le nouveau règlement ne s'appliquerait pas aux centres de santé des femmes. En Mauricie, c'est en octobre 2008 que le centre apprend que l'avortement serait inclus par règlement dans une loi qui l'obligerait à se transformer en clinique privée à but lucratif dès 2009.

La question ne refait surface qu'en mars 2009, en vue d'une rencontre tripartite avec les fonctionnaires du ministère de la Santé, les représentants des agences et les centres de santé en regard des considérations juridiques. Le 3 avril 2009, le centre de la Mauricie transmettait à la Commission des affaires sociales son mémoire *Position face aux dispositions législatives*

régissant les centres médicaux spécialisés, par lequel il conteste l'inclusion de l'avortement dans la liste des traitements médicaux spécialisés et l'obligation faite aux centres d'abandonner leur statut communautaire autonome à but non lucratif.

À Montréal, c'est au moment de la signature, en décembre 2007, de l'entente de paiement des frais afférents pour les IVG avec l'agence qu'il y avait une clause qui prévoyait, le cas échéant, notre obligation de se transformer en CMS. Lorsque les modalités ont été connues, le centre de Montréal a déployé de nombreux efforts pour tenter de se conformer. On a fait appel à une avocate spécialisée en droit de la santé pour évaluer la portée des changements requis. Quand il a été établi que le centre ne pouvait lui-même devenir un CMS mais devait créer une entité distincte, propriété de médecins, indépendante du centre et liée seulement par une entente contractuelle, d'autres solutions ont été explorées.

En octobre 2008, nous déposons un projet pilote d'organisme associé qui a été déposé par le centre de Montréal, projet qui, bien que demandant une exclusion déjà de l'obligation de transformation en CMS, proposait un cadre qui correspondait par l'esprit à la volonté d'encadrement des IVG du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le projet a été écarté par le ministère.

Pour obéir à l'obligation de propriété du CMS par un ou par des médecins, le ministère, via l'agence de Montréal, a plutôt exposé une formule dans laquelle seul un des médecins du centre deviendrait l'exploitant du CMS, une sorte de prête-nom, tandis que le CMS serait défini par la seule salle d'avortement. En outre, on nous proposait de l'aide technique pour la rédaction du contrat nous liant à cet exploitant de CMS.

On a entrepris d'examiner la formule, mais plus les implications d'un tel contrat étaient approfondies, plus apparaissaient les innombrables écueils de cette solution. En vérité, dans les faits, demander à un médecin d'exploiter des IVG pratiquées au centre reviendrait à lui céder cette pratique. Tout médecin qui assumerait cette responsabilité en exigerait, avec raison, les pouvoirs correspondants, par exemple le choix des autres médecins, la gestion du personnel, l'organisation du service avortement, c'est-à-dire les horaires, le nombre d'IVG par jour, le personnel requis, l'approche avec laquelle effectuer les procédures entourant l'IVG, toutes choses qui sont actuellement la responsabilité de nos centres respectifs.

Or, le service d'IVG d'un centre de santé est étroitement lié à sa mission globale d'information en santé gynécologique. Scinder les deux est impraticable et lourd logistiquement. Dans ce contexte, il devenait impossible de tracer une ligne claire entre les pouvoirs de l'exploitant et ceux du centre, sans compter le risque réel que l'exploitant puisse un jour vouloir quitter le centre ou cesser ses activités malgré une entente contractuelle. Les médecins qui pratiquent dans nos centres n'ont manifestement pas choisi une structure qui leur impose des lourdes responsabilités non médicales. Il n'y a qu'une cinquantaine de médecins qui pratiquent des avortements au Québec, il est préférable qu'ils continuent à faire des avortements.

En janvier 2009, le centre de Montréal est venu à la conclusion qu'il était impossible de mettre en place

une pareille structure et en a informé l'agence de Montréal. Peu de temps après, les deux autres centres ont été informés qu'il y aurait une rencontre tripartite avec les fonctionnaires du ministère de la Santé, les représentants des agences et les centres de santé de femmes pour faire le point sur les questions juridiques. Le 7 avril, donc, cette réunion a eu lieu, et le ministère de la Santé maintenait sa position, et les centres étaient mis devant le choix suivant: ou se conformer en se transformant en cliniques privées, ou fermer le service avortement. La question devenait politique.

Il est impossible de concilier les missions d'un organisme communautaire autonome avec celles d'une clinique privée à but lucratif. Non seulement existe-t-il une incompatibilité juridique, mais la proposition dénature la vocation sociale et non lucrative des centres. De plus, le changement de structure proposé n'assure pas davantage l'accessibilité, ni la qualité, ni la gratuité des avortements dans les centres ou ailleurs au Québec.

La publication du projet de loi n° 34, avec ses précisions sur la nature des pouvoirs de l'exploitant d'un CMS, est venue renforcer notre opinion. Il serait impossible pour nos centres d'en venir à une quelconque entente avec un hypothétique exploitant de permis de CMS sans perdre complètement l'essence de ce qui nous distingue comme organismes communautaires sans but lucratif voués à offrir aux femmes des avortements dans un milieu sécuritaire, chaleureux, respectueux et qui les encourage à prendre en main leur propre santé gynécologique.

Les centres de santé des femmes du Québec revendiquent le maintien de leurs organismes dans leurs activités et dans leur structure. C'est la raison pour laquelle nous demandons à être exclus de l'application de la loi n° 33 et du projet de loi n° 34. Il y a d'autres formules possibles pour conforter les préoccupations du ministère relativement à l'avortement. D'autres organismes communautaires oeuvrant dans des secteurs différents en santé ont signé des ententes de service sans devoir modifier fondamentalement leur mission ou leur structure et sont régis, par exemple, par des ententes signées en vertu de l'article 108 de la loi de la santé.

Depuis 28 ans, le service IVG s'est construit, au Québec, par les centres de santé des femmes, en collaboration étroite avec le secteur public. Notre mission, notre approche encouragent les femmes à prendre leur santé en charge en les outillant pour faire des choix éclairés. Nos services font partie prenante de l'offre de services publics et appartiennent à la communauté.

L'obligation de se transformer en cliniques privées pour la pratique des avortements est un déni de reconnaissance du rôle des centres de santé dans l'établissement d'une pratique d'avortement sécuritaire et adaptée aux besoins des femmes. Les centres de santé des femmes ne sont pas et ne peuvent pas être des cliniques privées. Cela est contraire à notre mission, à nos valeurs, à notre histoire, qui s'est bâtie en collaboration constante avec le secteur public. Il est très difficile de croire que l'intention du ministre est de mettre en jeu les acquis et la contribution des centres à l'organisation des services d'avortement du Québec.

L'avortement étant acte de première ligne, nous avons été consternés de son inclusion dans la liste des traitements spécialisés. Comme d'autres regroupements

l'ont dit avant nous, la protection, la sécurité, la qualité auraient pu être assurées autrement. Avec les CMS, il faut empêcher que de futures cliniques ou même des cliniques actuelles privées passent à des services à deux vitesses: l'une gratuite avec une entente, avec un délai d'environ deux semaines; et l'autre payante, avec des médecins désengagés, avec un délai de deux jours, recréant de facto l'injustice que les femmes ont vécue jusqu'au jugement Bénard.

Pour conclure, nous réitérons qu'une solution propre aux organismes communautaires qui pratiquent des avortements est nécessaire. Nous espérons que le ministre de la Santé profitera du projet de loi n° 34 pour résoudre l'impasse législative devant laquelle la loi n° 33 a placé nos trois centres de santé des femmes du Québec. À notre avis, cette solution passe par l'exclusion des centres de l'application de la loi n° 33 et par des ententes qui, tout en préservant notre statut d'organisme communautaire autonome, assureront aux femmes l'accessibilité à des services d'avortement de qualité, gratuits, dans les lieux de leur choix. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme Messier. On va passer maintenant en période d'échange avec les membres de la commission, deux blocs de 30 minutes, en commençant avec le ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le ministre.

● (15 h 30) ●

M. Bolduc: Merci de votre présentation. Puis, je pense, je l'ai dit ce matin, là, je suis très, très sensible, là, à tout ce qui touche les interruptions volontaires de grossesse. Ça doit être disponible, accessible, gratuit, dans les plus brefs délais possible. Si je comprends bien, la loi n° 33 vous a mis dans une impasse et vous êtes encore dans cette impasse-là s'il n'y a pas de modification.

Mme Messier (Anne Marie): S'il n'y a pas de modification, on va...

M. Bolduc: Donc, si on vous donne satisfaction avec la loi n° 34, avec les conditions que vous avez dites tantôt, pour vous, la loi n° 34, ce sera un gros plus.

Mme Messier (Anne Marie): Bien, c'est-à-dire que, s'il y a un amendement dans la loi n° 34, amendement qu'on n'a pas vu encore... Donc, s'il y avait un amendement pour nous exclure de la loi, certainement.

M. Bolduc: Oui. Bien, moi, je vais vous dire comment on le positionne. Vous étiez les seuls groupes qui causent problème, c'était, comme de fait, en étant cliniques médicales spécialisées, ça changeait complètement votre structure. Les médecins doivent être propriétaires de votre clinique, puis on sait pertinemment que les médecins qui vont là ont déjà le courage d'aller faire des interruptions volontaires de grossesse, ils veulent donner le service, mais ils ne veulent pas nécessairement être propriétaires de la clinique, puis il y a toutes les autres contraintes qui vont avec.

Et puis, moi, la proposition, puis je l'ai dit, là, c'est qu'on va... on devrait vous exclure de cliniques médicales spécialisées, avec 34. Par contre, il y a des conditions, pour moi, qui sont essentielles. Quand on parle d'interruption volontaire de grossesse, on en a

discuté avec le Conseil du statut de la femme quand je les ai rencontrés il y a quelques semaines, eux autres, ils disaient: C'est de la première ligne. Pour moi, c'est une intervention, parce qu'il y a déjà eu des grosses complications avec des interruptions volontaires de grossesse, ça peut arriver. Pour moi, l'élément qualité et sécurité, que je suis certain que vous respectez, là, est un élément important et je ne voudrais pas aller en bas des standards, avec les interruptions volontaires de grossesse, que ce qu'on demande aux autres. Puis ça, c'est tout à fait correct, hein? Vous comprenez, je défends pratiquement la santé de la... Bien, je défends la santé de la femme quand je dis ça. Il ne faut pas avoir deux catégories de citoyennes qui sont traitées dans ces conditions-là. Première chose.

Deuxième chose, il faut vous trouver une façon que vous restiez comme vous êtes là, parce que vous faites un excellent travail, et vous donner les mêmes possibilités. Puis la façon dont on le voit, c'est, en vertu de 108, d'avoir une entente, possiblement avec l'agence, de vous permettre de continuer à faire les mêmes choses, et ça, je vous le garantis. O.K.? Ça fait que ça, c'est enregistré, là. Ça fait que, là...

Mme Messier (Anne Marie): O.K. C'est enregistré.

M. Drainville: Il y a des témoins, M. le Président.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Kelley): Il y a même des caméras. Alors, c'est disponible sur le site Web de l'Assemblée nationale en tout temps.

M. Bolduc: D'ailleurs, votre plus gros travail, là... Puis là il va y avoir des modalités, c'est sûr qu'il y a toujours des petites modalités qu'il faut qu'on attache, les détails, on les réglera après, là. Mais c'est sûr qu'il va falloir que vous travailliez fort avec l'opposition pour qu'on accepte la loi n° 34. Ça, c'est certain qu'il y a un gros travail à faire de ce côté-là. Mais on devrait être capables de s'entendre parce que, jusqu'à date, on a une excellente collaboration puis on travaille dans le même sens, avec peut-être des petites modalités. Mais, jusqu'à date, je suis content de ça. Ça fait que, pour moi, là, c'est...

M. Drainville: C'est dommage que je n'aie pas de droit de réplique, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Pas pour le moment, mais ça va venir.

M. Bolduc: Ça fait que, comme vous voyez, on travaille ensemble. Puis je suis certain que l'opposition ne s'opposera pas à la proposition qu'on vous fait sur les conditions qu'on a dites. C'est sûr que, pour moi, la gratuité est importante. Par contre, j'ai des questions à vous poser à cause du Conseil du statut de la femme qui nous a dit des choses.

Entre autres, la question du délai de deux semaines. C'est sûr qu'idéalement la femme qui veut un arrêt de grossesse, on le lui fait le matin même ou le

lendemain, mais on sait que, du côté pratique, même quand on a fait une grande offre de services, ça peut arriver, quand on est enceinte de peut-être huit semaines ou de sept semaines, on va l'avoir à neuf ou 10 semaines. Ça, je comprends que, quand on est rendu à la fin de l'autorisation d'avoir l'arrêt de grossesse, on attend deux semaines puis on dépasse le délai, ce n'est pas correct, mais habituellement, pour vous, un délai de deux semaines, c'est-u un délai qui est quand même acceptable?

Mme Messier (Anne Marie): Bien, écoutez, avant, on avait un délai d'à peu près une semaine et demie avant qu'on signe les ententes, mais on réfrait beaucoup, là, par exemple à Montréal. La question, c'est qu'au niveau des délais on a des quotas, à Montréal, c'est une situation très montréalaise, parce qu'évidemment, en Outaouais, c'est eux qui les font tous, donc ils les prennent tous, mais, à Montréal, c'est les quotas. On pourrait en faire un peu plus, on pourrait en prendre un peu plus.

Il ne faut pas oublier une chose, un avortement, ce n'est pas un acte banal, et les femmes ne veulent pas faire ça nécessairement n'importe où, et les conditions dans lesquelles cet acte-là se fait... On a beau dire que notre... au niveau de la société... L'avortement est quelque chose qui a été accepté globalement au niveau des gouvernements, mais, au niveau de la société, je ne connais pas une femme qui rentre le lendemain matin en disant: Bon, bien, par ailleurs, j'ai eu un avortement hier. Personne ne fait ça. Il y a une difficulté là-dessus, ce n'est pas quelque chose de facile. Les femmes ne veulent pas aller n'importe où pour ça.

Il y a des centres hospitaliers, c'est dans le réseau public, qui ont... bon, il y en a qui offrent un service formidable, il y en a qui est plus difficile. On le sait, on l'a vu dans des régions, on ne peut pas forcer un médecin à faire un avortement. On force des infirmières à travailler dans des services avortement même si elles ne le désirent pas nécessairement. L'encadrement dans lequel c'est fait est parfois difficile. Bon.

Alors, les femmes, en premier, vont venir frapper au centre de santé des femmes dans les trois régions où il y en a, c'est le premier endroit. On le voit à Montréal, on reçoit la majorité des appels en premier. Info-Santé, quand une femme appelle là pour avoir de l'information, elle se fait donner le numéro de téléphone du Centre de santé des femmes de Montréal. On ne peut pas toutes les prendre, c'est sûr, mais c'est sûr que c'est un endroit idéal pour recevoir ce type d'intervention et pour avoir une assurance d'être accompagnée adéquatement.

Donc, oui, c'est vrai que le fait que c'est devenu gratuit en clinique privée, en centre de santé des femmes a fait augmenter la demande dans ces secteurs-là. Et, on pense, ça dépend. Évidemment, ça dépend. Une femme qui va nous appeler en fin de premier trimestre, on va tenter de la rapprocher le plus possible. La majorité des femmes nous appellent au moment... en fait, je vous dirais dans l'heure qui suit le test de grossesse. Je pense que, pour la plupart, c'est ça. Alors, c'est sûr qu'il faut qu'on attende la sixième semaine, et on va donner... Si la femme nous appelle, elle est à cinq semaines et demie, elle attend deux semaines, ce n'est pas trop grave parce qu'elle est à sept semaines et demie et ça va généralement relativement bien. Mais autrement, pour beaucoup de femmes, avoir un avortement dans les deux

jours qui suivent le coup de fil, ça pourrait devenir intéressant. Et c'est là où on a une inquiétude par rapport à la tentation, à cause de la loi des CMS, pour certains médecins, d'ouvrir une clinique avec des médecins non participants qui offriraient ce service-là en deux jours, en échange d'argent, et ça, ça nous achale beaucoup parce que nulle part il y a quoi que ce soit, sinon votre bonne volonté comme ministre de dire non à cette demande de permis de CMS. Je trouve que c'est beaucoup de responsabilité pour vous seul là-dessus.

M. Bolduc: Moi, ce que je trouve important, c'est être capable d'offrir le service à la femme qui le demande, dans un système public gratuit, le plus rapidement possible. Dans une question de système... parce que vous savez qu'aussi les demandes peuvent varier selon la journée, hein? Ça, c'est comme les infarctus; une journée, on en a trois, puis le lendemain, on n'en a pas du tout, là. Ça peut être variable dans l'année, là, selon les périodes. Donc, il faut être capable de répondre à ces demandes-là.

Moi, ce que je trouve intéressant en termes de délai... C'est sûr que celle qui est près, comme à neuf ou 10 semaines, il faut le faire le plus tôt possible. À sept semaines, ce n'est pas toutes les femmes qui le veulent nécessairement le lendemain. Il faut essayer de répondre aux besoins. Mais un délai d'une semaine ou deux parfois peut être acceptable en autant qu'on ne dépasse pas un certain temps.

L'autre élément, puis ça, c'est plus ma vie de médecin antérieure, il y a une préparation aussi aux gens. Ce n'est pas tous les gens qui sont prêts à prendre leur décision sur-le-champ. Des fois, ils vous rencontrent, puis je suis certain qu'il y en a que vous les accompagnez puis il y en a qui décident d'avoir leur enfant. Ça, c'est un choix, et on le respecte. Moi, c'est comme ça que je l'ai toujours vu également. En tout cas, je pense qu'on est sur la même longueur d'onde, l'accessibilité le plus rapidement possible.

La question des quotas, ça me chicote, ça. Ça n'a pas rapport avec ça, mais ça me chicote parce que le Conseil du statut de la femme... Pourquoi est-ce qu'il y a des quotas dans votre...

Mme Messier (Anne Marie): Bien, écoutez, c'est suite au jugement Ménard, l'entente qui a été signée entre l'agence de Montréal à Montréal... Parce qu'il y a juste à Montréal où la situation des cliniques privées existe. Il n'y a pas de clinique privée d'avortement ailleurs au Québec qu'à Montréal. C'est donc une situation parfaitement montréalaise. Et donc, l'agence a signé des ententes de paiement avec les cliniques privées. Et donc, pour ne pas que le budget dépasse l'enveloppe globale, bien, chaque clinique a reçu un quota, et donc... Mais c'est très difficile à gérer dans la mesure où on a des médecins qui veulent avoir un nombre de jours réguliers, on a du personnel à faire travailler tout au long de l'année et non pas juste quelques mois par année puis après on...

M. Bolduc: C'est une question d'organisation pour répartir le service, c'est ce que je comprends.

Mme Messier (Anne Marie): Oui, pour pouvoir garder notre personnel, hein?

M. Bolduc: Oui, c'est ça.

Mme Messier (Anne Marie): Parce qu'il y a une formation pour les infirmières, c'est partout pareil. Il faut former les infirmières à l'avortement, puis... Bon.

M. Bolduc: O.K. Mais je comprends que, dans une organisation globale, si, à un moment donné, c'est variable d'une place à l'autre, on va avoir des problèmes de personnel. Ce qu'on veut, c'est de maintenir un service pour l'ensemble de la population, très disponible.

Mme Messier (Anne Marie): Oui.

M. Bolduc: L'autre élément que j'aimerais discuter, c'est l'Outaouais. C'est parce que, ce matin, avec le Conseil du statut de la femme, puis je les avais rencontrés, ils m'ont dit la même affaire, que, dans l'Outaouais, ça n'avait pas de bon sens parce que les hôpitaux puis les CLSC ne faisaient pas d'arrêt de grossesse. Puis j'ai été un peu étonné tantôt, dans votre commentaire, que vous dites que, nous autres, on est capables de tous les faire, c'est ce que j'ai compris, et puis vous ne jugez pas nécessaire d'avoir... que les hôpitaux puis les CLSC en fassent, parce que, dans le fond, ils deviendraient... ils en feraient, c'est-à-dire qu'ils enlèveraient du volume chez vous, mais également, vous, vous offrez déjà un bon service...

Parce que l'Outaouais, c'est venu sur mon bureau, ça, en disant: Bien, on va être obligés de les envoyer en Ontario, il faudrait absolument que les hôpitaux en fassent. Puis, en passant, il y a un principe aussi, puis vous l'avez bien énoncé, des fois on dirait que les gens vous diraient: Le docteur va être obligé de faire l'avortement si on lui demande. Vous serez d'accord avec moi que, quand on travaille dans ce domaine-là, on ne peut pas obliger un professionnel à poser un acte contre sa volonté ou ses valeurs. Par contre, il faut trouver des gens qui le fassent, là. Moi, c'est un peu là que je situe mes valeurs, là. Je ne sais pas ce que vous... vous entendez sur l'Outaouais parce que j'ai été étonné parce que... Sinon, il va falloir absolument que vous rencontriez le Conseil du statut de la femme pour vous entendre sur une version commune.

Mme Morin (Sylvie): Oui, parce que...

Le Président (M. Kelley): Mme Morin.

● (15 h 40) ●

Mme Morin (Sylvie): Oui. D'abord, ce matin, Mme Pelchat a dit à deux reprises que: Pourquoi pas les hôpitaux d'Ottawa ou les ressources d'Ottawa? Non, les hôpitaux d'Ottawa ne prennent pas de Québécoises. Et il y a une clinique privée subventionnée à Ottawa, qui est la clinique Morgentaler, qui ne prend pas non plus de Québécoises. Alors donc, on ne peut pas se tourner vers les hôpitaux d'Ottawa.

Je disais tout à l'heure que ce serait, à notre avis, de la duplication de services un peu inutile dans une région où ça déborde de partout. Par contre, on aurait besoin, au niveau du CSSS de Gatineau, qu'ils fassent leur part autre qu'un médecin... Actuellement, le service, comme je vous le disais, repose sur la bonne volonté d'un seul médecin, et puis, s'il part, il n'y a personne

d'autre. Alors, ça, il y a urgence d'établir un corridor de services de ce côté-là pour l'Hôpital de Gatineau et aussi l'étendre peut-être à quelques cas de femmes qui auraient besoin d'une anesthésie générale pour des problèmes d'anxiété extrême, malgré la médication qu'on donne, qui est très efficace. Mais il y aurait besoin d'un peu plus d'ouverture de leur part.

Mais aller leur demander, j'ai envie de vous dire: Bonne chance, ça va vous coûter cher, puis nous coûter cher comme société. Et aussi il y aurait des questions à se poser: Si, sous pression gouvernementale, le CSSS de Gatineau se mettrait à offrir le service alors que la simple cause ne les a jamais fait bouger, dans quelles conditions ce service-là serait fait? En salle d'accouchement, comme ce qu'ils font actuellement?

M. Bolduc: Moi, je vais vous donner mon positionnement, c'est que ce qui est important, c'est que les femmes de la région de l'Outaouais aient accès au service puis qu'on organise le service comme on... avec la qualité et la sécurité.

L'autre élément par contre, dans le passé, il y a une histoire, peut-être que Gatineau n'était pas intéressé à ce type de service là, mais je pense que le passé n'est pas nécessairement garant du futur, là, il y a peut-être des nouvelles équipes, il y a des nouvelles personnes qui rentrent, puis, si vous étiez capables d'avoir des corridors de services pour les services peut-être complémentaires. Moi, je ne pense pas qu'il faut être compétitif, il faut être complémentaire. Entre autres, parfois, comme vous dites, des fois, ça peut prendre un arrêt de grossesse dans des conditions particulières.

Puis l'autre chose, si jamais vous aviez une entente, si jamais ça arrivait, c'est certain qu'on ne les ferait pas en salle d'op, là, on les organiserait comme il faut. Puis généralement les interruptions de grossesse, c'est dans les CLSC qu'on les fait, sauf à un certain nombre de semaines où, là, il faut les référer à des endroits spécialisés. Je pense que vous êtes d'accord avec ça, il y a des endroits au Québec qui sont plus spécialisés pour des grossesses plus avancées, il faut que ce soit fait plus dans un milieu médical. C'est pour la sécurité de la femme, ça, il faut respecter ça.

Mais c'est juste que je trouverais ça intéressant que vous parliez avec le Conseil du statut de la femme parce qu'ils veulent m'exiger de faire quelque chose, puis j'aimerais ça que vous vous entendiez avant, et je vais collaborer pour avoir la meilleure offre de services. Est-ce que je suis un ministre qui est facile?

Mme Morin (Sylvie): Oui.

M. Bolduc: Oui, hein? Bon. Merci beaucoup, vous me le confirmez. Ça fait que, pour moi, ce serait pas mal tout, en tout cas. Puis je vous félicite de votre beau travail puis de l'implication de votre cause, là. Vous savez qu'au Québec on a fait un long parcours. En passant, quand j'ai fini ma pratique médicale... quand j'ai commencé ma pratique médicale, en 1982, à Rouyn-Noranda, il y avait des comités d'avortement à l'époque. Je ne sais pas si vous vous en souvenez, là. C'est juste pour vous dire qu'on part de loin. Je siégeais sur ces comités-là, et puis, moi, j'étais jeune médecin. Il faut se souvenir qu'à l'époque la femme devait avoir une

évaluation psychologique, et puis il y avait des blocages partout pour qu'on puisse l'accorder. Puis pour vous dire que ça change, quand on est arrivés à Rouyn-Noranda, on était des nouveaux médecins, on ne comprenait pas du tout tous ces blocages-là, puis on était sur le comité d'avortement. Ça fait qu'à ce moment-là ça devenait très, très facile parce qu'on trouvait qu'on n'avait pas à s'opposer à ça. Puis, à un moment donné, notre société a bien évolué parce que c'est devenu, en pratique, un choix de la femme, et puis ce choix-là nous a conduits à un droit, et puis, nous autres, on se donne l'obligation comme gouvernement d'offrir le service.

Le Président (M. Kelley): Mme Messier.

Mme Messier (Anne Marie): M. le ministre, vous venez de décrire les conditions pour lesquelles les centres de santé des femmes du Québec ont été faits, c'est à cause de ces comités thérapeutiques qui n'avaient aucun bon sens. Il fallait. Alors, comme vous voyez, dans ce cas-ci, ce sont les groupes de femmes qui se sont organisés avec le secteur public pour aller outre ces comités thérapeutiques. Donc ça, c'est une partie très intéressante.

Je ne vous ai pas entendu cependant sur la question des cliniques avec des médecins non participants. J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

M. Bolduc: Bien, les cliniques non participants, puis là on en a parlé ce matin, c'est qu'avec l'arrivée des CMS il y a des cliniques qui peuvent s'installer qui vont être non participants, puis, à ce moment-là, c'est la femme qui paie son service. Moi, je dois vous avouer... Puis là on peut discuter, là, il y a un autre niveau de discussion qui pourrait être la justice sociale: Est-ce que ça enlève un service à quelqu'un d'autre? Moi, je me positionne plutôt... à un moment donné, je veux offrir le meilleur service dans le public avec des organismes comme le vôtre, avec nos CLSC, nos hôpitaux. Par contre, moi, je suis d'accord qu'on peut offrir le choix, et, s'il y a des gens qui veulent aller dans les cliniques non participants, moi, je suis prêt à dire que, oui, au Québec, il y a une place pour ce type de cliniques là. Puis on n'est pas obligés d'être d'accord, mais, je vous dis, pour moi, c'est d'avoir une offre de services assez grande.

Je crois beaucoup aussi, puis c'est une valeur de notre parti également, dans le principe du choix individuel. On est une société dans laquelle le bien commun est important, dans laquelle on doit viser une justice sociale, mais, à un moment donné, également, il y a le principe également de droit individuel et de choix individuel, et il faut avoir un équilibre là-dedans. Donc, il faut faire attention à ceux qui disent: Liberté totale pour tout, tu fais ce que tu veux, versus: Il faut tous travailler juste pour la société. Et puis d'autres facteurs qui viennent là-dedans, c'est que, quand on peut avoir une société équilibrée, tolérance, respect des autres, certains choix individuels, protection de la société, c'est dans ces eaux-là qu'on joue.

Actuellement — je ne vous dis pas que je ne pourrais pas évoluer vers autre chose plus tard, je me donne toujours le droit d'évoluer vers autre chose puis, avec des bons arguments, comme l'opposition le sait depuis longtemps, je peux évoluer dans mes idées — je pense que, pour moi, actuellement, je pense qu'il y a de

la place dans un système public très fort avec une certaine collaboration du privé, en laissant le choix, à une condition, c'est que le privé ne vienne pas brimer le public. Moi, c'est quelque chose d'essentiel.

Mme Messier (Anne Marie): À la condition que vous nous considériez comme du public, je pense que ça peut...

M. Bolduc: Là, j'ai une belle phrase à vous dire. Autant je crois à une collaboration public-privé, moi, je rajoute autre chose: public-organismes communautaires, public-organismes sans but lucratif. Donc, cette notion est importante, parce qu'on a toujours tendance à parler de public-privé, mais il y a notre réseau de santé et de services sociaux dans lequel les organismes communautaires jouent un rôle très important. Vous ne voulez pas nécessairement faire partie de la fonction publique, vous ne voulez pas être un organisme privé, mais, moi, je vous dis, avec nous autres, vous avez une grande place et on va vous laisser jouer votre rôle avec plaisir.

Le Président (M. Kelley): Mme Messier.

Mme Messier (Anne Marie): Je ne sais pas si... peut-être que les gens autour de cette table ne sont pas au courant, l'Ontario avait choisi une voie assez différente que celle de permettre la création de CMS, donc de... L'Ontario a demandé à toutes ses cliniques privées d'avortement de se transformer en organismes sans but lucratif, ce qui a été fait. La clinique Morgentaler, ici, est une clinique privée. La clinique Morgentaler, en Ontario, est un organisme sans but lucratif. Donc, je pense qu'il y a un moyen d'avoir quand même d'autres types d'approches par rapport à ça.

D'autre part, je vous suis pour ce qui est d'avoir un réseau public fort. Je pense que, si les sous sont au rendez-vous, on va être capables d'augmenter... de suivre les vagues de la demande pour augmenter le nombre d'avortements qu'on est capables de faire, comme nous, à Montréal, on est capables d'en prendre un peu plus quand il y a plus de demandes, mais ça, il faut que les sous soient là. Je veux dire, si on est limités, comme, là, on a une certaine capacité, mais on est limités dans notre capacité parce que...

M. Bolduc: Moi, je peux me tromper, il faudrait faire plus l'analyse, je pense que la limitation n'est pas par rapport au paiement pour le nombre d'interventions nécessaires pour Montréal. Je pense que c'est plus, dans l'organisation de services, s'assurer que chacun des pôles qui fait des arrêts de grossesse ait un volume suffisant et puis puisse permettre de... pour avoir une pérennité du service. Moi, je pense que c'est plus ça. Parce qu'à la fin, qu'on paie l'interruption de grossesse chez vous ou dans une autre clinique, moi, c'est le même paiement. Puis j'ai dit que je paierais tout ce qui est nécessaire, en espérant qu'il y en ait le moins possible, par la contraception, tout ce qui va avec, mais il reste qu'on va toutes les payer. À partir du moment qu'on s'entend qu'on les paie toutes, pour moi la facture est la même, c'est la répartition qui est différente.

Là, c'est intéressant, parce que souvent les gens disent: Moi, j'aimerais ça en faire plus, puis là on se

retrouve dans un système où un autre n'en fera pas, puis là... Il faut avoir un système qui permet une pérennité du service à long terme, donc, par une répartition peut-être aussi des ressources pour s'assurer que, s'il y a de la difficulté à un endroit, on soit capables d'équilibrer. Là, c'est plus le gestionnaire qui vous parle, là. Mais, dans l'Outaouais, vous avez choisi un modèle où est-ce que vous êtes capables de tout donner le service, mais vous pourriez avoir un modèle aussi avec deux pôles. Ça, c'est le choix local. Le but, c'est qu'on ait le service, puis ça, pour moi, c'est important.

Le Président (M. Kelley): Mme Morin.

● (15 h 50) ●

Mme Morin (Sylvie): Oui. Vous parliez de l'intervention du Conseil du statut de la femme qui dénonçait le fait qu'en Outaouais les services soient rendus seulement par un organisme communautaire, mais j'ai lu quelque part aussi dans leurs documents qu'elles le dénonçaient parallèlement au fait que l'organisme en question... que le financement est celui d'un organisme communautaire et que ce n'est pas juste parce que c'est le réseau qui devrait rendre ça public, ce service, c'est le réseau public, et on est sous-financés par rapport au réseau public, on rencontre des difficultés régulièrement au niveau financier. Exemple, on veut avoir un appareil d'échographie, on fait un passe-passe, une entente de services avec un hôpital ou un CLSC, on attend deux ans, des choses comme ça. Et d'autre part, à un moment donné, nous étions, à peu près comme tous les quatre ans, dans une période de haut déficit, et l'agence nous avait dit: Mais pourquoi? Vous avez du financement pour faire 1 000 IVG puis vous en faites 1 500. Bien, donc, faites-en 1 000. On était déjà...

M. Bolduc: Ma réponse à ça: un, l'agence ne doit pas dire ça, parce que, s'il y a un besoin de 1 500, il faut faire les 1 500, premièrement. Deuxièmement, l'échographie, c'est peut-être plus facile de l'avoir chez vous que des fois dans les hôpitaux, je peux vous dire que ce n'est pas toujours évident, là aussi. Et puis, troisièmement — puis je vais vous parler comme ministre de la Santé — c'est qu'on donne de l'argent pour donner des services, et puis, si... en autant que ce soit équitable, si... que ce soit donné, l'argent, via un organisme communautaire ou un hôpital, ça vient toujours du même endroit, ça vient de nos taxes. Puis c'est à l'agence de répartir ça.

Je pense que vous aimeriez encore moins que j'envoie l'argent à l'hôpital et puis qu'eux autres vous négocient. Vous êtes mieux de passer par l'agence. Mais, à la fin, c'est d'avoir le financement suffisant pour donner le service et que vous ayez à donner un bon service. Je pense que ce serait surtout intéressant, quand on disait de parler avec le Conseil du statut de la femme, c'est parce que, s'ils revendiquent quelque chose que vous pensez, vous autres, que ce ne serait pas correct, on ne travaille pas ensemble, mais, si on pouvait s'entendre pour avoir le même discours, bien c'est plus facile à organiser notre service après ça. C'est juste... Ce serait plaisant... pour ne pas qu'on me dise quelque chose à gauche, on me dise autre chose à droite, puis, dans le fond, vous êtes deux bons organismes avec lesquels je veux bien travailler. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Avec l'ouverture du ministre sur le projet de loi n° 34 et une possibilité d'entente particulière pour vous, aujourd'hui, qui vous permettrait de continuer votre offre de services en IVG, je pense que c'est une excellente nouvelle, c'est une information très intéressante pour vous, et surtout pour la clientèle qui a besoin de ce genre de service là.

Maintenant, par rapport aux autres modalités du projet de loi n° 34, et plus particulièrement sur les objectifs visés en matière de qualité de service, de sécurité, de démarche d'agrément, comment est-ce que vous appréciez cet environnement réglementaire là?

Mme Messier (Anne Marie): Bien, écoutez, je pense qu'on est d'accord qu'il y ait une uniformisation des pratiques et des normes pour l'IVG, où qu'elle ait lieu, je veux dire, pour une IVG hors hospitalier, là, une IVG en clinique. Je pense que c'est important que tout le monde ait le même type de service. L'approche peut différer, mais évidemment, au niveau médical, purement médical, il faut que ce soit tout le monde pareil. Et j'imagine que, dans les ententes qui nous seront proposées et qu'on ne sait pas encore exactement... on n'a pas le contenu, j'imagine, et M. le ministre l'a dit, qu'il va y avoir des choses très spécifiques par rapport à ça. J'imagine qu'on va offrir médicalement le même type d'avortement que n'importe où ailleurs, mais qu'on va garder la liberté de le faire avec l'approche qui nous est spécifique.

M. Lehouillier: Je peux y aller?

M. Chevarie: Oui.

Le Président (M. Kelley): Ça va? Ou M. le député de Lévis?

M. Lehouillier: Bien, moi, juste pour faire un peu de... Parce que, moi, je... c'est un nouveau secteur d'activité. Puis je voudrais saluer l'ouverture du ministre en regard du travail que vous faites, parce qu'en même temps c'est une reconnaissance du travail que vous faites sur le terrain, qui est assez exceptionnel. Je vous félicite pour la présentation de votre mémoire.

Mais ma question touche plus à un élément particulier. Tantôt, dans les discussions, vous y avez touché un peu. Comment vous l'expliquez, cette résistance du milieu médical dans la région de l'Outaouais en particulier pour effectuer les interruptions volontaires de grossesse? Il semble que c'est assez particulier. À moins que je me trompe, là. Si je me trompe, vous me le dites, là. Mais est-ce que vous pourriez peut-être élaborer un peu là-dessus?

Le Président (M. Kelley): Mme Morin.

Mme Morin (Sylvie): Oui. Effectivement, ça semble assez particulier. C'est une petite région, où tout le monde se connaît, tout le monde a peur de se faire juger, mais on pourrait en dire... on pourrait dire la même chose de la Mauricie, de l'Abitibi, de... Est-ce que

c'est parce qu'il y a, comme je vous dis, de l'activité antichoix? On a régulièrement des médecins de la région, mais ils vont rester un an, deux ans et puis ils vont se tourner vers d'autres pratiques. Il faut dire que les médecins, en Outaouais, sont appelés de tous bords tous côtés, sont vraiment tiraillés dans leur choix de carrière. Et, comme on a d'excellents services avec des médecins de Montréal...

Puis l'IVG, c'est quand même une spécialité médicale, et on ne verrait pas un médecin faire quatre ou cinq IVG par mois, il faut que ce soient des médecins qui en fassent un certain nombre, qu'ils aient ça dans les mains techniquement. Et on est contents quand on a des médecins de la région, mais ce n'est pas notre priorité d'en chercher quand on a vraiment des médecins experts qui viennent de Montréal, de Saint-Eustache offrir leurs services.

M. Lehouillier: Bien, merci.

Le Président (M. Kelley): Ça va ou...

M. Chevarie: Est-ce qu'il reste du temps?

Le Président (M. Kelley): Il reste quatre minutes.

M. Chevarie: O.K. J'aurais peut-être une question complémentaire, particulièrement pour la région de Montréal. Vous dites que vous êtes assignées à un quota. Mais, par rapport à ça, le constat, c'est qu'il y a des demandes qui doivent être refusées chez vous, à moins que vous n'atteigniez jamais le quota comme tel. Mais, dans le cas où une demande est refusée parce que vous avez atteint votre quota ou dépassé, est-ce qu'il y a un réseau de services de référence qui est intégré pour l'ensemble de la région de Montréal ou un genre de guichet unique? Comment ça se passe dans le cheminement d'une demande?

Mme Messier (Anne Marie): Alors, comme on disait, beaucoup de femmes téléphonent chez nous en premier. On leur explique c'est quoi, leurs différentes options. Donc, il y a chez nous, il y a les autres cliniques privées, il y en a quand même quatre à Montréal, et il y a le centre de coordination qui gère les rendez-vous pour la région de Montréal dans le secteur... autant dans les CLSC que dans les centres hospitaliers. Évidemment, une femme qui est au courant de comment ça se passe et qui...

Parce que souvent c'est soit Info-Santé qui lui a donné l'information, soit une amie, une parente, une voisine, une collègue qui lui a donné l'information. Souvent, les femmes veulent aller en clinique. Donc, elles vont essayer d'aller en clinique avant d'aller en milieu hospitalier. Je pense que c'est normal. Enfin, on le constate, c'est le moins qu'on puisse faire. Alors, mais ce qu'on fait, nous, à ce moment-là, si vraiment... et on le fait pour trois femmes sur quatre, c'est-à-dire qu'on les réfère ailleurs. Et, dans le cas du public, il y a un centre de coordination, nous prenons les informations, nous les faisons parvenir au centre de coordination, qui rappelle la femme la journée, le lendemain, avec le rendez-vous le plus rapide qu'ils sont capables de trouver dans le secteur public à Montréal.

M. Chevarie: Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Merci, bravo pour le travail que vous faites. Non seulement vous vous assurez du respect d'un droit qui a été gagné après maintes et maintes luttes, mais vous le faites aussi avec énormément de respect. Et on sent dans votre témoignage, je dirais, toute l'humanité qui vous habite, et on comprend que l'acte médical est important pour vous, mais, je dirais, tout le contexte, tout l'environnement dans lequel cet acte-là doit être effectué l'est tout autant. Et je suis d'accord avec vous qu'un avortement, ça ne doit pas être quelque chose de facile, et puis, de façon générale, les femmes ont besoin d'être bien, bien entourées, je pense, et on sent, à vous écouter et à vous regarder, qu'elles le sont, avec vous.

Donc, on se réjouit, nous aussi, de la décision du ministre. Je pense que... peut-être que ça ne se fait pas en politique, mais on souhaiterait que parfois ça se fasse, s'il avait eu — comment dire? — peut-être un petit peu plus de générosité, il aurait raconté que c'est grâce à une intervention des députés de l'opposition si on a obtenu ce compromis. Les premiers qui l'ont approché sur le plan politique, et je dis bien «sur le plan politique» parce que je ne veux absolument rien enlever aux représentantes des centres de santé des femmes, mais sur le plan politique, c'est les députés de notre formation politique, et en particulier la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, qui ont posé les premiers gestes.

Et, moi, je vais donner le crédit, par contre, à votre adjoint, M. Côté, ici présent, M. Côté qu'on a rencontré, Jean-Guy Côté, qui s'est engagé à porter le message auprès de vous, M. le ministre, et qui a fait son travail avec diligence. Et, moi, je salue le travail de ce conseiller politique que vous avez, qui, dans ce cas-ci, en tout cas, a fait son travail. Et on a choisi de lui faire confiance, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et moi-même, et on se réjouit du résultat.

● (16 heures) ●

Ceci dit, tout n'est pas parfait, il reste quand même encore des zones d'ombre, et ces zones d'ombre là, je vais demander à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve de les éclaircir avec les représentantes des centres de santé de femmes et de la Clinique des femmes de l'Outaouais. Alors, je vais céder mon temps de parole, M. le Président, à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Poirier: Merci, M. le Président. D'entrée de jeu, je vous dirais qu'effectivement, lorsqu'on s'est rencontrées — et je vous salue, mesdames — puisqu'on s'est rencontrées à quelques reprises et on s'est écrit pas mal à plusieurs reprises d'ailleurs... Et j'ai été très heureuse d'avoir la réception du conseiller politique du ministre. Mais avant — mon collègue a dit: On se réjouit du résultat — je vais attendre avant de me réjouir. Je veux voir le résultat, je ne l'ai pas encore vu.

Et on nous a parlé d'un amendement, un amendement possible. J'aimerais savoir de la part des femmes

qui sont ici présentes quel est l'amendement qui, pour vous, serait le meilleur? Est-ce que l'amendement le meilleur serait d'être exclues de cette loi-là ou un amendement qui vous exclurait partiellement?

Mme Messier (Anne Marie): Totalement. Il faut nous exclure complètement. Comme vous l'avez vu, puis on l'a redit, je pense, plusieurs fois, de la façon dont on a été créés, la façon dont on fonctionne, il n'y a rien, on n'a aucun atome crochu avec une clinique privée. On ne fonctionne pas de la même manière, on est... En fait, on était plus proches des CLSC dans leur forme première. On était un CLSC spécialisé au départ, hein, jusqu'à un certain point, vraiment un véritable service communautaire. Donc, on était... on est beaucoup plus proches de ça. Je pense qu'il faut nous exclure complètement.

Et il faut nous trouver une façon, et on a invoqué l'article 108, qui... Et il y a d'autres organismes communautaires qui, avec cet article-là, ont des ententes tout à fait satisfaisantes. Donc, je pense que c'est effectivement la voie. Il ne faut plus qu'on n'ait rien à voir avec les CMS, aussi dit simplement que ça.

Mme Poirier: Non, non, je pense que... j'espère que le ministre a bien entendu. Hier, le ministre, lorsqu'il a été question justement des centres d'avortement communautaires, nous a parlé d'une volonté d'avoir un directeur médical. Alors, j'aimerais vous entendre sur cette réaction que vous pourriez avoir à avoir un directeur musical... médical, excusez. Ce ne sera pas de la musique à nos oreilles.

Le Président (M. Kelley): Est-ce que c'est Mme Carle qui va répondre?

Mme Carle (Diane): Oui, oui.

Le Président (M. Kelley): Mme Carle.

Mme Carle (Diane): Alors, au fond, nous, ce qu'on préférerait, c'est d'avoir un comité de médecins parce que ça va plus avec notre structure. Dans nos centres, même si ça ne s'articule pas nécessairement tout pareil, mais on a tous des médecins qui sont là, puis toutes les questions médicales passent toujours là, ça se fait comme ça. Alors, de voir... En plus, on n'a pas beaucoup de médecins. Nous autres, entre autres, on a deux médecins qui font des avortements. Alors, de penser qu'il y a un directeur médical puis l'autre qui ne l'est pas, on trouve que ça ne fait pas tellement collégial puis ça ne va pas du tout avec la façon qu'on prend les décisions, d'une façon collective. Alors, un comité, pour nous, où tous les médecins qu'on a seraient présents nous apparaît la meilleure façon. En plus, ça ne fait pas d'hierarchie, hein, ça fait vraiment le collectif, alors...

Mme Messier (Anne Marie): Je pense que, dans nos trois centres, on fonctionne de la même façon. Les médecins qui viennent travailler, je veux dire, on l'a vu, puis les médecins présents ici le savent, s'impliquer dans l'avortement, c'est une décision militante, même pour les médecins qui le font. Alors, quand vient le temps de s'asseoir ensemble et de prendre... Et je pense

qu'il est préférable que les médecins s'assoient et s'entendent sur la façon de procéder. Puis évidemment, de toute façon, tout cela est déjà beaucoup prévu. Là, on parle de petits détails à régler.

Par exemple, je donnais un exemple, il y a quelques années, la NAF, qui est l'association nord-américaine qui donne des directives sur la façon de faire des avortements, qui était d'abord américaine et, depuis quelques années, qui est devenue canadienne, les médecins suivent ça de très près, vont à ces congrès-là. Et, il y a quelques années, il y avait une recommandation de donner des antibiotiques à toutes les femmes. Ça ne se faisait pas dans notre centre. Les médecins se sont réunis, ont pris une décision collective, de dire: À partir de maintenant, on donne des antibiotiques à toutes les femmes en prévention. C'est une décision collective. Et je pense que c'est préférable, dans les petites organisations dans lesquelles nous sommes, que l'entière des médecins adhèrent à ces décisions-là. C'est plus facile de faire adhérer si elles le font en collectivité que s'il y en a une qui l'impose aux autres. Encore une fois, quand il y en a deux, trois, c'est préférable s'il y a un... c'est un collectif.

Mme Poirier: Alors, pour poursuivre, j'aimerais connaître votre opinion, mais votre opinion véritable, à savoir: Quelle est votre impression qu'il vous reste à partir du moment où vous avez vu que vous vous retrouviez dans une volonté ministérielle de vous transformer en CMS? Alors, j'aimerais connaître, là, la première impression qui vous est venue. Et qu'est-ce que, pour vous, ça a mis en danger en tant que tel dans le service à offrir aux femmes?

Mme Messier (Anne Marie): Bon. Les journées où on est généreuses, on s'est dit qu'on a été oubliées, que l'avortement a été mis dans cette liste de traitements médicaux spécialisés et où on a été complètement oubliées, tout simplement complètement oubliées, et qu'ils n'ont pas pensé à l'implication que ça pouvait avoir avec nous. Les journées où on est moins généreuses, on se dit: Ils auraient eu envie de nous fessier qu'ils n'auraient pas agi autrement. C'est sûr qu'on s'est posé la question.

Heureusement, comme on l'a entendu, on a vu, avec l'écoute... On a fait appel, en fait, à toutes les femmes, à toutes les femmes qui sont élues pour leur expliquer un peu la situation. On n'a pas eu le choix que de faire ça comme ça parce qu'il fallait réveiller tout le monde, hein, je pense que c'était important, et que toutes...

Une voix: ...a été efficace.

Mme Messier (Anne Marie): Je pense qu'encre une fois c'est une... On a utilisé la même technique qui avait été utilisée en 1981, au moment où on voulait rendre l'avortement accessible, c'est-à-dire qu'on a d'abord fait appel aux femmes. Je pense que, là, c'est encore une fois exactement la même situation, on a fait appel aux femmes des deux côtés de la Chambre, je dois le dire, et, bien, écoutez, parce que c'était important que tout le monde se dise: Il y a quelque chose à sauver ici de très important.

Donc, écoutez... bien là, en tout cas, on est contents d'entendre... L'important, c'est le résultat. On est contents d'entendre qu'il va y avoir un amendement. On a eu une confirmation, donc on entend la confirmation enregistrée que nous allons être exclus de la loi, ce qui était notre objectif. Donc, là-dessus, on est contents.

Mme Poirier: Je voudrais juste m'assurer que, l'exclusion, si elle est encadrée par un directeur médical ou pas... Alors là, c'est différent. Vous êtes exclus avec un directeur médical qui vous contrôle, ou vous êtes exclus avec un comité, comme vous le souhaitez. Donc, à mon avis, c'est deux choses différentes, là. Est-ce que c'est ma compréhension, là, qui...

M. Bolduc: Je pense qu'on va partir... on va dire que...

Le Président (M. Kelley): Comme je dis, j'ai besoin d'un consentement parce que ce n'est pas le moment d'interpeller le ministre.

Mme Poirier: Non, mais je voudrais juste qu'on se comprenne.

Le Président (M. Kelley): Avec consentement, le ministre peut répondre à votre question.

Mme Poirier: J'aimerais bien.

M. Bolduc: Écoutez, la règle générale, c'est ce qu'on vient de dire, il y a des modalités. Puis il ne faut pas discuter ici toutes les petites technicalités.

En ce qui concerne le directeur médical, le directeur médical n'est pas là pour contrôler la clinique, c'est un répondant pour s'assurer du côté de la qualité de l'acte médical, et ces choses-là. C'est le pendant soit du DSP ou encore... bon, du DSP dans un établissement. Par contre, la façon dont vous proposez, vous autres, que vous le voyez, c'est comme le pendant de l'exécutif du CMDP dans un établissement. On va trouver un terrain de passage là-dessus. Moi, ce qui est important, ce n'est peut-être pas le nom comme de s'assurer qu'on a un répondant médical pour la partie médicale. Et ça n'a pas du tout comme but de contrôler la clinique. Ça, c'est très, très clair.

Le Président (M. Kelley): Mme Messier.

Mme Messier (Anne Marie): Je comprends bien, et c'est comme ça que je le comprends. Je pense par contre que, dans un contexte comme le nôtre, l'adhésion de tous les médecins à ces protocoles et ces manières de faire est essentielle, et la meilleure façon de le faire, c'est que ce soit l'entière responsabilité des médecins qui adhèrent à ça.

M. Bolduc: Juste pour la technicalité. Quand on va avoir fini de discuter, vous allez peut-être dire: J'aimerais mieux avoir un répondant, que ça va être plus facile. Parce que la partie que vous venez de dire, là, oui, mais, quand les gens changent puis qu'il faut faire tout le consensus... Tandis que, là, c'est vraiment plus technicalité du côté répondant médical pour

s'assurer de certaines choses. Vous allez peut-être me dire: Dans le fond, j'en voudrais peut-être juste un. Puis il n'y a pas de question de hiérarchie, c'est juste une question de responsabilité. Mais on en fera la discussion après. Mais, sachant... Bon. Je n'ai pas à répondre à ça aujourd'hui. O.K.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Poirier: Alors, ce que le ministre nous dit, c'est que, bon, il y aura éventuellement le dépôt d'un protocole d'entente. Est-ce qu'il y a des modalités de ce protocole d'entente qu'aujourd'hui vous aimeriez nous parler, qui devraient être incluses en tant que telles et qui, pour vous, sont absolument importantes? Puisqu'on n'a pas ce... Le ministre, ce serait intéressant qu'il nous le dépose, comme ça on pourrait en voir les modalités, mais aussi que mesdames puissent en voir des modalités avant qu'on puisse procéder dans la loi, entre autres avec l'amendement que vous proposerez, de les exclure, dans un paquet vraiment bien enrubanné. On pourrait, à ce moment-là, voir les modalités puis s'assurer que ces modalités-là répondent aux besoins des dames. Mais, dans un premier temps, j'aimerais vous entendre sur quelles sont ces modalités-là qui, pour vous... Quels sont les minimums qu'il faut que le protocole puisse permettre?

● (16 h 10) ●

Mme Messier (Anne Marie): Bien, il est très clair que l'autonomie au niveau de notre structure, de la composition de notre conseil d'administration, de l'organisation des services, ça, ça me semble les choses de base, notre liberté de parole aussi, de prise de position qui... je pense que ce serait... Je dirais que c'est à peu près les éléments. Je n'ai pas...

Une voix: ...

Mme Messier (Anne Marie): Notre autonomie par rapport à ça. Je pense que c'est les éléments. Et j'imagine que l'entente viendra avec une organisation localement au niveau de la pérennité du financement, qui, pour nous, est importante.

M. Bolduc: Si vous voulez que je réponde, ça me ferait plaisir.

Mme Poirier: Bien, allez-y, M. le ministre.

Le Président (M. Kelley): Oui, mais... O.K., parfait, il y a consentement, le ministre peut intervenir. M. le ministre.

M. Bolduc: Plus je peux parler longtemps sur leur temps, mieux c'est. Non, c'est une farce, c'est une farce.

Le Président (M. Kelley): C'est le genre de chicane que je veux éviter dans la comptabilité. Mais il y a une permission de répondre à vos questions.

M. Bolduc: Rapidement. Écoutez, on veut juste leur démontrer qu'on a une bonne ambiance puis qu'on peut vous taquiner pour le plaisir.

Puis, par principe, je ne négocierai jamais ici des choses dans lesquelles... vont être négociées après. Et ça n'a rien à voir avec le projet de loi. Parce que le projet de loi, je vous le garantis, c'est que ça va être à part. Les autres technicalités, juste pour vous donner un exemple, ce ne sera pas négocié parce que, plus tard, dans deux, trois ans, il peut y avoir du renouvellement puis il peut y avoir des ententes qui peuvent être différentes. Ça fait que ce n'est pas lié du tout avec ça.

Ça fait que, pour moi, vous pouvez laisser savoir c'est quoi que vous aimeriez, mais ça n'a rien à voir avec le projet de loi n° 34 à partir du moment qu'on vous dit que ça va être par une entente 108 avec l'agence puis ça va être négocié. Même chose, le financement, ça ne fait pas partie de la discussion d'aujourd'hui. C'est important qu'ils s'intéressent à ça pour me laisser savoir vos intentions, mais ça va se faire après. Et je n'ai pas l'intention de déposer d'ententes avant l'adoption du projet de loi parce que ça ne fait pas partie de la négociation de ça. Et on ne négociera pas avec l'opposition de vos affaires. Vous êtes beaucoup mieux de négocier avec moi, vous allez en avoir plus.

Mme Poirier: C'est bien évident, c'est juste...

Le Président (M. Kelley): Ça met fin à cet échange. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Poirier: Merci. C'est juste lui qui peut signer.

M. Bolduc: J'aime ça.

Mme Poirier: Est-ce qu'il me reste un petit peu de temps?

Le Président (M. Kelley): Oui, il reste neuf minutes.

Mme Poirier: Neuf minutes. Est-ce que tu veux y aller?

Le Président (M. Kelley): M. le député de Marie-Victorin.

Des voix: ...

M. Drainville: M. le Président, j'aimerais ça d'abord nuancer un peu les propos que j'ai dits tout à l'heure. J'avais dit que le ministre avait manqué un petit peu de charité... charité chrétienne, mais il a dit à un moment donné, on me le rappelle, là, il a dit...

Une voix: ...

M. Drainville: ...il a dit, je cite: L'opposition le sait, avec des bons arguments je peux évoluer dans mes positions. Je pense que c'est le plus près qu'il est venu de nous donner un petit peu de crédit pour le cheminement, là, qu'il a fait. Alors, on l'en félicite encore une fois.

M. le Président, tout à l'heure, madame... excusez-moi... Mme Messier, Mme Messier nous disait: Il y a ce fameux quota. Le ministre s'en inquiète. On verra bien d'ailleurs s'il posera des gestes pour le faire lever, ce quota. Combien d'interruptions volontaires de grossesse

seriez-vous en mesure de pratiquer dans votre clinique, si ce n'était pas du quota?

Mme Messier (Anne Marie): Les médecins que nous avons, parce qu'évidemment tout ça va beaucoup avec les médecins et le personnel, on a la possibilité d'en faire 1 500 par année.

M. Drainville: Et vous disiez que vous en faisiez, tout à l'heure...

Mme Messier (Anne Marie): Notre quota de premier trimestre est de 1 142 plus 16 de deuxième, ça fait qu'on ne se rend pas à...

M. Drainville: Est-ce que vous avez eu des discussions avec l'agence justement pour le faire lever, ce quota-là? Et qu'est-ce qu'on vous a répondu lorsque vous avez eu ces discussions?

Mme Messier (Anne Marie): Bien, c'est parce qu'en fait ce qui est un petit peu étrange, c'est qu'on s'est retrouvés avec les cliniques privées. Parce qu'on avait un financement qui faisait en sorte qu'on était déficitaires tous les ans avec notre service avortement, et donc, tout à coup, il y avait la possibilité, en se servant de l'entente qui se faisait avec les cliniques privées, où là chaque avortement était payé à l'acte...

C'est-à-dire que, là, nous, actuellement, on fait comme les cliniques privées, on facture pour chaque avortement que nous faisons à l'agence. Donc, on facture un montant précis pour chacun. Alors, évidemment, on s'est retrouvés avec une augmentation de presque 35 %, 40 % de notre budget avortement d'un coup. Alors, c'est vraiment très intéressant. Je vais même aller un peu plus loin. Je vous avoue que ça faisait un an, là, qu'on avait un financement suffisant, et là de voir qu'il fallait céder notre pratique, parce qu'on n'existait plus, parce qu'il fallait qu'on se transforme, au moment où enfin on avait assez d'argent pour le faire, on a presque été insultés. C'était comme...

M. Drainville: Ça, j'ouvre une parenthèse: Est-ce que ce que vous nous racontez là, ça s'est passé au moment où 33 a été déposé?

Mme Messier (Anne Marie): Bien, en fait, c'est-à-dire que 33... là, en termes de... L'entente a été signée en décembre 2007. Est-ce que 33 était passé en décembre 2007?

M. Drainville: C'était déjà passé à ce moment-là. Il était déjà passé à ce moment-là, oui.

Mme Messier (Anne Marie): Voilà.

M. Drainville: Ça a pris un certain temps avant qu'ils entendent raison.

Mme Messier (Anne Marie): Bien, c'est-à-dire que... au niveau du financement?

M. Drainville: Non, non, au niveau du changement à la loi, enfin, au niveau...

Mme Messier (Anne Marie): Bien là, on est rendus là.

M. Drainville: ...au niveau de votre statut, de votre statut, hein?

Mme Messier (Anne Marie): On est rendus maintenant là.

M. Drainville: À votre avis, il y a combien de femmes qui n'ont pas accès à l'interruption volontaire de grossesse à Montréal?

Mme Messier (Anne Marie): Qui n'ont pas accès?

M. Drainville: Qui n'y ont pas accès, oui. Est-ce qu'à votre avis toute femme qui...

Mme Messier (Anne Marie): Toute femme.

M. Drainville: ...veut un avortement...

Mme Messier (Anne Marie): Oui, toute femme.

M. Drainville: Et elle l'obtient, de façon générale, dans des délais qui sont acceptables?

Mme Messier (Anne Marie): Qui sont acceptables. Bien, qui sont... qui peuvent être lents. C'est sûr que, écoutez, une femme qui décide de ne pas garder l'embryon qu'elle porte veut que ce soit terminé la journée de sa décision. Puis on comprend ça, là. Une fois que la décision est prise, on voudrait que ce soit terminé tout de suite. Et c'est pour ça que je disais qu'il y a un danger pour nous qu'il y ait quelque part quelqu'un qui exploite cette envie tout à fait légitime de mettre un terme immédiatement. Sans compter que nous voyons encore beaucoup, beaucoup de femmes qui viennent et qui doivent cacher ce qu'elles font. Alors, des fois, ce n'est pas simple à organiser.

M. Drainville: Est-ce qu'elles vous arrivent habituellement avec une décision ferme ou est-ce qu'elles sont encore en réflexion quand elles arrivent chez vous et qu'à ce moment-là...

Mme Messier (Anne Marie): Ça dépend.

M. Drainville: ...vous évaluez un peu les...

Mme Messier (Anne Marie): Écoutez, je pense que ça dépend. Dans nos trois centres, là, c'est... Ça dépend. Je vous dirais qu'à 85 %, 90 % du temps la décision est clairement prise. Dans l'autre, dans le reste du pourcentage, on accompagne les femmes dans leur questionnement. Je pense que c'est la même chose...

Des voix: Oui, c'est la même chose.

Mme Messier (Anne Marie): C'est la même chose.

Mme Morin (Sylvie): ...peut-être une organisation différente. On rencontre les femmes généralement une

semaine avant l'intervention pour des raisons d'organisation de services. On les voit, et elles ont leur intervention la semaine d'après.

Une voix: ...

Mme Morin (Sylvie): Ce n'est pas le but au départ, mais c'est un effet secondaire qui peut être intéressant.

Mme Messier (Anne Marie): Mais on les accompagne. On leur donne... Il y a des outils qui existent pour la prise de décision, pour l'aide à la prise de décision, et on les accompagne là-dedans.

M. Drainville: Et après vous faites un suivi?

Mme Messier (Anne Marie): On fait...

M. Drainville: Après l'avortement? Parce qu'elles doivent vivre, dans certains cas, un deuil. Psychologiquement, ça ne doit pas toujours être facile de passer au travers un avortement. Est-ce que vous gardez un certain suivi par la suite ou est-ce que...

Mme Messier (Anne Marie): On n'a pas ces ressources-là, sauf évidemment au niveau de l'écoute téléphonique, où là on va le faire. On les informe des différentes possibilités qu'elles ont pour obtenir de l'aide. Il y a des psychologues qui se spécialisent là-dedans, au niveau du travail du deuil, et on va quelques fois les diriger vers ça. On les dirige souvent, très souvent vers les CLSC pour obtenir de l'aide psychologique d'urgence, si elles en ont besoin.

M. Drainville: Est-ce que, de façon générale, ça arrive régulièrement qu'une femme subisse plus d'un avortement pendant sa vie? Est-ce que c'est courant ou...

Mme Messier (Anne Marie): Bien sûr. Il y a des femmes extrêmement fertiles et chez qui la contraception... Il n'y a aucune contraception qui est efficace à 100 %. Aucune. Alors, des échecs de contraception, on en voit tous les jours.

Mme Morin (Sylvie): Il y a un manque d'accès carrément à la contraception parce qu'avant trois, quatre ans, avant qu'on s'en mêle, à la Clinique des femmes, il n'y avait pas de ressource. La contraception efficace, on s'entend, passe par un médecin.

Mme Messier (Anne Marie): Il faut avoir accès à un médecin.

M. Drainville: ...au médecin de famille, encore une fois.

Mme Morin (Sylvie): Oui. Et les régions qui ont un faible taux d'avortement per capita sont des régions où il y a des services de planning solidement installés depuis des décennies. J'ai en tête l'Abitibi, j'ai en tête Rimouski, qui font extrêmement d'activités de prévention, qui font beaucoup d'activités de planning et qui ont un taux d'IVG plus bas que dans d'autres régions.

M. Drainville: Est-ce que vous constatez que les femmes, de façon générale, qui ont recours à l'avortement sont de plus en plus jeunes ou est-ce qu'on a atteint une espèce de moyenne qui s'est maintenue au fil des années?

Mme Morin (Sylvie): Oui, les statistiques, je les connais.

Le Président (M. Kelley): Mme Messier.

Mme Messier (Anne Marie): Bien, en fait, les statistiques, au niveau des statistiques, si je ne me trompe pas, c'est: 30 % des femmes dans la vingtaine; 25 % des femmes dans la trentaine; le reste, avant, après. On reçoit des femmes de 14 à 46 ans, 48 ans, 49 ans.

● (16 h 20) ●

M. Drainville: Ah oui? Et il y en a, encore une fois... Moi, j'apprends beaucoup à travers ces questions-là aussi, là. Il y en a combien qui sont accompagnées par un proche?

Mme Messier (Anne Marie): La très grande majorité.

M. Drainville: Une maman, par exemple, qui accepte que sa fille...

Mme Messier (Anne Marie): La très, très grande majorité. Quand ce n'est pas par un conjoint, c'est par une amie, par leur mère...

Une voix: Des fois deux personnes.

Mme Messier (Anne Marie): ...par leur mère.

M. Drainville: O.K. Mais, en général, il y a quelqu'un avec eux, en qui elles ont confiance, qui les...

Mme Messier (Anne Marie): Il y a des femmes qui viennent seules mais, comme dans nos trois centres, elles sont soutenues par... il y a une personne... Dans notre organisation des services, il y a une personne qui n'est là que pour la femme. C'est-à-dire qu'il y a quelqu'un qui est avec elle pendant l'intervention, du début à la fin, et qui ne fait que ça, être avec elle pendant l'intervention, donc, même si... alors, mais elles sont souvent accompagnées en plus, là. Je veux dire, c'est souvent une démarche... Je vous dirais que, dans bien des cas, l'avortement est une démarche de couple aussi, hein, pas seulement des femmes.

M. Drainville: Ça doit être tout, hein?

Le Président (M. Kelley): Oui, c'est tout.

M. Drainville: Bien, je vous remercie. Je vous félicite encore une fois. Comme vous le disiez, il faut être militantes donc parce qu'il y a encore des résistances, et vous faites preuve, je pense, d'un certain courage, pour ne pas dire d'un courage certain. Alors, bravo!

Mme Messier (Anne Marie): Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de Mercier, pour un échange de six minutes.

M. Khadir: Merci, M. le Président. Désolé, j'ai raté le début de votre présentation. Vous avez parlé des cliniques privées qui oeuvrent dans... je voudrais juste obtenir la précision, qui oeuvrent donc en Mauricie et dans l'Outaouais ou dans...

Mme Messier (Anne Marie): Non, cliniques privées à Montréal seulement.

M. Khadir: À Montréal. O.K. Bon. Et vous avez passé une entente avec ces cliniques privées pour obtenir le même type de financement, quand vous avez parlé de la facturation à l'acte finalement au niveau de la régie.

Mme Messier (Anne Marie): Pas nous, mais l'agence de Montréal a fait une entente avec les cliniques privées afin aussi de se conformer au jugement Bénéard, qui faisait en sorte que les avortements devaient être gratuits partout.

M. Khadir: Oui, c'est ça, c'est-à-dire le jugement récent de la Cour suprême qui dit que c'est un service médicalement assuré, donc qui devrait être couvert.

Pour qu'on comprenne, s'il y a peut-être des circonstances similaires qui devraient nous emmener vers la même chose, est-ce que vous pourriez nous expliquer quelles sont les circonstances politiques puis quelles sont les raisons autres que politiques qui ont emmené le gouvernement ontarien à demander à des cliniques privées de devenir des OSBL? Est-ce que vous avez une idée?

Mme Messier (Anne Marie): En fait, écoutez, je pense que c'était au niveau... Ils ont décidé...

M. Khadir: Est-ce que c'est à la suite du jugement de la Cour suprême ou si ça précède?

Mme Messier (Anne Marie): En fait, le jugement Bénéard, ce n'était pas la Cour suprême, c'est la Cour supérieure.

M. Khadir: Supérieure.

Mme Messier (Anne Marie): Donc, c'est pour le Québec, ce jugement-là.

M. Khadir: Ah! D'accord.

Mme Messier (Anne Marie): Je pense qu'il y a eu autre chose, je ne suis pas tout à fait au courant, mais il y a eu... C'est une question de... Ils ont décidé de financer tous les avortements, mais ils ne voulaient pas financer des cliniques privées. Alors, ils ont demandé aux cliniques privées de se transformer pour pouvoir recevoir le financement.

M. Khadir: Le financement. Très bien. Puis est-ce que vous êtes au courant de la situation politique

particulière qui a emmené là? Est-ce que c'étaient des budgets qui étaient défoncés, ou c'était une demande venant du mouvement des femmes, ou c'était médicalement... Non, vous ne savez pas?

Saviez-vous que les médecins... Parce qu'il y a un problème que plusieurs ont souligné, c'est le fait que, dans la profession médicale, chez les omnipraticiens qui font de l'avortement, bien, on a un problème de pénurie, de manque de ressources, de main-d'œuvre. Est-ce que vous saviez que les médecins qui oeuvrent en clinique privée qui leur appartient, où ils sont actionnaires touchent, plutôt que des rémunérations, des dividendes pour l'acte qu'ils posent? Étiez-vous au courant de ça? Est-ce que vous avez quelques...

Mme Messier (Anne Marie): Non.

M. Khadir: Bon. Alors, je voudrais vous informer pour prendre... parce que ça permet peut-être d'expliquer un certain problème qui survient. Parce que vous savez que, quand on touche des dividendes, au Québec, le taux d'imposition est de 20 %, alors que le médecin, comme Dr Bolduc ou moi-même qui travaillons en milieu hospitalier ou dans le réseau public...

Le Président (M. Kelley): ...qu'on n'a pas de nom de famille devant une commission.

M. Khadir: Excusez-moi. Comme M. le ministre actuel...

Le Président (M. Kelley): Non, non, mais j'ai un règlement à appliquer.

M. Khadir: C'est par pure mégarde, M. le Président. Donc, les médecins, au Québec, qui pratiquent, donc, dans le secteur public, à l'acte sont rémunérés et sont imposés à un niveau d'imposition qui atteint 47 %, 48 % — je ne sais plus où est-ce qu'on est rendu — tout près de 50 %.

Une voix: 48 %.

M. Khadir: 48 %. Donc, vous voyez qu'il y a une différence. C'est un incitatif majeur. Et d'ailleurs beaucoup de planificateurs financiers, de toutes sortes, qui sont très bien disposés et intentionnés envers les médecins, nous rencontrent régulièrement pour montrer toutes sortes de formules disponibles dans le privé qui pourraient être susceptibles d'être avantageuses fiscalement. Donc, pour la société, vous comprenez que ça coûte cher, parce que, quand on rémunère une clinique, la clinique facture, le médecin qui obtient une rémunération... enfin qui tire une source de revenus de là mais sous forme de dividendes, paie moins d'impôt, donc l'État s'en trouve déficitaire quelque part, n'est-ce pas?

Bon, j'en parle parce qu'on est rendu là. Je reviens sur l'argument de ce matin, parce qu'il faut faire des liens si on veut avancer globalement plutôt qu'à la pièce essayer de faire du «damage control», pour reprendre les termes des médecins pour la défense du système de santé public. C'est que, si on est rendu là, le talon d'Achille, c'est l'accessibilité, hein? Ce qui nuit beaucoup à notre système, ce qui a érodé la confiance du public,

ce qui a permis d'introduire tout ça parce que le public l'a un peu toléré et les décideurs publics se sont laissés tenter par ces solutions de facilité, c'est qu'il y a un problème d'accessibilité.

Or, on sait, suivant les études de l'OCDE, bien établi maintenant, depuis les années 2000, que, dans nos pays, dans les systèmes relativement développés, l'accessibilité est d'abord et avant tout déterminée par trois facteurs: le nombre de lits par millier d'habitants; le nombre d'infirmières; le nombre de médecins, dans cet ordre. Et le nombre de lits, c'est une mesure indirecte, en fait, de l'ensemble... du nombre d'équipements. Ça comprend aussi, par exemple, des ressources pour avortement ou des... du nombre d'heures disponibles pour tel et tel service, de l'équipement. C'est une mesure plus indirecte. Le nombre de lits reflète l'ensemble des autres ressources matérielles.

Et qu'est-ce qui est arrivé depuis le début des années quatre-vingt-dix? Fin des transferts fédéraux, ensuite aussi, globalement, la politique de déficit zéro, coupures massives de financement et mise à la retraite de milliers de professionnels avec les conséquences que l'on sait. Et tout ça, à chaque fois, donc, alentour de quoi? Alentour de l'idée qu'on n'a pas de ressources, que l'État n'a pas les moyens.

Donc, je reviens sur cette idée que, dans le fond, donc, si on fait les calculs pour — parce que c'est important aussi, pour qu'on le sache plus tard — les examens radiologiques, quelle est l'évaluation que vous faites des besoins en financement pour couvrir les besoins de la demande, au Québec, pour les interruptions volontaires de grossesse si c'est complètement assuré par l'État et qu'on met fin au financement des cliniques privées parce que ça vient gruger une partie de... Est-ce qu'on a une évaluation grossière, à tout le moins?

Le Président (M. Kelley): Mme Messier.

Mme Messier (Anne Marie): Bien, écoutez, le seul chiffre que j'aurais à vous donner, c'est qu'il se fait, au Québec, environ moins de 3 000 avortements en clinique privée. C'est le seul chiffre que je peux vous donner.

M. Khadir: 3 000 environ, en clinique privée.

Mme Messier (Anne Marie): Oui.

M. Khadir: Et qu'ils facturent à quel taux actuellement? Quel est le taux facturé pour l'acte?

Mme Messier (Anne Marie): Le taux facturé est le même comme pour nous: 350 \$ par avortement de premier trimestre.

M. Khadir: 350 \$. Très bien. Et...

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Non.

M. Khadir: J'étais... C'est la dernière. Vous m'avez dit 10 minutes?

Le Président (M. Kelley): Oui, déjà. Non, j'ai dit «en terminant» à deux reprises. On est rendu à sept minutes.

Alors, sur ça, il me reste à dire merci beaucoup à Mme McNamara, à Mme Morin, à Mme Messier et Mme Carle.

On va suspendre quelques instants. Et je vais demander aux représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec de prendre place à la table des témoins.

(Suspension de la séance à 16 h 28)

(Reprise à 16 h 33)

Le Président (M. Kelley): À l'ordre, s'il vous plaît! On va continuer avec notre prochain groupe, qui est la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, représentée par son président, Dr Louis Godin. Dr Godin, la parole est à vous.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M. Godin (Louis): D'accord. Merci, M. le Président. M. le Président, M. le ministre, M. le porte-parole officiel de l'opposition, Mme et MM. les parlementaires, on vous remercie d'abord de nous accueillir ici pour discuter du projet de loi n° 34. Je voudrais commencer en vous présentant les gens qui m'accompagnent: d'abord, à ma gauche, Dr Serge Dulude, qui est le directeur de la planification à la fédération, ainsi que Me Pierre Belzile, qui est le chef du service du contentieux à la fédération.

Je voudrais, d'entrée de jeu... en vous disant que nous sommes d'accord sur les objectifs généraux de la loi, qui étaient finalement de favoriser l'accès à certains services médicaux afin de garantir l'accessibilité dans un délai raisonnable. Et on est aussi d'accord de l'apport du secteur privé, mais aussi — en fait, souvent, le secteur privé qui n'a de privé souvent que le nom, puisque le financement est souvent, en général, d'origine publique — de se servir de ce secteur-là pour justement rendre les services dont est en droit de s'attendre la population.

On est cependant fort préoccupés, je vous dirais, par les mesures de contrôle qui sont incluses dans la loi, qui sont, pour nous, très, très importantes et qui, à la rigueur, peuvent amener un certain effet contraire, c'est-à-dire inciter les médecins à ne plus offrir ces services-là compte tenu des exigences, là, importantes en termes administratifs, en termes légaux. Et ça, on a fait le listing de ça — je ne les reprendrai pas — à l'intérieur du mémoire qu'on vous a déposé, aux pages 6 et 7. On trouve que ces mesures-là sont à la fois inflexibles et contraignantes et ne sont pas de nature, je vous dirais, à atteindre l'objectif qu'on s'est visé en créant les cliniques médicales... les centres médicaux spécialisés.

Comme on mentionnait tout à l'heure, beaucoup de centres médicaux spécialisés travailleront aussi avec des ententes de service avec des établissements, ce qui leur exige de devenir, à ce moment-là, un centre médical associé. Et, à ce moment-là, il y a toute une autre liste d'exigences, je veux dire, qui se greffe à ça, notamment l'appartenance à l'établissement comme un membre actif, le respect des règles de l'établissement et

l'obligation de faire les tâches qui sont demandées par l'établissement. En fait, le centre médical associé devient un bras de l'hôpital, si on veut. Et, pour nous, comme je vous le mentionnais tout à l'heure, c'est un autre élément qui peut rendre l'intérêt des médecins à aller travailler dans ce modèle-là moins important.

Sans oublier les effets que ça peut avoir au niveau des plans d'effectif. Nous, on est surtout touchés par les cliniques actuellement qui font des interruptions volontaires de grossesse. On sait que souvent ces gens-là n'ont pas nécessairement un privilège à l'hôpital. Ils devraient demander d'avoir des privilèges dans le centre hospitalier avec lequel il y a une entente de service. Ils devront nécessairement avoir une place au plan d'effectif, ils devront, je veux dire, avoir une place aussi aux PREM. Donc, ça a de l'influence là-dessus, ça rajoute à tout l'encadrement administratif qui est là, qui ne nous apparaît pas nécessaire, je dois dire, à l'intérieur de tout ça. Donc, d'un côté, on trouve l'idée très intéressante, de favoriser l'accès dans des délais raisonnables, mais on craint que, par ces mesures-là, cet accès-là, on n'atteigne pas l'objectif qui est visé à l'intérieur de ça.

Vous me direz que, comme activité professionnelle, actuellement, dans la liste des chirurgies qui sont touchées par les centres médicaux spécialisés, les médecins omnipraticiens sont peu impliqués. C'est vrai, mis à part les interruptions volontaires de grossesse, où c'est les médecins omnipraticiens qui font à peu près 70 % des interruptions volontaires de grossesse. Pour ce qui est des autres chirurgies, on est peu touchés par les chirurgies qui sont visées dans les centres médicaux spécialisés.

La chose qui nous préoccupe par rapport à ça, c'est qu'on ne voudrait pas voir là, à l'intérieur de ça, une tendance de contrôle dès qu'un cabinet privé... Et là, je répète, un cabinet privé, au Québec, ça n'a de privé que dans sa gestion du quotidien, puisque l'ensemble des services est couvert par le régime d'assurance maladie. Donc, mis à part les quelques cabinets de médecins non participants, les cabinets privés, les services sont toujours remboursés par l'assurance maladie. Donc, on ne voudrait pas voir, chaque fois qu'il y aura une entente de service...

Puis on sait qu'actuellement on est à travailler beaucoup sur favoriser l'accès à des services de première ligne particulièrement avec des médecins de famille. On sait que, dans les choses qu'on regarde, il y a beaucoup d'ententes de service qui sont prévisibles avec les établissements. Si on devait se retrouver dans une situation où — pour faire une analogie avec les centres médicaux spécialisés — on faisait que chaque GMF ou chaque cabinet devrait avoir le même cadre réglementaire pour pouvoir... s'il passait une entente de service, nous, on pense que ça va avoir un effet qui va être contre-productif.

● (16 h 40) ●

Finalement, sur les laboratoires de radiologie, je ne vous cacherais pas qu'on a été un peu surpris par la vitesse d'adoption, je veux dire, de la loi n° 95, qui changeait les règles au niveau des laboratoires de radiologie. On est confortables avec l'effet que l'on voulait éviter, par ça: le contrôle des cliniques et des laboratoires de radiologie par des compagnies étrangères. Cependant, on est obligés de faire le constat que ça a un

effet très important sur les quelques médecins omnipraticiens qui étaient propriétaires et titulaires d'un permis de radiologie. Le projet de loi, tel qu'il est là, oblige ces médecins-là dorénavant à se trouver un partenaire radiologiste qui devra obligatoirement détenir 51 % de la clinique radiologique.

Souvent, ces médecins-là exploitaient de petites cliniques qui n'ont pas nécessairement, je vous dirais, un potentiel de rentabilité qui est important mais qui étaient surtout là pour rendre service aux médecins dans leur pratique quotidienne et, par le fait même, à tous leurs patients qui les consultent, et on se retrouve avec des cliniques pour lesquelles on aura beaucoup de difficultés à maintenir l'opération. Certaines, même, de ces cliniques-là sont à l'intérieur de cliniques-réseaux à l'intérieur... sur l'île de Montréal, où on sait que c'est une exigence du concept même de la clinique-réseau d'avoir une clinique radiologique... d'avoir des services de radiologie. Donc, on craint que, par ça, je veux dire, on ait un effet sur l'accessibilité, je veux dire, des services de radiologie, et on est d'accord avec l'objectif qui était d'avoir un contrôle autre qu'étranger sur la propriété des cliniques radiologiques.

Mais cette situation-là a fait que les médecins omnipraticiens québécois, les quelques médecins qui étaient propriétaires de ces cliniques de radiologie là et titulaires du permis se retrouvent dans une situation où ils doivent carrément changer leur... à qui appartient le permis de radiologie et qui souvent sont même à risque de devoir fermer la clinique. Ça nous préoccupe énormément, cette situation-là, et on aurait voulu au moins que les médecins omnipraticiens qui étaient déjà détenteurs puissent continuer à exploiter leurs cliniques de radiologie au cours des prochaines années.

Donc, c'étaient les commentaires généraux que l'on voulait vous faire. On ne reprend pas article par article des commentaires là-dessus. Donc, je terminerai là-dessus.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Dr Godin. On va passer maintenant à la période d'échange avec les membres de la commission en commençant avec M. le ministre.

M. Bolduc: 20 minutes au moins?

Le Président (M. Kelley): 25 environ. Je vais faire le calcul précis, mais 24, je pense.

M. Bolduc: Merci, Dr Godin. Puis je pense qu'on a toujours collaboré dans nos différents dossiers. Puis ce que vous nous dites là, je pense que c'est une question d'accessibilité de services également.

Dans un premier temps, je suis très content de ce que vous avez dit. Il y a vraiment une notion, au Québec, qu'il faut faire la différence: il y a la prestation qui peut être publique dans un établissement public comme un hôpital, ou un CLSC, ou un CHSLD; et une prestation privée au Québec, dont les cabinets en médecine de famille qu'on a, on en a je ne sais pas combien, au Québec, actuellement, c'est des milliers de médecins qui pratiquent en cabinet privé, mais c'est un financement public, et puis ça, je pense que c'est une collaboration qu'on doit continuer d'avoir.

Et puis des fois les gens ont peur du privé. Mais, moi, ce que j'ai dit surtout, c'est l'accessibilité et puis que les gens aient une gratuité au niveau du système. Et on est capables d'avoir... Puis c'est un des endroits que, je pense... quand on parle d'un système de santé public très fort avec une participation ou une collaboration du privé, je pense qu'un des plus beaux modèles qu'on a, c'est les cabinets privés. Et puis on a même fait évoluer le modèle dans les groupes de médecine de famille. Et un groupe de médecine de famille maintenant, c'est du personnel qui provient du CSS, qui travaille en collaboration avec le cabinet, et des infirmières sont même incorporées dans le cabinet pour avoir une meilleure collaboration. Je pense qu'on est dans un modèle évolutif que, moi, je trouve très, très intéressant.

Quand vous avez dit qu'il y a peu de... À part des IVG, à ma connaissance, il y a des médecins de famille qui peuvent aussi pratiquer certaines petites interventions chirurgicales. Mais, à ce moment-là, ces gens-là vont être à l'intérieur d'un... doivent nécessairement être à l'intérieur également d'un CMS.

M. Godin (Louis): Bien, ça dépend. En fait, le deuxième type, je veux dire, dépend surtout du type d'anesthésie. Lorsque l'on parle de la petite chirurgie, qui est la plus fréquente, qui est faite en cabinet, ces gens-là n'ont pas besoin d'être à l'intérieur d'une CMS parce qu'on aura rarement une anesthésie générale ou une anesthésie tronculaire à la base d'un membre. C'est souvent des anesthésies locales ou des anesthésies... les blocs digitaux. Donc, on l'exclut.

Où il n'y a pas d'égard au type d'anesthésie, c'est vraiment les interruptions volontaires de grossesse. Je ne vous dis pas qu'il ne pourrait pas arriver qu'un médecin omnipraticien ait à travailler à l'intérieur d'une CMS, mais la grosse partie actuellement, dans les chirurgies qui sont à l'intérieur du règlement, touche surtout les interruptions volontaires de grossesse.

M. Bolduc: C'est surtout parce qu'hier on a rencontré la FMSQ, et la FMSQ, eux autres, nous ont amené qu'on était discriminatoires en demandant aux CMS d'avoir certaines règles par rapport aux cabinets privés de médecins. Puis mon argument, je ne sais pas si vous pouvez le corroborer, mon argument, ce n'est pas lié à savoir si on est un médecin de famille ou un spécialiste, l'argument est lié au fait que ce soient des interventions qui nécessitent d'être faites en CMS. Mais, qu'on soit un spécialiste en clinique privée — exemple, un endocrinologue ou un groupe d'endocrinologues qui pratiquent dans une clinique privée — c'est les mêmes règles qui vont s'appliquer avec un cabinet de médecins de famille. O.K.?

Puis c'est juste parce que je pense que c'est important. On reçoit plusieurs personnes, les gens nous font des commentaires, puis je pense, moi, je recherche la vérité, c'est ça qui est important pour être sûr de bien repositionner les dossiers. Mais on est d'accord qu'il y a des médecins de famille qui, à la limite, pourraient pratiquer dans un CMS, ils seraient soumis aux mêmes règles que les CMS.

M. Godin (Louis): Tout à fait. C'est parce qu'on voulait simplement bien illustrer jusqu'à quel point on

pouvait être touchés. Parce qu'on aurait pu nous dire aussi: Bien, pourquoi vous intervenez, parce que, dans le fond, vous êtes peu touchés à l'intérieur de ça? On n'est pas touchés à la même hauteur que les médecins spécialistes, c'est clair, mais, au-delà des IVG, oui, il existe des chirurgies qui pourraient potentiellement être faites par un médecin omnipraticien. Et ce n'est pas vraiment lié au fait que tu sois un médecin omnipraticien ou un médecin spécialiste que tu es touché par le concept des CMS, du tout, là. Ça, c'est clair.

M. Bolduc: Puis le CMS, juste pour bien repositionner le dossier également, le CMS, c'est deux grandes fonctions. Il y avait la fonction accessibilité que les gens voient beaucoup, dans laquelle c'est surtout le CMSA, à la limite, qui pourrait nous aider, parce que ce serait, comme vous dites, un bras de l'hôpital, mais, jusqu'à maintenant, on n'en a pas eu beaucoup, des... Il y a eu l'entente avec Rockland qui avait été faite, qui pourrait concorder avec cela, mais on n'en a pas eu d'autres. Puis vous êtes certainement informés que récemment il y a eu deux demandes au niveau de l'ophtalmologie que j'ai refusées sur, je pense, des critères rigoureux sur lesquels on n'est pas allé dans ce sens-là.

Je pense que c'est important parce que... Puis, quand on parle de CMS, la majorité, ça va être des gens qui vont ouvrir leur cabinet privé, mais qui n'auront pas d'entente de transfert de volume du public vers le privé, mais qui doivent être capables quand même de faire, dans un contexte d'accessibilité, certaines chirurgies.

Puis l'autre raison pour laquelle on fait le projet de loi n° 34, au même titre qu'avait été fait 33, c'est surtout pour la qualité et la sécurité. C'est qu'on se rappelle qu'avant l'événement de Mme Charest, lorsqu'elle est décédée, on s'est rendu compte que d'avoir un permis de clinique médicale ça demandait... une clinique médicale dans laquelle on avait des interventions chirurgicales, que ça n'avait pas vraiment besoin de permis et puis qu'il n'y avait pas de normes. Donc, à ce moment-là, c'est vraiment les deux éléments importants, là: l'élément qualité et sécurité; l'autre élément, c'était l'accessibilité. C'est juste pour que tout le monde comprenne pourquoi on fait ça. C'est vraiment une question de protection aussi au niveau des services aux citoyens.

M. Godin (Louis): On est tout à fait d'accord avec cette question de qualité et de sécurité. Cependant, il faut faire attention pour ne pas utiliser des moyens que je qualifierais trop importants ou trop lourds pour arriver à des résultats auxquels on pourrait arriver autrement. Vous savez, il y a beaucoup de gestes médicaux qui se font à l'extérieur des établissements. Il y a toute une série de mécanismes qui existent déjà pour assurer la qualité de ces services-là. Nous, ce que l'on dit, c'est qu'on est peut-être passé d'un côté vers un autre extrême et avec un certain risque de démotivation, si on veut, ou de désintérêt, compte tenu de la lourdeur, je dois dire, que l'on a à l'intérieur de ça. Et ça, il y a des médecins qui nous l'ont manifesté et qui nous l'ont exprimé.

Vous savez, on a beaucoup de problèmes d'accessibilité aujourd'hui. Laissons-nous le temps de poser des gestes médicaux et de répondre aux exigences administratives; il y a quelqu'un qui doit le faire. On est tout à fait d'accord avec la notion de qualité et de

sécurité. Les médecins, je vous dirais, je pense, les médecins omnipraticiens se sont toujours... été très, très conscients et on a toujours été les défenseurs de ça, sauf que faisons attention aux moyens que l'on utilise. Il ne faut pas que ça devienne, à un moment donné, presque plus compliqué que de faire fonctionner un hôpital, de faire fonctionner une CMS, là. Il faut faire attention.

● (16 h 50) ●

M. Bolduc: On est tout à fait d'accord. Atteindre des critères de qualité et sécurité avec le moins de bureaucratie possible puis les meilleures méthodes de gestion, moi, je suis entièrement pour ça.

L'inquiétude également, on parle des CMS, est-ce qu'à un moment donné on pourrait avoir une extension de la même lourdeur au niveau des cabinets privés? Il n'y a pas d'intention politique actuellement, mais c'est sûr qu'on s'attend que les cabinets privés... Il ne faudrait pas un scandale dans les cabinets privés. Je pense que les cabinets privés sont déjà soumis à certaines règles, il faut continuer avec ces règles-là. Mais on s'attend à ce que les professionnels les tiennent bien, comme c'est, je pense, le cas actuellement au Québec.

M. Godin (Louis): Le contrôle de la qualité à l'extérieur de l'établissement, je pense que le Collège des médecins...

M. Bolduc: C'est ça.

M. Godin (Louis): ...a tous les pouvoirs, je dois dire, de s'assurer de cette qualité-là. Et il faut faire attention de ne pas arriver avec une réglementation ou un processus administratif qui est trop lourd, qui fait qu'à ce moment-là c'est beaucoup plus simple pour toi de tout simplement mettre la clé dans la porte. Et je rappellerais qu'il y a à peu près 85 % des services ambulatoires en première ligne qui sont faits dans des cabinets privés. Donc, on ne pourrait pas remplacer ces organisations-là du jour au lendemain.

M. Bolduc: On parlait des interruptions de grossesse. Hier, encore là, le Dr Barrette a dit que, si on appliquait le principe de 34 avec toutes les demandes que ça prend, il nous disait que possiblement que les obstétriciens gynécologues, demain matin, n'en feraient plus, d'arrêts de grossesse en clinique privée. Moi, à ma connaissance, la majorité, sinon la quasi-totalité des interruptions volontaires de grossesse se font par des omnipraticiens et peut-être exceptionnellement par des obstétriciens. Mais, à votre connaissance, pensez-vous que ça pourrait mettre à risque le service?

M. Godin (Louis): Je ne vous dirai pas que, demain matin, les omnipraticiens vont arrêter de faire des interruptions volontaires de grossesse. Il est cependant clair que, les échanges que l'on a eus, les médecins omnipraticiens qui ont eu à vivre ce processus-là — parce qu'il y en a quelques-uns qui se sont engagés, là, dans le processus d'obtenir les accréditations pour être une CMS — trouvent, ce processus-là, qu'il est trop lourd, très, très lourd. Ces mêmes médecins là ont presque tous des ententes de service avec des établissements. C'est le cas de la... Je ne dirai pas la totalité, là, mais la très, très grande majorité des cliniques privées qui font des

interruptions volontaires de grossesse ont des ententes de service. Donc, ça implique que ces médecins-là devront obtenir une nomination dans l'établissement.

Donc, je ne vous cacherais pas que ces médecins-là trouvent le processus très, très, très lourd. Et, dans une optique de pérennité, je veux dire, de ces services-là, soyons prudents de ce côté-là. Vous savez, les médecins omnipraticiens, on a toujours été très, très prudents, je veux dire, dans la façon dont on réagissait face à nos patients. Ça a toujours été comme ça, je suis convaincu que ça va continuer d'être comme ça. Mais ne rendons-leur pas la vie trop lourde quand on n'en a pas besoin. Parce que je ne peux pas vous garantir que ça ne pourrait pas avoir un effet là-dessus. Et, comme bien d'autres secteurs au Québec sur l'accessibilité des services, vous savez, c'est un secteur qui est fragile et, je veux dire, c'est un secteur sur lequel on ne peut pas perdre de médecins. Donc, prudence de ce côté-là, beaucoup de prudence.

M. Bolduc: Pour ce qu'il s'agit de l'élément de la radiologie, c'est... comme de fait, actuellement, on est en train de regarder différents scénarios. Juste expliquer le contexte. Puis c'est même des députés de l'opposition, que j'écoute toujours, qui viennent me voir et qui m'expliquent que, dans leurs communautés, il y avait un problème.

Entre autres, c'est des communautés un peu plus isolées, dans lesquelles il y a une clinique qui possède des appareils de radiologie. Pour avoir des examens de radiologie de base pour la clinique, il faudrait qu'ils fassent une grande distance. Et puis actuellement les règles font que ces gens-là ne devraient plus faire de radiologie à l'intérieur de la clinique. Il n'y a pas possibilité... d'avoir un radiologiste qui passe à chaque jour, comme la règle le demande.

Actuellement, on est en train de voir, là, si on ne pourrait pas s'organiser pour avoir une transition. Parce que la priorité quand même demeure l'accès au service pour le patient dans un contexte qualité-sécurité. Et on pourrait peut-être avoir une règle transitoire pour permettre justement une clause grand-père nous permettant de continuer à avoir le service. Mais, comme d'habitude, je vais peut-être succomber aux pressions de l'opposition, et puis on va le regarder pour avoir le service un peu mieux, bien organisé. Puis, à ce moment-là, c'est sûr que vous allez probablement être d'accord avec nous qu'il faut maintenir le service localement. Et puis ça va aider un de vos collègues, à ce niveau-là. On est en train de regarder ça.

M. Khadir: ...Dr Barrette.

M. Bolduc: Hein?

M. Khadir: Clause grand-père, plus la visite du Dr Barrette.

M. Bolduc: Bien, le Dr Barrette, on verra, là. Mais au moins la clause grand-père. Je pense qu'il y a quelque chose à faire puis je pense que vous êtes en train de négocier quelque chose là-dessus, également.

M. Godin (Louis): ...on s'aperçoit que c'est très, très difficile, là, parce que souvent les laboratoires

de radiologie qui sont exploités par les médecins omnipraticiens sont des petits laboratoires, à petit volume, qui suscitent peu d'intérêt pour des médecins radiologistes d'y investir. Pour respecter la loi, on doit avoir une propriété à 51 % des médecins radiologistes. Je ne vous cacherais pas que ça devient très, très compliqué. Et, oui, effectivement, je vous dirais, on a des discussions, je pense que tout ça se fait de bonne foi, mais le cadre dans lequel on est n'est vraiment pas facile.

Et je vous dirais qu'on revient encore avec ce qu'on aurait espéré au départ, c'est qu'on aurait espéré au départ qu'il y ait une clause grand-père pour les médecins omnipraticiens qui exploitaient, je vous dirais, une clinique radiologique. Et on comprend que, de toute façon, je veux dire, il y a déjà des positions qui ont été prises face à l'émission de nouveaux permis et on ne s'attend pas à ce que vous émettiez une foule de nouveaux permis à des médecins omnipraticiens compte tenu de ça. Et, d'autant plus, souvent ces laboratoires de radiologie là sont des petites cliniques qui font surtout de la graphie simple, qui ont un effet important, je vais dire, sur l'accessibilité et aussi l'achalandage de nos établissements, parce que, si on n'a pas la radiologie là, ces gens-là vont se retrouver à la salle d'urgence, c'est presque sûr. Je pense qu'il serait de l'intérêt des patients, je veux dire, de maintenir ça.

M. Bolduc: Je pense que je ne parlerais pas de clause grand-père comme de clause d'exception qu'on devrait peut-être essayer de regarder ensemble dans un but d'améliorer ce service, surtout que, je pense, c'est quelque chose qui est apolitique, c'est vraiment pour une question d'accessibilité du service, mais...

M. Godin (Louis): Vous saisissez très bien, là, quels sont nos objectifs à l'intérieur de ça.

M. Bolduc: Parfait. Merci beaucoup.

Le Président (M. Kelley): M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Bon, hier, comme vous le savez, on a reçu la Fédération des médecins spécialistes, particulièrement le Dr Barrette, qui, entre autres, nous faisaient part de leur position très peu favorable par rapport à l'obligation, de par le projet de loi n° 34, de demander un permis pour ouvrir une clinique médicale spécialisée.

Et j'aimerais vous entendre, Dr Godin, sur le parallèle suivant. Bon, les établissements de santé et de services sociaux, que ce soit un CLSC, un CSSS, un centre de réadaptation, peu importe, c'est composé évidemment de différents professionnels, entre autres des équipes en nursing, en psychosocial, bon, une équipe médicale, bien entendu. Et chacun de ces professionnels-là a une formation extrêmement importante qui le qualifie après ça à dispenser des services et des actes de soins, et le processus d'évaluation par vos corporations ou les ordres, si on parle d'une infirmière, vous attribue un droit de pratique. Et le médecin qui pratique à l'intérieur d'un établissement, que ce soit dans un centre hospitalier ou dans un CLSC, doit demander des

privèges au conseil d'administration de l'établissement, puis là il y a tout un processus avec le comité d'évaluation des titres jusqu'au CMDP et recommandation au conseil d'administration. Et l'établissement doit demander un permis aussi, un permis d'installation. Chacun des établissements, au Québec, doit obtenir un permis.

Alors, j'aimerais ça entendre votre position sur cette modalité-là du projet de loi n° 34 par rapport à l'obtention d'un permis pour s'installer comme CMS.

M. Godin (Louis): Écoutez, pour nous, tout réside dans les exigences administratives qui sont reliées à ça. Lorsqu'on fait le parallèle à un établissement avec un conseil des médecins, dentistes, avec un conseil d'administration, on est dans un monde totalement différent que celui de la très grande majorité des cliniques médicales spécialisées ou celles qui le deviendraient. La grande majorité vont être des relativement petites entités, je veux dire, composées de quelques médecins, certains autres professionnels et qui vont avoir un certain volume d'activité.

● (17 heures) ●

On n'est pas contre, je vous dirais, qu'il y ait une certaine forme de reconnaissance, que l'on ait une certaine forme d'agrément, je veux dire, de ces cliniques-là, mais est-ce qu'on a besoin d'aller aussi loin, je veux dire, que l'on va dans le règlement, où, je vous dirais, on a peut-être à peu près une quinzaine d'étapes avant de se rendre à la délivrance du permis, auquel on devra faire des rapports annuels sur chacune des chirurgies qui devront être faites à l'intérieur de ça? C'est cette partie-là, je veux dire, qui nous apparaît, pour nous, actuellement, trop importante. Et on a peur de l'effet inverse, je veux dire, d'une telle situation comme ça, où le médecin pourra très bien se dire: Bien, écoutez, je vais tout simplement continuer à aller oeuvrer à l'hôpital, comme avant, puis en sachant que je vais peut-être avoir moins de temps opératoire, etc.

On a une réalité qui existe ici, au Québec, qui est ce réseau de cabinets privés, là, mais, je veux dire, qui est souvent un financement par l'État, la plupart du temps, et qui a donné ses résultats, et on le voit, je veux dire, surtout par rapport aux services de première ligne. Je pense que c'est quelque chose qui est intéressant à exploiter, mais faisons attention si, dans les règles que l'on se donne, ça devient trop lourd. C'est tout simplement ça.

M. Chevarie: Une question supplémentaire?

Le Président (M. Kelley): Oui, M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Merci. Je fais une séparation... une distinction entre la démarche d'agrément, qui est vraiment un processus centré sur la qualité et la sécurité des services qui s'offrent à l'intérieur de la clinique, et la demande de permis. Je veux juste bien comprendre votre position par rapport à la demande de permis. Ce que j'entends, sur l'objectif de posséder un permis, vous êtes relativement d'accord, c'est ce que je comprends. Par ailleurs, les modalités pour l'obtention du permis, là vous avez des préoccupations parce que vous considérez que le projet de loi n° 34 est lourd présentement par

rapport à l'obtention de permis. Est-ce que je vous saisis bien?

M. Godin (Louis): Écoutez, actuellement, je vous dirais, au Québec, on n'a jamais besoin, je veux dire, d'obtenir un permis comme tel pour oeuvrer, je veux dire, dans un cabinet privé. Là, à l'intérieur d'un CMS, on sait que c'est une structure qui est peut-être plus lourde, on met cette réalité-là du permis comme étant nécessaire pour assurer la sécurité. Nous, on n'est pas sûrs que ça doit être... que c'est nécessaire pour assurer la sécurité, je vous dirais, des gens. On n'est quand même pas, je vous dirais, devant une multitude d'organisations et on est capables, relativement, de les contrôler, on a des organismes professionnels qui permettent de les contrôler. Si, ultimement, on devait arriver à un permis ou à quelque chose de l'équivalent de, de grâce, donnons-nous des choses qui sont souples puis qui sont simples. Je veux dire, on a plus besoin de gens et de médecins qui passent du temps à voir des patients qu'à s'occuper de règles administratives.

M. Chevarie: Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Salutations aux représentants de la FMOQ. Je veux juste clarifier, là... enfin, revenir sur la question de l'avortement. Hier, M. Barrette, le Dr Barrette nous a dit que les obstétriciens-gynécologues vont cesser de pratiquer les avortements à l'extérieur de l'hôpital à cause de ce qu'ils considèrent être la tracasserie administrative qui est liée à la création des centres médicaux spécialisés. Là, je veux juste être bien clair là-dessus, là: Est-ce que vous croyez que les médecins omnipraticiens qui pratiquent des avortements dans des cabinets privés présentement vont cesser de pratiquer les avortements dans des cabinets privés, avec l'adoption du projet de loi n° 34?

M. Godin (Louis): Les informations que j'ai actuellement, je n'ai pas d'indication qu'ils vont cesser de le faire. Cependant, ce que je vous dis: Ne nous appuyons pas là-dessus pour vivre une lourdeur administrative, en disant: Bien, ce n'est pas grave, on va rendre ça très lourd, puis ça va être très compliqué, de toute façon ils vont continuer à le faire. Il y a des gens actuellement...

M. Drainville: ...

M. Godin (Louis): ...qui sont là qui, je suis pas mal convaincu, vont continuer à le faire, compte tenu de leur engagement face à leur travail. Cependant, peut-être que ces gens-là, un jour, vont arrêter puis ils auront besoin, je veux dire, d'être remplacés par d'autres médecins, et je ne suis pas sûr qu'ils vont nécessairement accepter cette même lourdeur là. Et ce que je vous répons: Ce n'est pas une garantie absolue qu'ils vont continuer à le faire, c'est à partir des informations que je détiens actuellement.

M. Drainville: Juste avant d'aller plus loin, là, est-ce que vous pouvez nous dire, approximativement, bien entendu, combien de vos membres, combien de

médecins généralistes pratiquent des avortements, selon les informations que vous avez, et dans combien de cliniques? Tout à l'heure, le groupe qui vous a précédés, du centre des femmes, parlait de quatre cliniques à Montréal qui pratiquent les avortements, dont quatre cabinets privés avec des médecins participants. Est-ce qu'à votre connaissance il y en a d'autres, au Québec, qui le font également?

M. Godin (Louis): Écoutez, avant de m'en venir ici, j'ai essayé d'obtenir les informations les plus précises par rapport à cette situation-là. Je ne peux pas vous donner le nombre exact de cabinets privés qui le font. Je peux vous dire qu'il y a à peu près une centaine de médecins omnipraticiens, tous établissements, là, établissement et extérieur de l'établissement, qui font des interruptions volontaires de grossesse. Ils font grosso modo à peu près une vingtaine de mille interruptions volontaires de grossesse par année, c'est-à-dire, à peu près 70 % des interruptions volontaires de grossesse sont faites par des omnis. Sur l'île de Montréal comme telle, je ne sais pas si le Dr Dulude, qui a déjà été... qui, dans une vie pas très lointaine, était chef du Département régional de médecine générale de Montréal, a l'information, ou Me Belzile, qui a eu beaucoup de contacts. Je ne sais pas si vous pouvez donner plus de précisions.

Le Président (M. Kelley): Dr Dulude.

M. Dulude (Serge): Je n'ai pas toutes les informations, mais il y a effectivement plusieurs grosses cliniques, là, sur l'île de Montréal, il y en a quatre, cinq, là, facilement, auxquelles je peux penser, bien organisées, qui offrent d'excellents services, qui sont en place depuis plusieurs années.

M. Drainville: Mais, en dehors de l'île de Montréal, à votre connaissance, il n'y en aurait pas du tout?

M. Dulude (Serge): Non, il y en a à l'extérieur, là, de l'île de Montréal. Le Dr Godin fait référence parce que, les huit dernières années, là, j'étais chef du DRMG de la région de Montréal. Je suis sûr que, dans les autres grands centres ailleurs en province, il y en a aussi.

M. Drainville: O.K. Est-ce que c'est de l'information que vous pourriez obtenir ou est-ce que c'est difficile pour vous de l'obtenir? Ce serait possible de l'obtenir et de la transmettre à la commission?

M. Godin (Louis): On peut tenter de l'obtenir et de vous la transmettre.

M. Drainville: Et de la transmettre à la commission? Merci.

Le Président (M. Kelley): Cet engagement est noté.

M. Drainville: Et au niveau du nombre de médecins et l'existence des cliniques où ça se fait, s'il vous plaît. Merci, c'est très apprécié.

Alors, pour en revenir à la question de la lourdeur, pouvez-vous préciser votre pensée, Dr Godin? Est-ce

que c'est... Qu'est-ce que vous trouvez, là, d'inacceptable là-dedans, là? C'est-u l'idée que le ministre... Parce qu'hier le Dr Barrette, là, lui, il en a contre le fait que le ministre a le pouvoir d'émettre le permis. Ça, pour lui, là, c'est inacceptable, il dit: C'est une forme d'autoritarisme et puis de pouvoir dictatorial. Il ne manquait pas d'épithètes, là. Est-ce que c'est ça qui vous agace, vous aussi, que le ministre ait droit de vie ou de mort sur l'existence d'un CMS parce que c'est lui qui décide d'émettre ou pas le permis?

M. Godin (Louis): Écoutez, je n'ai pas les propos colorés du Dr Barrette, là, je suis un peu...

M. Drainville: C'est le ministre qui va vous en... qui vous en saura gré.

M. Godin (Louis): O.K. Écoutez, c'est sûr qu'on a l'impression que le ministre se donne un pouvoir supplémentaire, on va dire, à l'intérieur de ça et qu'il n'est pas nécessairement absolument nécessaire si on cherche les objectifs de qualité, de service et d'accessibilité à l'intérieur de ça, donc. Et ce qu'on dit cependant, c'est que, si ça devait arriver, de grâce, allégeons tout ça.

La partie, je vous dirais, des services associés nous préoccupe beaucoup plus parce qu'à ce moment-là on peut amener l'exigence, pour un médecin qui travaille dans une clinique médicale spécialisée, qui n'aurait pas de privilège en établissement, qui devrait avoir des privilèges en établissement... être soumis, je veux dire, aux règles de l'établissement, à la rigueur répondre aux besoins de l'établissement avant de pouvoir aller travailler dans la clinique médicale spécialisée, être soumis, je veux dire, à l'examen des plaintes de l'établissement, nous, on pense que, là, c'est beaucoup.

On vient de partir, particulièrement pour une clinique d'interruption volontaire de grossesse où tout fonctionne bien, et je suis assuré de la préoccupation de la qualité du travail des médecins qu'ils y font là... de devoir dire: Désormais, je devrai être membre actif de l'hôpital avec lequel je passe une entente de service. Je ne vous le cacherai pas, on a des craintes par rapport à ça. On a l'impression qu'il y aura là un effet démotivant, je vous dirais, de la part des médecins, de s'engager dans un processus comme celui-là.

M. Drainville: Mais, en même temps, vous souscrivez à l'objectif de sécurité, vous souscrivez à l'idée que des cas comme celui de Mme Charest ne doivent pas se reproduire...

M. Godin (Louis): Si je vous disais...

M. Drainville: Donc, vous êtes d'accord qu'il faut qu'il y ait un cadre, mais vous trouvez que le cadre proposé dans 34 est trop lourd, hein, en résumé, là.

● (17 h 10) ●

M. Godin (Louis): C'est sûr que, si... Oui, parce que, si je vous disais qu'on n'est pas pour la sécurité et la qualité des services, vous me diriez probablement, et avec raison, de faire autre chose que qu'est-ce que je fais là. Mais on a actuellement des moyens et, je veux dire, des façons d'arriver à ces fins-là sans se donner nécessairement un

cadre qui est beaucoup plus rigide, comme celui que l'on perçoit à l'intérieur du projet de loi n° 34.

M. Drainville: Mais, sur la sécurité, vous avez raison, c'est ce que je vous dirais. Sauf qu'hier encore une fois, le Dr Barrette disait: Moi, j'en suis, mais ce n'est pas le rôle du ministre de s'occuper de ça, c'est d'abord et avant tout le rôle du Collège des médecins de s'occuper de ça. Hier, je lui ai carrément posé la question: Est-ce que vous avez le sentiment, avec 34, que le ministre se substitue au Collège des médecins? Et sa réponse a été un oui franc. Il croit... Est-ce que vous croyez, vous aussi... vous croyez, vous aussi?

M. Godin (Louis): C'est clair qu'actuellement le projet de loi n° 34 donne des pouvoirs au ministre qui pourraient remplacer ceux du collège, tout à fait.

M. Drainville: Alors, est-ce que vous seriez prêts à contester devant les tribunaux le projet de loi n° 34, advenant le cas où il est adopté?

M. Godin (Louis): À ce stade-ci, compte tenu de l'impact que ça a sur nos membres, on n'envisage pas cette avenue-là.

M. Drainville: Vous n'envisagez pas cette avenue?

M. Godin (Louis): Pas cette avenue-là. En considérant que j'ai bien entendu, de la part du ministre, tout à l'heure, que ce n'était pas une annonce d'une intention que cette situation... ce qu'on fait pour les cliniques médicales spécialisées s'étend aux cabinets privés. Parce que c'est clair que, si jamais c'était... on percevait que c'était l'intention, on aurait sûrement la même réaction que nos confrères spécialistes.

M. Drainville: Une des préoccupations qu'on a entendues, ce matin, de la part du Conseil du statut de la femme, c'est toute la question des frais afférents. Il y a une inquiétude de leur part que la création de CMSA mène à l'imposition de certains frais afférents aux patients. Est-ce que c'est une inquiétude qui est fondée, selon vous?

M. Godin (Louis): Compte tenu que la majorité des CMSA auront des ensembles de services, ça ne m'apparaît pas, je vous dirais, quelque chose de très dangereux à l'intérieur de ça. Les frais afférents ou les frais accessoires, actuellement, je vous dirais, la réalité que l'on vit, c'est qu'on est dans un cadre qui date d'à peu près 40 ans, qui n'est à peu près plus adapté à la pratique médicale et qu'on aurait besoin de rafraîchir. Je pense que ce serait surtout ça. Je ne pense pas, je veux dire, que la création des CMA soit un risque à la facturation, je veux dire, de frais afférents. Les ententes de service, en général c'est ce qui permettrait à des médecins participants d'opérer une CMS. Parce que je ne vous cacherai pas que d'opérer une CMS de médecins participants, ça m'apparaît relativement difficile.

M. Drainville: Et est-ce qu'il est possible, à ce moment-là, qu'il existe un danger de frais afférents ou d'imposition de nouveaux frais afférents dans le cas de

CMS avec médecins participants qui ne sont pas associés à un hôpital? Donc, on ne parle pas de CMSA mais seulement de CMS avec des médecins participants. Est-ce que c'est possible que le projet de loi n° 34 mène à ce genre de tentative de la part de médecins qui pratiqueraient dans un CMS et qui pourraient imposer des frais afférents?

M. Godin (Louis): Je ne pense pas. Je veux dire, en quoi la façon dont est bâti le projet de loi n° 34 crée des risques par rapport à ça? Les risques, ils sont là, projet de loi n° 34 ou pas projet de loi n° 34, en ce sens que, s'il y a certains frais accessoires reliés à un acte médical, je veux dire, qu'il y ait des choses qui soient demandées par le médecin pour ça, c'est tout à fait normal.

On se retrouve actuellement dans des situations qui peuvent être parfois... sembler parfois aberrantes ou farfelues. C'est peut-être parce que la définition que l'on a des frais accessoires mérite un certain rajeunissement.

M. Drainville: Si j'ai bien compris le témoignage du Conseil du statut de la femme ce matin, ils souhaiteraient qu'il y ait une forme d'entente entre le ministère et les CMS avec médecins participants pour éviter justement l'imposition de frais afférents ou de nouveaux frais afférents. Est-ce que c'est une proposition qui vous semble raisonnable? Qu'est-ce que vous en pensez?

M. Godin (Louis): Écoutez, moi, je pense qu'il peut y avoir, je veux dire, certaines discussions, mais il faut faire attention pour ne pas arriver avec une réglementation qui devient trop lourde, je veux dire, à l'intérieur de ça. Ce sont, pour la plupart, je veux dire, des entreprises privées qui doivent, je vous dirais, quand même au moins faire leurs frais d'opération. Il faut, je veux dire, qu'il y ait une certaine marge de manoeuvre à l'intérieur de ça. Moi, je pense qu'on a actuellement, à l'intérieur des mécanismes prévus au niveau du Collège des médecins, toute la latitude pour contrôler les frais afférents qui peuvent être chargés par une CMS ou n'importe quelle autre institution ou organisation.

M. Drainville: Donc, ce que vous dites, dans le fond, c'est: Les ententes actuelles qui prévoient certains frais accessoires, ententes négociées entre le gouvernement et les fédérations médicales, ces ententes-là vont continuer à s'appliquer dans le cas des CMS — on s'entend — puisqu'elles sont négociées avec les fédérations médicales, donc avec les médecins qui vont pratiquer à l'intérieur des CMS. Et donc ce que vous dites, vous, c'est que, dans la mesure où ces ententes-là s'appliquent, il n'y a pas de raison de penser... Enfin, est-ce qu'il y aurait même une voie légale par laquelle les médecins pratiquant en CMS pourraient appliquer de nouveaux frais?

M. Godin (Louis): Non. Non. La seule chose que je vous dis, c'est que la notion de frais accessoires qui existe actuellement dans les ententes entre les médecins omnipraticiens et le ministère de la Santé mérite un rafraîchissement et un rajeunissement parce qu'on a là un libellé qui date de presque 40 ans, qui ne

correspond plus à la réalité de nos pratiques et de nos cabinets.

M. Drainville: On en revient finalement, Dr Godin, on en revient finalement au fameux rapport qui avait été commandé par Philippe Couillard, sur lequel siégeaient des représentants de votre fédération mais également des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé, qui avait recommandé un ajustement, une augmentation d'un certain nombre de frais et l'imposition de nouveaux frais, par exemple, sur les pansements. Est-ce que vous... Je ne dis pas que vous endossez les recommandations du rapport, mais vous êtes conscient de l'existence de ce rapport qui avait été déposé.

M. Godin (Louis): Oui, oui, je suis tout à fait conscient. J'ai participé à ces discussions-là, donc j'en suis tout à fait conscient. Mais il faut aussi voir les avantages de ce certain rajeunissement là qui nous aurait évité certaines situations pour le moins, je dirais, particulières. Que je doive, et là on débarre... vous me permettez, mais on sort du projet de loi n° 34, mais puisque vous abordez cette question-là...

M. Drainville: C'est pas mal d'intérêt public, vous l'admettez, hein?

M. Godin (Louis): Lorsque je suis dans mon cabinet et que je veux passer un streptest à un de mes patients, j'ai deux choix, je veux dire: ou je l'absorbe à même mes honoraires ou je lui dis de sortir de la clinique, de s'en aller à la pharmacie d'à côté, d'acheter le streptest, de se le faire passer là et de me ramener les résultats.

Bon. Vous comprenez que... Je comprends qu'il y a 40 ans c'est des choses qui n'existaient pas. Je vous dirais, c'est des choses, je veux dire, aujourd'hui, que la technologie nous permet. Et je pense qu'on aurait avantage à le faire à l'intérieur de ça, ça va éviter que le patient parte de mon bureau et s'en aille au centre de prélèvement de l'hôpital, qu'on doive ouvrir un dossier, passer la même culture de gorge pour que j'aie le même résultat. Je vous dirais, le prix, en bout de ligne, là, je vous dirais, il est probablement beaucoup plus élevé actuellement que ce qu'on pourrait se... que les choses que l'on pourrait avoir à l'intérieur de ça. Et ça nous éviterait, je vous dirais, d'avoir des situations comme on a... qui ont souvent, je vous dirais, été rapportées par des gens, où, parce que les médicaments, je veux dire, peuvent être payés, bien, je veux dire, vous vous retrouvez avec des coûts qui peuvent paraître parfois exorbitants. Il y a une réalité qui est là, et modernisons tout ça. Et je pense que c'est les patients qui seraient gagnants en bout de ligne.

M. Drainville: Oui. Mais vous parlez de mise à jour de cette structure de frais. Est-ce qu'il ne serait pas souhaitable, davantage souhaitable que ces frais-là soient inclus dans la discussion sur la composante technique et qu'on règle cette question-là par la composante technique? Est-ce que ce n'est pas par cette voie-là que cette discussion-là doit être faite?

M. Godin (Louis): Bien, écoutez, oui, ça...

M. Drainville: Pour les gens qui nous écoutent, la composante technique, là, c'est une partie de l'honoraire qu'un médecin en cabinet peut facturer à la RAMQ.

M. Godin (Louis): Oui, c'est ça. Finalement, la composante technique sert surtout, je vous dirais, à compenser les frais d'exploitation du cabinet, je veux dire, c'est surtout à ça.

La notion des frais accessoires est beaucoup plus en lien avec la facturation de services accessoires à l'examen — ça le dit — et que l'on ne peut pas, compte tenu des libellés actuels... et qui aurait un net avantage. Et, je vous dirais, je ne suis pas sûr que la meilleure voie, ce serait de rendre le streptest comme étant un service assuré et qu'il devienne facturable parallèlement à la visite médicale.

● (17 h 20) ●

M. Drainville: Oui, mais, en même temps, si la personne qui se présente chez vous n'a pas les moyens de se le payer, ça devient, à ce moment-là, un obstacle à l'accessibilité.

M. Godin (Louis): Bien, à ce moment-là, je vous dirai, il y a toujours... On va vivre la situation qu'on a actuellement, je veux dire, on va l'envoyer à l'hôpital. Je veux dire, actuellement, j'ai deux choix: je l'envoie passer sa culture de gorge à l'hôpital ou je l'envoie passer son streptest chez le pharmacien. C'est les deux choix que j'ai. Puis actuellement il paie chez le pharmacien puis il ne paie pas à l'hôpital.

M. Drainville: Oui, mais... Enfin. Il me reste quelques secondes seulement pour dire que, pour le moment, la composante technique s'applique aux coûts administratifs. Rien ne nous empêche, dans un sain débat public, d'élargir la définition et d'y inclure ce genre de frais pour éviter qu'il ne devienne un ticket modérateur.

M. Godin (Louis): Écoutez, ça pourrait effectivement faire l'objet d'un financement différent. Mais je sais que nos discussions ne sont déjà pas faciles actuellement pour rendre l'aspect de la rémunération concurrentiel chez les médecins. Je ne suis pas sûr qu'on a nécessairement une grosse marge de manoeuvre là.

M. Drainville: Avec le ministre, vous voulez dire?

M. Godin (Louis): Bien, actuellement, mon interlocuteur, c'est le ministre, oui.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Un dernier échange de cinq minutes avec le député de Mercier.

M. Khadir: Bonjour, messieurs, bonjour, chers collègues. Je suis sûr que, comme nous, la pratique de la médecine vous manque. Mais vous êtes impliqués dans la défense de droits, dans la promotion des droits, bien, tout particulièrement ici, la promotion des droits syndicaux de notre profession.

D'abord, sur la question des streptests, ça revient aussi, par exemple, à l'exemple beaucoup plus important,

grave, à mon sens, par exemple, des échographies pour une masse suspecte dans le sein d'une femme, d'accord, qui s'adresse à une clinique et qui donc soit doit attendre de longs mois, avec toute l'anxiété que ça implique, soit payer de sa poche pour avoir un accès plus rapide à l'examen diagnostique, alors que, pour une bonne pratique de la médecine, lorsqu'il y a une masse suspecte chez une femme enceinte, en principe, comme le streptest, ça fait partie des soins, en fait, de l'acte médicalement requis, donc ça devrait être couvert — si M. le ministre veut suivre ma logique — par la loi, là, par un financement public.

Vous savez qu'il y a un autre choix que les deux choix que vous avez mentionnés, par exemple pour le streptest, et qui est très médicalement acceptable. Sans doute, votre exemple était un peu mal choisi, tombant sur moi, le microbiologiste. Parce que vous n'avez pas à envoyer votre patient à l'hôpital. Vous avez vous-même... puis ça, ça fait partie de notre fonction, de faire le test, de le garder dans votre clinique; à la fin de la clinique, assurer une liaison. Puis ça existe, mon hôpital l'offrait pour des dizaines et des dizaines de médecins, dans ma région, qui le livrent à notre hôpital, et, au bout de deux jours, la réponse vous est acquise, vous pouvez téléphoner, on vous téléphone quand c'est positif, alors qu'on a neuf jours avant de prescrire l'antibiotique. Mais je comprends qu'il y a là actuellement des difficultés.

Moi, je veux revenir à quelque chose de fondamental que j'ai appris encore plus ici parce que j'ai eu à évaluer plusieurs outils: l'autonomie professionnelle des médecins est très, très grande. Si vous saviez, par exemple, avec quelles faibles ressources les gens qui sont actifs dans le milieu communautaire font des miracles, en plus de devoir se taper des rapports volumineux, parfois trimestriels, parfois annuels, pour de maigres financements de 10 000 \$, 15 000 \$, 20 000 \$, vous vous consolerez du fait que, dans le fond, ce que vous appelez un carcan administratif est vraiment un strict minimum que le ministre se doit de demander si tant est que, jouissant de tout le prestige et toute la reconnaissance monétaire que notre profession nous confère, on soit aussi à la hauteur des responsabilités que ça implique. Alors, je trouve un peu déplorable que vous veniez alimenter... Je suis désolé de ne pas avoir été là lorsque M. Barrette, qui, à mon sens, perd toute crédibilité avec ce genre d'affirmation, vient nous dire que c'est de la dictature si le ministre exige de rencontrer un minimum de critères, de devoir être accrédités avant de pouvoir opérer.

Maintenant, j'aimerais vous demander la question suivante: Est-ce que, pour vous, la privatisation des soins, la privatisation rampante qu'il y a actuellement dans le système de santé québécois, qui est plus avancée que dans le reste du Canada, est bonne ou pas bonne pour les patients?

M. Godin (Louis): Nous, notre position, elle a été... elle est claire là-dessus, et je vais la reprendre ici. Pour la fédération, on croit toujours à un régime public fort, financé, bien organisé et accessible.

M. Khadir: D'accord. Je vous arrête là. Alors, un régime fort, il n'est fort que s'il est capable de rendre les services dont on s'attend. Il y a un problème d'accessibilité, au Québec. Vous êtes au courant, il y a

un problème d'accessibilité en raison de la pénurie d'un certain nombre de choses. Pour vous, est-ce que l'incorporation des médecins... C'est un phénomène qui se répand beaucoup depuis quelques années, les médecins qui, au lieu de se percevoir comme des serveurs publics, des professionnels qui sont payés à l'acte, deviennent incorporés, se constituent en incorporation à travers différentes formes, dont, par exemple, l'établissement de cliniques privées. Est-ce que cette incorporation des médecins vient soulager le problème d'accès, donc le problème de disponibilité des ressources, de disponibilité des ressources médicales de main-d'oeuvre, ou vient l'aggraver, ou c'est neutre?

M. Godin (Louis): Moi, je pense que ça n'a certainement aucun effet pour l'aggraver. L'effet est probablement neutre ou l'améliore. Faisons une nette distinction entre le pouvoir d'un médecin maintenant, d'un droit maintenant qu'un médecin a de s'incorporer, et de la prestation de l'ensemble de ses services médicaux. Je pense que...

M. Khadir: L'intérêt est où, alors, pour le médecin, de s'incorporer?

M. Godin (Louis): L'intérêt, je vous dirais, est celui... l'intérêt fiscal, je veux dire, d'un travailleur autonome, comme il est donné... il a été donné ici, au Québec, à d'autres professionnels.

M. Khadir: D'accord. L'intérêt, donc, c'est au niveau fiscal, dividendes versus rémunération, grosso modo.

M. Godin (Louis): C'est un intérêt, je vous dirais, qui est fiscal, c'est un droit...

M. Khadir: Je comprends.

M. Godin (Louis): ...qui est là comme pour les autres...

M. Khadir: Non, non, je ne le remets pas en cause. On est dans un système qui permet ça. La faute ne revient certainement pas aux médecins...

M. Godin (Louis): Voyez-vous, on n'y voit pas là une faute.

M. Khadir: S'il y a un problème, c'est ailleurs. D'accord? Bon. Vous m'avez dit tout à l'heure que...

Le Président (M. Kelley): En terminant, s'il vous plaît.

M. Khadir: J'ai combien de temps?

Le Président (M. Kelley): Cinq minutes, et on est rendus à 5 min 30 s.

M. Khadir: Alors, je suis désolé.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Il restait quatre minutes au ministre, et, si j'ai bien compris,

il y a consentement pour permettre au député de Marie-Victorin de poser une dernière question sur les quatre minutes du ministre.

M. Drainville: Merci, M. le Président. C'est une question que j'ai posée à tous les intervenants qui sont venus ici.

M. Khadir: ...M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Khadir: Question de procédure. Comme je suis novice, je compte sur vous pour protéger mes droits.

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Khadir: S'il reste quatre minutes à tout ça, est-ce que je peux aussi vous demander de m'en octroyer quelque peu pour poursuivre mon interrogatoire?

Le Président (M. Kelley): Il y avait un consentement entre...

M. Khadir: Sur consentement de tous les députés.

Le Président (M. Kelley): Oui, on va voir. Le député de Marie-Victorin... Parce qu'il reste quatre minutes pour le côté ministériel, entre le député de... Moi, le temps est déjà repartagé. J'ai donné cinq, sur les 24 minutes, au député de Mercier, 19 minutes à l'opposition officielle. Toutes ces enveloppes sont épuisées. Il restait quatre minutes... maintenant trois, à ma droite. Alors, il y avait un consentement entre le ministre et le député de Marie-Victorin pour poser une dernière question, si j'ai bien compris.

M. Drainville: Je vais faire ça vite, et peut-être restera-t-il du temps, M. le Président. Alors, question que j'ai posée à tous les gens qui ont participé à cette commission: Est-ce que vous seriez d'accord avec une modification à l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance maladie afin que désormais les chirurgies pouvant faire l'objet d'une assurance privée duplicative soient déterminées par voie législative et non pas seulement par règlement, comme c'est le cas actuellement?

M. Godin (Louis): On serait à l'aise avec ça.

M. Drainville: Vous seriez à l'aise avec ça?

M. Godin (Louis): Oui.

M. Drainville: Excellent. Voilà la question que je voulais poser, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Merci beaucoup. Il vous reste deux minutes, M. le député de Mercier, pour poursuivre et finir l'enveloppe.

M. Khadir: Très bien. C'est que vous avez dit que «je vais peut-être aller à l'hôpital — je vous cite

littéralement — en sachant que j'aurais moins de temps opératoire». Je le ramène parce que c'est effectivement une motivation importante qui a poussé plusieurs médecins dans le réseau, que ce soient des spécialistes, que ce soient des omnipraticiens, à sortir du système de santé public, parce qu'ils étaient constamment devant une frustration de ne pas avoir le temps, l'espace, les ressources nécessaires pour rendre tous les services dont ils se sentaient capables. Pourquoi? En raison d'un sous-financement qui faisait, par exemple, que nos salles d'opération étaient parfois à 20 % fermées, des lits, on était obligés de couper des lits dans les services, de couper des lits aux soins intensifs, etc.

Donc, j'imagine que ce que ça veut dire, là, le corollaire de ça: si un financement adéquat allait dans le système public actuel, dans le réseau public, que ce soient les CLSC, que ce soient les hôpitaux, et que vraiment, à plein régime, on mettait à la disposition des médecins tout ce qu'il faut pour rendre au maximum les services dont ils sont capables, ce qui va aller aussi avec une rémunération, une reconnaissance monétaire plus importante de leur contribution, est-ce que vous pensez que ça pourrait être une avenue qui réglerait une partie des problèmes d'accès au système de santé de manière à le rendre fort, comme vous le souhaitez?

Le Président (M. Kelley): Une courte réponse, s'il vous plaît, Dr Godin.

● (17 h 30) ●

M. Godin (Louis): Bien, écoutez, je voudrais simplement dire une chose, il faut faire attention lorsque l'on parle de cabinets privés et d'organisations privées. Pour nous, ce sont des organisations privées mais surtout à financement public, là. Et, pour nous, les cabinets privés, c'est pas mal le régime public à l'intérieur de ça. Et la majorité... je veux dire, beaucoup de gens qui ont quitté l'hôpital sont allés... étaient encore, je veux dire, à financement public, je veux dire, à l'intérieur de ça. Et ne perdons pas de vue tout l'apport bénéfique qu'a eu le réseau des cabinets privés, notamment dans la dispensation des services de première ligne. Et je suis loin d'être convaincu qu'on aurait des meilleurs résultats.

M. Khadir: ...parle des CMS.

M. Godin (Louis): Par rapport aux CMS, bien, écoutez, c'est sûr qu'il m'apparaît évident que, si on était capables de faire tout ça à l'intérieur de l'hôpital, on n'aurait peut-être pas eu besoin de le faire, mais ne perdons pas de vue qu'on est dans une situation, aujourd'hui, où il y a des gens qui doivent avoir accès, et on a peut-être là la meilleure réponse, je veux dire, pour donner rapidement accès à ces gens-là.

Le Président (M. Kelley): Alors, ça met fin à notre période supplémentaire. Il me reste à dire merci beaucoup aux représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Dr Godin, Dr Dulude et Me Pierre Belzile.

On va suspendre très rapidement et on va revenir tout de suite après pour faire les remarques finales. Merci beaucoup. Je suspends pour une minute.

(Suspension de la séance à 17 h 31)

(Reprise à 17 h 33)

Remarques finales

Le Président (M. Kelley): Alors, la CAS va faire le dernier droit, c'est-à-dire les remarques finales. On va les faire dans l'ordre suivant: le député de Mercier, pour un temps de parole de 90 secondes, 1 min 30 s; le porte-parole de l'opposition officielle, pour un temps de parole de six minutes; et on va terminer avec le ministre, qui a un droit de parole pour 7 min 30 s. Alors, sans plus tarder, M. le député de Mercier, pour vos remarques finales.

M. Amir Khadir

M. Khadir: M. le Président, M. le ministre, un rapport récent de l'OMS fait remarquer que les inégalités tuent à grande échelle. C'est un peu frontal, mais c'est une affirmation qui se confirme, c'est-à-dire les différences importantes de mortalité et de morbidité associées à des inégalités sociales, associées également à des inégalités d'accès. Donc, si tout le monde ici, les députés de l'opposition et vous-même sont soucieux d'assurer une équité et un accès égal pour tout le monde, donc un système universel qui garantit un accès à tout le monde, c'est très important, on sauve des vies avec ça.

Ce que j'ai entendu dans les témoignages: limiter, dans le cadre légal du projet de loi n° 34, tout ce qui est possible pour les CMS à toute opération, tout acte médical qui ne nécessite aucune anesthésie générale. Pour assurer l'étanchéité, il faut revoir les règles, actuellement, de passage de l'un à l'autre, parce qu'il y a un laxisme qui fait en sorte qu'actuellement cette étanchéité tient à peine, et, avec l'extension des cliniques... des centres médicaux spécialisés, ça pourrait être gravement entamé. Donc, on pourrait peut-être s'inspirer de l'Ontario pour avoir des règles d'étanchéité, pour la pratique, là, privé-public, disons, plus fiables et ensuite garantir le financement public de tous les services médicalement requis, ce qui rejoint la dernière remarque et recommandation du critique de l'opposition officielle. Alors, je m'en tiendrai à ces éléments-là.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député de Mercier. M. le député de Marie-Victorin.

M. Bernard Drainville

M. Drainville: Merci, M. le Président. D'abord, sur le fond des choses, je pense que nous avons eu, pendant cette commission, de très bons échanges. J'ai été, moi, très, très, très impressionné par la qualité des interventions que nous avons eues ici.

Il est évident que les principes qui justifiaient nos interventions, nos remarques préliminaires au départ de cette commission tiennent toujours. On a toujours autant d'inquiétudes quant à l'ouverture que ce projet de loi n° 34 fait à une plus grande place du privé en matière de santé.

J'ai toujours des interrogations, moi, sur la liste des 55 chirurgies qui s'ajoutent. J'ai bien entendu, hier, le représentant président de la FMSQ nous dire que la liste des 55 chirurgies, on y était arrivé après consultation auprès des médecins spécialistes qui travaillent dans ces

cliniques, sauf que j'aurais souhaité vraiment et je souhaite toujours, M. le Président, que le ministre de la Santé nous dépose la liste des cliniques où se font ces 55 chirurgies là, parce que, bon, le ministre ne cesse de nous dire: Par ce projet de loi, je ne fais que confirmer ce qui se fait déjà sur le terrain. Mais, moi, je ne suis pas rassuré.

Et on a eu un exemple un peu du flou artistique qui règne actuellement sur cette liste des 55 chirurgies quand le ministre a commencé par nous dire que l'hystérectomie ne faisait pas partie des 55 chirurgies, puis finalement on lui a sorti la liste des 55, et l'hystérectomie effectivement y apparaît, alors. D'ailleurs, moi, je me pose la question: Si c'est le cas pour l'hystérectomie, est-ce que ça pourrait être le cas pour d'autres chirurgies? Par ailleurs, si c'est vrai que l'hystérectomie ne fait pas partie des chirurgies qui sont faites présentement en cabinet privé, peut-être qu'à ce moment-là le ministre serait ouvert à la retirer de la liste des chirurgies, donc, qui vont pouvoir se faire en CMS à l'avenir.

On a des inquiétudes également, on va avoir en tout cas certainement des questions sur la question de la clause grand-père. L'idée de réduire à cinq lits d'hospitalisation dans des CMS privés avec médecins non participants, bon, c'est certainement une amélioration par rapport à la formulation vague, et très, très floue, et plutôt confuse à laquelle nous faisons face auparavant, mais il n'en demeure pas moins qu'on a encore des inquiétudes sur cette question-là.

Nous allons procéder certainement à la proposition d'amendements, le ministre nous a vus venir, là, entre autres sur l'idée de modifier l'article 15.1 de l'assurance maladie pour que tout ce qui est de l'assurance privée duplicative soit décidé... qu'un éventuel élargissement soit décidé par voie législative plutôt que par voie réglementaire. Nous, on ne la souhaite pas, même qu'on souhaiterait, de la part du ministre, un engagement ferme et formel, au nom du gouvernement actuel, qu'il n'y aura pas d'élargissement, qu'il n'est pas question de permettre l'assurance privée duplicative à d'autres chirurgies que celles qui sont déjà prévues dans 33. Ça, ce serait déjà pas mal formidable. Ce serait un signe clair, un signal clair que le projet de loi n° 34 ne vise pas à ouvrir davantage au privé.

Nous allons très certainement regarder et lire avec beaucoup, beaucoup d'attention l'amendement qui va être proposé pour permettre aux centres de santé des femmes d'être exclus de l'application de 34. Je lui fais confiance. Je me suis déjà réjoui ouvertement de sa proposition, de ce compromis qu'il a offert. J'espère que je ne regretterai pas de lui avoir fait confiance à la lecture de l'amendement, M. le Président. J'espère que je n'aurai pas besoin de retirer mes beaux mots, mes bons mots pour le ministre, à la lecture de la modification, dans le fond, au projet de loi qu'il va déposer et qu'on attend, d'ailleurs. Est-ce qu'elle viendra bientôt? On le souhaite.

Alors, dans l'ensemble, M. le Président, il y aura... Bon, puis il y a d'autres amendements également qu'on va proposer, là, sur toute la question de la suspension des permis, l'idée qu'il y ait une liste des permis qui sont suspendus, une liste des cabinets dont le permis a été suspendu. Il y aura également un amendement là-dessus qu'on proposera. Et on espère, M. le Président — on va

entendre le ministre dans un instant, là — on espère que le ministre va déjà nous signaler sa volonté de procéder à quelques-uns de ces amendements.

Puis il y a l'autre amendement également, hein, la condition supplémentaire pour suspendre, ou révoquer, ou refuser un renouvellement de permis, c'est-à-dire être déclaré coupable d'une infraction à la Loi sur l'assurance maladie ou à un de ses règlements, qui est un des amendements proposés par les Médecins québécois pour un régime public. On espère que M. le ministre de la santé va se montrer ouvert à nos amendements, qui sont les nôtres mais qui sont également ceux de certains des groupes.

Et, vous aurez remarqué, M. le Président, sur la question de 15.1, j'ai l'appui de tous les groupes qui se sont présentés en commission parlementaire. C'est quand même formidable. Ça, c'est de la politique consensuelle. S'il fallait que le ministre nous refuse ça, il serait le seul à faire bande à part.

● (17 h 40) ●

Une voix: ...

M. Drainville: Il pourrait faire bande à part? Ah! mais, écoutez, M. Président, le ministre, qui aime dire qu'il est un homme de bonne volonté, qui dit qu'il est toujours prêt à faire preuve d'esprit de consensus, et tout ça, il serait bien mal avisé, M. le Président, de refuser un amendement qui tombe sous le sens et qui ne fera que renforcer notre belle démocratie puisqu'il s'agit dorénavant de procéder à des changements par voie législative. Ne pas avoir peur de faire appel au peuple et à ses représentants, ne pas avoir peur de faire appel à l'Assemblée nationale, ça, je pense que c'est une vertu qu'il doit pratiquer. S'il ne veut pas la pratiquer, il va être obligé de défendre, de se défendre, de nous dire pourquoi est-ce qu'il tient absolument à procéder par voie réglementaire, ce qui risque de susciter certains doutes et certains questionnements sur les volontés réelles...

Le Président (M. Kelley): ...conclusion, s'il vous plaît.

M. Drainville: ...de notre ministre de la Santé quant au projet de loi n° 34. On ne voudrait quand même pas avoir à son endroit, M. le Président, certains des doutes et des interrogations qu'on a finalement eus avec son prédécesseur. Je vais m'arrêter là-dessus, M. le Président, puisqu'on aura l'occasion de s'en reparler lors de l'étude article par article.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député. En rappelant toujours la bonne foi et la bonne volonté se présumant toujours devant la Commission des affaires sociales. M. le ministre, pour les remarques finales, finales.

M. Yves Bolduc

M. Bolduc: M. le Président, j'apprécie la confiance du député de l'opposition, qu'il me fait...

Une voix: ...

M. Bolduc: On a passé... on va lui laisser le doute, vu maintenant la confiance. C'est des belles étapes.

J'aimerais d'abord remercier les collègues de toutes les formations politiques pour le sérieux avec lequel ils

ont abordé cette démarche de consultation sur le projet de loi n° 34. Bien entendu, je suis également très reconnaissant aux organisations qui ont soumis un mémoire et qui sont venues en défendre la teneur devant la commission. Cela dénote une volonté de faire avancer des choses, et c'est une contribution très appréciée. Tous nous ont fait part de leur attachement au système de santé publique et tous, à leur façon, nous ont confirmé qu'ils étaient disponibles et prêts à mettre les efforts nécessaires pour améliorer le fonctionnement de ce système. Par ailleurs, nous avons pu constater à quel point ce sujet était sensible et polarisait les débats.

De nombreux groupes ont salué l'initiative du gouvernement de vouloir baliser la pratique médicale privée malgré quelques critiques à l'égard des CMS. Nous avons également entendu des organismes de défense des droits des femmes nous faire valoir l'importance des services rendus par les centres de femmes du Québec et nous suggérer d'adapter notre proposition à la réalité de ces organismes communautaires.

D'un autre côté, nous avons aussi entendu, de la part des associations médicales, le message que, selon eux, ce projet de loi amènerait un contrôle excessif de la pratique en clinique privée d'activités spécialisées, ce qui conduirait inévitablement, selon certains, à la fermeture de plusieurs milieux offrant actuellement ces services dans le secteur privé pour le bénéfice d'une partie de la population, ce qui contredit des remarques de plusieurs groupes.

Je le répète, tous les groupes se sont dits en accord avec notre principal objectif, qui est de baliser la qualité et la sécurité des services offerts en cabinet privé. Je pense qu'il s'agit là d'un point essentiel, sur lequel il faut appuyer notre démarche pour aller de l'avant avec ce projet de loi.

Et là-dessus, M. le Président, j'ai écouté le député de l'opposition pour les propositions, et, en temps et lieu, on va revenir, puis je pense qu'on va essayer de trouver un terrain d'entente. Merci beaucoup, M. le Président.

Documents déposés

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. À mon tour, il me reste un item d'intendance. Je dois déposer le mémoire de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux et de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, qui n'ont pas été entendues en audition.

Merci beaucoup aux membres de la commission. Je pense qu'on a eu des débats intéressants, vigoureux, et, je pense, c'est toujours à l'honneur de la Commission des affaires sociales d'avoir les débats de fond sur les questions qui sont très importantes.

Sur ça, la Commission des affaires sociales, ayant accompli son mandat, suspend ses travaux jusqu'à 20 heures, dans cette même salle, afin de procéder à un autre mandat, soit les consultations particulières et les auditions publiques sur le projet de loi n° 49, Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives.

Sur ça, je suspends à 20 heures. Bon appétit, tout le monde.

(Fin de la séance à 17 h 45)