



---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le mardi 21 novembre 2006 — Vol. 39 N° 60**

Étude détaillée du projet de loi n° 33 — Loi modifiant  
la Loi sur les services de santé et les services sociaux  
et d'autres dispositions législatives (3)

**Président de l'Assemblée nationale:  
M. Michel Bissonnet**

---

**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<br>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](http://www.assnat.qc.ca)

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

**Commission permanente des affaires sociales**

**Le mardi 21 novembre 2006 — Vol. 39 N° 60**

**Table des matières**

**Étude détaillée**

Loi sur les services de santé et les services sociaux

Prestation des services de santé et des services sociaux

Les centres médicaux spécialisés (suite)

1

**Intervenants**

M. Russell Copeman, président

M. Jean-Pierre Paquin, président suppléant

Mme Yolande James, présidente suppléante

M. Philippe Couillard

Mme Louise Harel

M. Jean-Claude St-André

Mme Charlotte L'Écuyer

Mme Solange Charest

Mme Noëlla Champagne

M. Vincent Auclair

Le mardi 21 novembre 2006 — Vol. 39 N° 60

**Étude détaillée du projet de loi n° 33 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (3)***(Neuf heures trente-huit minutes)*

**Le Président (M. Copeman):** À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Je vous rappelle que nous sommes réunis afin de poursuivre l'étude détaillée du projet de loi n° 33, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

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

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve). Voilà.

**Le Président (M. Copeman):** Merci. Je présume que tous les téléphones cellulaires et autres appareils semblables ont déjà été mis hors tension. Je vois quelques collègues qui vérifient à l'instant même que c'est fait.

Des voix: ...

● (9 h 40) ●

**Le Président (M. Copeman):** Ça fait plaisir.

**Étude détaillée****Loi sur les services de santé  
et les services sociaux****Prestation des services de  
santé et des services sociaux****Les centres médicaux spécialisés (suite)**

Alors, maintenant que le tout est dans l'ordre, rentré dans l'ordre, nous étions, chers collègues, toujours en suivant le plan de travail, dans le premier bloc, à l'article 11. Le ministre de la Santé et des Services sociaux avait présenté son amendement à l'article 11, et nous avons débuté la discussion là-dessus. Nous nous sommes laissés avec les commentaires de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, qui avait débuté ses interventions sur l'amendement. Et, Mme la députée, vous avez utilisé à peu près 6 min 35 s sur les 20 minutes allouées à la discussion de l'amendement. Alors, si on veut bien poursuivre la discussion sur l'amendement proposé à l'article 11, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

**Mme Harel:** Alors, merci. Merci, M. le Président. Nous en sommes donc à l'examen de l'amendement que le ministre a introduit et qui retire les mots «tous services médicaux nécessaires» — c'est bien le cas? — pour effectuer des traitements déterminés, et le même amendement retire également les mots «totale» en ce qui concerne l'arthroplastie-prothèse de la hanche ou du genou. Hein? C'est bien cet amendement-là dont il s'agit?

Une voix: ...

**Le Président (M. Copeman):** C'est un amendement à cinq volets. Alors, supprimer le mot «tous» dans le premier alinéa; supprimer le mot «totale» dans la cinquième ligne du premier alinéa; on insère un autre alinéa après le premier; on supprime la dernière phrase du troisième alinéa; puis on supprime le dernier alinéa complètement. C'est l'effet de l'amendement.

**Mme Harel:** Bon. C'est donc dire, M. le Président, là, et c'est une question de directive: S'il advient que l'on dispose de cet amendement, on ne pourrait pas présenter nous-mêmes un amendement?

**Le Président (M. Copeman):** Bien, si un amendement futur va à l'encontre de celui qui est adopté, il va être jugé irrecevable, mais, s'il y a d'autres amendements à l'article 11, spécifiquement à l'article 333.1, en autant qu'il ne contredit pas un amendement qui est adopté, il sera recevable, évidemment.

**Mme Harel:** Donc, il sera recevable même s'il porte sur le premier paragraphe?

**Le Président (M. Copeman):** Oui, bien sûr. Oui, oui, en autant qu'il ne contredit pas un amendement déjà adopté. L'adoption de l'amendement ne clôt pas le débat sur l'article 333.1 dans son ensemble.

**Mme Harel:** Très bien.

**Le Président (M. Copeman):** Et parfois, pour les fins de commodité, Mme la députée, si vous avez des amendements, vous pouvez les présenter tout de suite, c'est à votre guise, et la présidence peut permettre, pour les fins d'une meilleure compréhension, une discussion un peu simultanée des amendements. Par la suite, on en dispose dans l'ordre qu'ils sont présentés. Mais ça, c'est à votre choix.

**Mme Harel:** Bon. Dès que je les recevrai, là, je les ferai circuler pour qu'on puisse les aborder peut-être dans une discussion plus générale. Et on reviendrait, à ce moment-là, compte tenu des propos, là, que vous venez de tenir, à l'étude donc de l'amendement du ministre.

Le ministre a donc indiqué les raisons pour lesquelles il retirait de l'article 11 du projet de loi, il retirait les mots «tous les services médicaux», permettant en fait d'éviter que l'omission, hein — c'est bien ça? — d'un seul de ces services ne permette d'échapper à la définition du centre médical spécialisé.

**Le Président (M. Copeman):** Je vous corrige, Mme la députée, c'est juste le mot «tous», hein? Ce n'est pas «tous les services médicaux».

**Mme Harel:** Non, non, c'est seulement le mot «tous», exactement.

**Le Président (M. Copeman):** C'est juste le mot «tous», exact, oui.

**Mme Harel:** On maintient «les services médicaux nécessaires». Et peut-il nous indiquer les motifs qui l'ont amené à retirer également le mot «totale» en ce qui concerne l'arthroplastie-prothèse de la hanche ou du genou?

**M. Couillard:** Oui, M. le Président, il s'agit ici de refléter le progrès ou les avancements, les avancées de la technologie médicale. Il se fait maintenant des interventions de prothèses de hanche et du genou qui ne sont pas des prothèses totales mais des prothèses partielles, par exemple, de sorte que, si on ne mettait que «totale» — c'est la même logique que le retrait du mot «tous» — on pourrait échapper à la nécessité de l'encadrement ou de la création, par exemple, de l'encadrement de la qualité de l'acte, parce qu'on ne ferait que des prothèses totales, alors qu'on peut présumer que, d'ici quelques années, je ne sais pas, compte tenu des projets technologiques, il est possible que la majorité des interventions de mise en place de prothèses articulaires, peut-être, seront des prothèses partielles. Alors, il s'agit uniquement de faire face à cette réalité de la technologie médicale.

**Mme Harel:** M. le Président, je rappelle que le Collège des médecins avait, dans le mémoire présenté devant la commission, demandé que soient précisées dans le projet de loi les interventions liées à l'investigation de la condition, à savoir... demandait de préciser si ces interventions liées à l'investigation de la condition étaient incluses ou exclues de la définition des centres médicaux spécialisés.

**M. Couillard:** Cette définition, M. le Président, on va la voir lorsqu'on va aborder la question des assurances. Parce qu'on prévoit que, lorsque les soins seront donnés par les médecins non participants et par le biais de paiement d'assurance, ils doivent contenir l'ensemble des soins préopératoires, postopératoires reliés à la condition, ce qui n'est pas nécessaire lorsqu'on est en dehors du champ des médecins non participants ou en dehors d'un contrat d'assurance particulier. Parce qu'on peut très bien avoir eu son investigation, je ne sais pas, par exemple, à résonance magnétique dans un centre hospitalier et par la suite avoir un traitement autre dans un centre médical spécialisé de médecins participants. Alors, il n'est pas nécessaire de faire cette distinction, à moins qu'on soit justement du côté des médecins non participants et de l'assurance, le but étant bien sûr, M. le Président, d'éviter qu'on se garde la crème et qu'on laisse le reste des éléments de la chaîne de traitement au réseau public. On y reviendra.

**Mme Harel:** C'est donc dire que, dans les centres médicaux spécialisés qui ne sont pas des cliniques médicales associées, dans lesquels se feront des interventions par des médecins participants sans qu'ils aient pour autant l'obligation de faire des heures dans le milieu hospitalier, c'est donc dire qu'ils seraient dispensés de prendre en compte le préopératoire et le postopératoire.

**M. Couillard:** Bien, je ne suis pas d'accord avec l'interprétation parce que, quand on est dans un centre

médical spécialisé, il faut être un médecin encadré par un processus d'évaluation de l'acte médical de toute façon, parce qu'on crée un directeur médical puis on crée également un agrément, la nécessité d'un agrément. Lorsqu'on est dans une clinique associée, et c'est là la distinction que vous faites, on doit appartenir au CMDP de l'établissement avec lequel on a des liens, donc on doit nécessairement s'acquitter de toutes nos obligations à l'établissement de rattachement. Lorsqu'on est dans la situation ou de figure que vous présentez, dans le cadre d'un centre médical spécialisé avec des médecins participants, exemple, ce qui existe actuellement, comme la clinique de polychirurgie de Montréal ou le centre Opmedic où il n'y a pas d'obligation telle parce qu'il n'y a pas de contrat d'association, là il est clair que les investigations seront faites en dehors de ce site-là. D'ailleurs, ces cliniques ne sont pas équipées pour faire de l'investigation générale lourde, notamment les résonances magnétiques, les scanners, ces choses-là, ils se sont limités aux actes chirurgicaux eux-mêmes, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de préciser ça non plus, là. On est dans le domaine des médecins participants et du panier de services assurés par l'assurance maladie, qu'on soit dans l'hôpital ou qu'on soit dans le cabinet, par des médecins participants.

**Mme Harel:** Mais, à ce moment-là, M. le Président, pourquoi est-ce que le ministre autoriserait des centres médicaux spécialisés dans les chirurgies autorisées, tels la hanche, le genou, la cataracte et d'autres par extension éventuellement, alors qu'il n'y a aucune obligation de s'acquitter envers quelque établissement, il n'y a aucune obligation de s'acquitter, si vous voulez, de nombre d'heures requises, là, dans ces chirurgies dans ces secteurs autorisés en dehors de l'hôpital?

**M. Couillard:** Bien, je ne vois pas en vertu de quoi on imposerait ça à des médecins participants qui n'ont pas de liens... qui sont dans leurs cliniques, dans leurs cabinets comme ça s'appelle maintenant, mais éventuellement les centres médicaux spécialisés avec permis, en vertu de quoi on leur demanderait la même chose que les médecins qui ont des contrats. On n'a pas à se mêler de ça. Et, s'ils font partie d'un CMDP en plus — puis, en passant, la plupart vont faire partie, et sinon la totalité, d'un CMDP en plus — ils vont s'acquitter de leurs obligations.

**Mme Harel:** Alors, qu'est-ce qui est nouveau? Vous me dites... Pourquoi est-ce qu'on crée des centres médicaux spécialisés, dans votre projet de loi, avec des médecins participants qui n'auraient aucune obligation envers quelque établissement? Qu'est-ce qui est nouveau par rapport à maintenant?

**M. Couillard:** Bien, ils ont les obligations actuelles dans le cadre des cliniques... des centres médicaux spécialisés avec médecins participants non conventionnés ou non liés par contrat, c'est la même chose que maintenant. Les médecins de la clinique de polychirurgie de Montréal ou d'Opmedic sont pour la plupart tous membres de CMDP, il faut qu'ils s'acquittent de leurs obligations. La nécessité de création d'un centre médical spécialisé correspond à la nécessité d'encadrement de certains types de chirurgie, qu'elles soient faites par des médecins participants ou non participants, pas nécessairement à la

gestion de leurs activités professionnelles, à moins qu'ils soient liés par un contrat avec le système de santé dans le cadre d'une clinique associée. C'est deux choses différentes.

• (9 h 50) •

**Mme Harel:** C'est donc dire, M. le Président, que le ministre aurait pu procéder tout à fait autrement, c'est-à-dire simplement en définissant l'encadrement requis, soit l'agrément, soit tout autre agrément requis, sans avoir besoin de créer des centres médicaux spécialisés.

**M. Couillard:** Non, parce qu'il aurait fallu créer avec des articles différents et répéter la même chose qu'on fait là. Ce qu'on fait, c'est créer une entité pour réaliser la définition de ce qui existe actuellement. Parce que je reviens toujours au paysage de départ. La clinique de polychirurgie de Montréal, c'est un cabinet médical au sens de la loi actuelle. Ça n'a pas de sens. Ce n'est pas un cabinet médical où on fait de la chirurgie, des anesthésies générales, là. Pourquoi c'est comme ça? Parce qu'il n'y a pas de définition légale, il n'y a pas d'encadrement légal et il n'y a pas d'obligation d'avoir des encadrements sur la qualité. Alors, il est clair que, sur le plan, là, pur, on aurait pu dire: Bien, on peut avoir un cabinet médical, puis, si on fait ceci, ceci, cela en plus, il faut avoir l'agrément, il faut avoir le directeur médical. Bien là, on est encore dans un degré de complexité encore plus élevé que le degré, que le niveau qui est introduit ici.

**Mme Harel:** Alors, vous me dites que l'encadrement légal... Qu'entendez-vous par «encadrement légal»?

**M. Couillard:** L'encadrement de la qualité de l'acte médical et de la sécurité de ce qui entoure les soins — alors on va le retrouver dans un article subséquent — l'obligation d'avoir un directeur médical clairement identifié, l'obligation de se doter d'un processus d'agrément par un organisme reconnu, de se soumettre à des visites de l'ordre professionnel concerné sur demande. Est-ce qu'il y a d'autres...

**Une voix:** Un permis.

**M. Couillard:** Et la nécessité d'obtenir un permis, donc d'être identifié de façon formelle. Il n'y a pas de permis actuellement.

**Mme Harel:** Quel article du projet de loi, M. le Président?

**M. Couillard:** Qui introduit les obligations d'encadrement de la pratique médicale? On va vous le dire tout de suite.

(Consultation)

**M. Couillard:** Alors, pour la nécessité du permis, c'est 437. En fait, il y a plusieurs articles, là, c'est 333 et suivants, 446 également pour les conditions de suspension du permis, et la question du directeur médical et de l'agrément, on va vous donner l'article maintenant.

**Une voix:** ...

**M. Couillard:** Alors, 333.4, on retrouve... D'abord, 347, on retrouve le permis, 346... ou 446, 447, pardon,

le permis et les conditions de renouvellement ou de l'abrogation du permis; 333.4, la question de l'agrément; 333.5, la question du directeur médical et ses responsabilités; et 333.7, le pouvoir de demander les avis aux ordres médicaux. On sait qu'il y a un amendement qui est soumis suite à la demande de l'Ordre des infirmières, soumis quant à la possibilité d'intervenir.

Donc, si je reprends, là, la question de la délivrance de permis, les conditions d'exercice du permis et de révocation du permis, la nécessité d'obtenir... l'obligation d'avoir un agrément, l'obligation de nommer un directeur médical et la description de ses tâches et le pouvoir d'intervention d'un ordre professionnel, tout ça est couvert par les articles subséquents qu'on aura l'occasion bientôt d'étudier, 333.4 et suivants et 446, 447 pour la question du permis.

**Mme Harel:** Et 437 est-il...

**M. Couillard:** 447, je pense... 437...

(Consultation)

**M. Couillard:** O.K. Alors, 437 ferme la boucle du permis. On indique qu'il ne peut pas exercer les activités sans permis. À partir du moment où on crée un nouveau type de permis dans le système de santé, il faut indiquer que ce type d'activité ne peut être exercé sans permis.

**Mme Harel:** Alors, M. le Président, c'est donc dire qu'il est tout à fait possible d'introduire un encadrement légal, tel que le ministre vient de le décrire, sans pour autant créer une nouvelle catégorie, là, qui s'appelle les centres médicaux spécialisés.

**M. Couillard:** Non, parce qu'à ce moment-là, M. le Président, il faudrait donner des permis pour tous les cabinets, les cliniques, là. Réalisez-vous la complexité? Il faudrait évaluer chaque cabinet privé de médecins, déterminer s'ils ont besoin d'un permis ou pas compte tenu de ce qu'ils font ou de ce qu'ils ne font pas. Il est beaucoup mieux de procéder à rebours, dire que, pour tel type d'activités, vous devez avoir ce statut, vous devez détenir un permis, et qu'en vertu de la délivrance de ce permis voici vos obligations d'encadrement et de sécurité.

**Mme Harel:** Ça signifie donc que, pour d'autres types de chirurgie, il n'y a pas d'encadrement légal, il n'y a pas de permis, il n'y a pas de protection, il n'y a pas de sécurité?

**M. Couillard:** Non. On commence avec trois chirurgies qui sont identifiées ici. On va s'engager, on y reviendra souvent... C'est qu'au moment de l'entrée en vigueur de la loi la liste sera beaucoup plus complète, et notamment avec consultation avec le Collège des médecins pour savoir quels sont les types de chirurgie qui ont besoin de cet encadrement-là. Un exemple évident qui a été discuté, une circonstance malheureuse que nous avons nous-mêmes évoquée lors de la dernière réunion de la commission, c'est le décès de Mme Charest apparemment lors d'une chirurgie esthétique sous anesthésie générale, et certainement que ce type de chirurgie là va être noté.

On va faire également et on fait actuellement le recensement des types de chirurgie, c'est relativement

facile de le faire avec les codes de facturation lorsqu'ils sont faits par les médecins participants. Et, avec correspondance et collaboration du Collège des médecins, on va déterminer lesquelles de ces chirurgies doivent absolument être impliquées ou incluses dans la liste en question. Il faut être un peu limitatif d'un autre côté, il faut s'assurer que le Collège des médecins donne son avis sur chacun de ces éléments-là. Mais il est certain qu'au minimum la question de la chirurgie esthétique sous anesthésie générale devra être abordée.

Il faut se souvenir, et c'est là que c'est important de faire cette distinction parce que c'est un point technique qui n'est pas évident, c'est que la chirurgie esthétique ou cosmétique, appelons-la comme on veut, elle est pratiquée le plus souvent ou souvent par des médecins participants. Il s'agit d'un acte non assuré. Vous comprenez la distinction. Alors, on peut être dans un centre médical spécialisé avec tous des chirurgiens plastiques ou esthétiques participants, mais qui pratiquent des actes non assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, et, je pense, c'est là la distinction. Toute cette distinction est toujours à ramener sur le terrain, la distinction entre le médicalement requis et l'assuré d'une part, entre le statut de participant à l'assurance maladie ou pas pour le médecin et le type d'actes pratiqués en autant qu'ils sont des actes assurés ou non assurés.

**Mme Harel:** Alors, M. le Président, c'est donc dire que, pour le ministre, hanche, genou, cataracte et éventuellement chirurgie esthétique auront droit à un encadrement légal...

Une voix: ...

**Mme Harel:** Et autres.

**M. Couillard:** Je ne veux pas interrompre, Mme la députée, je veux juste préciser encore une fois ce que j'ai dit tantôt, c'est qu'on va, et on est en train de débiter ce recensement-là, avec le Collège des médecins, faire le recensement de ce qui se pratique actuellement. Souvenez-vous qu'un des objectifs qu'on poursuit, c'est de donner une définition légale à un encadrement de ce qui actuellement n'est ni défini ni encadré. Donc, on va faire le recensement de ce qui existe sur le terrain, dans la vraie vie quotidienne, dans nos cliniques médicales, et, avec le Collège des médecins, on va déterminer lesquelles de ces activités-là doivent nécessairement, dans l'intérêt de la population, se soumettre à un processus d'encadrement de la qualité et de la sécurité tel que celui qu'on envisage pour les centres médicaux spécialisés. Donc, il n'est pas exact de dire que la liste ne se limiterait qu'à ça. C'est un point de départ important parce qu'il fait le lien avec d'autres éléments du projet de loi, mais le projet de loi permet également — je ne sais pas d'ailleurs si c'est à cet article-là ou à un autre — de dresser cette liste-là?

Une voix: Oui.

**M. Couillard:** Dans l'article qu'on est en train d'étudier, on donne un pouvoir de publier un tel règlement, et je peux donner déjà le message que, lors de l'entrée en vigueur de la loi, cette liste sera déjà beaucoup plus fournie qu'elle l'est actuellement, toujours avec la

collaboration et l'input, entre guillemets, du Collège des médecins.

**Mme Harel:** Quand voyez-vous l'entrée en vigueur de la loi?

**M. Couillard:** On va commencer par l'adopter. On ne peut pas présumer de son adoption, mais probablement quelque part au début de l'année 2007, avec un échéancier de mise en application selon les articles. On verra si, bien sûr, la loi est adoptée dans la session en cours et on verra, selon les différents éléments de la loi, lesquels il faut faire entrer en vigueur d'abord, plus tard, etc. Il y a tout un échéancier. C'est dans le dernier bloc d'ailleurs, M. le Président, thématique qu'on veut apporter, c'est la question des articles... ce qu'on appelle Autres mesures. En fait, il y a deux types de mesures là-dedans: c'est les articles de concordance, numérisation, etc., et termes, et également les articles de mise en vigueur.

**Mme Harel:** Alors, c'est donc dire, M. le Président, que, pour l'extension de ces chirurgies qui sont couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec, chirurgies telles cataracte, genou, hanche et autres, et autres, qui pourraient être couvertes par l'assurance maladie du Québec...

**M. Couillard:** Ils le sont dans la grande majorité des cas.

**Mme Harel:** Vous pensez donc extensionner la liste des trois chirurgies mentionnées dans le projet de loi sans qu'il y ait un examen en commission parlementaire, du simple fait d'un règlement?

**M. Couillard:** Mais là, M. le Président, avec respect, on mélange deux choses, là. La question des assurances, c'est autre chose. On ne parle pas des assurances. Ici, ça n'a aucun lien avec les assurances.

**Mme Harel:** C'est exactement ce que je dis.  
● (10 heures) ●

**M. Couillard:** Uniquement la question de l'encadrement. Ce n'est pas parce que quelque chose va s'ajouter à la liste, là, qu'il va être nécessairement dans la liste des assurances. Ça n'a rien à voir, absolument rien à voir. Tout ce qu'on met actuellement dans la liste des assurances, c'est hanche, genou, cataracte. Si, un jour, puis il faut faire une bonne évaluation d'abord de l'impact que ça aura ou que ça n'aura pas d'ailleurs sur le système de santé, un gouvernement ultérieur voulait ajouter à cette liste-là, il le fera selon les dispositions prévues actuellement dans le projet de loi, par un règlement soumis en Commission des affaires sociales, comme celle qu'on a aujourd'hui, mais ça n'a aucun lien avec les autres interventions qui pourraient s'ajouter sur la base de la nécessité d'encadrement. C'est quelque chose de différent.

**Mme Harel:** Alors, reprenons votre exemple de chirurgie esthétique, d'accord? Là, vous nous dites: Ce sont des médecins participants pour la plupart, pas tous, là, mais...

**M. Couillard:** La grande majorité, je crois.

**Mme Harel:** ...la grande majorité, et ça peut être médicalement requis ou non, mais finalement ils ne sont assurés par la RAMQ que s'ils sont médicalement requis.

**M. Couillard:** Non. Je m'excuse, je vais prendre le temps d'expliquer ça. Je ne ferai pas un commentaire de mise en question de la pertinence du tout de ce que vous dites, je veux juste revenir toujours à la base.

La question de la distinction entre le médicalement requis et l'assuré, elle date du début du système de santé canadien et québécois au début des années soixante-dix. En termes, ce que ça veut dire, c'est que, dans une panoplie de services médicalement requis, les gouvernements décident ce qui est assurable ou pas. Le meilleur exemple qu'on peut citer, c'est la résonance magnétique nucléaire en cabinet. Il est certain que, si on a une résonance magnétique nucléaire, une prescription de résonance magnétique nucléaire, c'est médicalement requis puisqu'un médecin a décidé que vous, moi, un autre doit passer l'examen. Les gouvernements successifs n'ont pas jugé bon d'introduire cet acte, lorsque pratiqué en cabinet, dans le panier assuré. Ça, c'est la question du médicalement requis par rapport à ce qui est assuré.

Maintenant, reprenons l'exemple de la chirurgie esthétique pratiquée sur, pour exemple, services optométriques et dentaires, mais là on n'est pas dans le médicalement requis puisqu'il s'agit d'autres services que des services médicaux. Mais revenons à la question de la chirurgie esthétique. Là, on aurait une discussion philosophique intéressante à savoir si, par exemple, l'augmentation mammaire est médicalement requise, mais ça, on n'entrera pas sur ce terrain-là aujourd'hui. Donc, la distinction entre le médicalement requis et l'assuré, elle ne tient pas vraiment pour la chirurgie esthétique.

Ce qu'il faut retenir cependant, c'est que des médecins participants peuvent poser des actes non assurés, tout à fait légal, et on peut même être assuré. Théoriquement, il n'y a pas rien qui empêche, aujourd'hui, une compagnie d'assurance d'offrir une assurance pour la chirurgie esthétique. Ils ne le font pas en pratique parce que probablement qu'ils ne le jugent pas avantageux, qu'il n'y aurait pas de marché ou que ça ne vaut pas la peine, mais en pratique il n'y a rien qui empêche ça, de la même façon qu'il n'y a rien qui empêche — et, nous-mêmes, on bénéficie d'une telle protection — d'avoir une police d'assurance qui couvre la résonance magnétique faite en cabinet, parce qu'elle est en dehors du panier assuré. Et toute cette distinction, c'est à la base de l'histoire du système de santé canadien, là, et québécois.

Toute cette base de discussion entre le médicalement requis et l'assuré, entre la participation et la non-participation, entre la description des différents actes dans un panier ou l'autre, quoique complexe, là, est essentielle à la compréhension de ce dont on discute actuellement. Je réalise que ce n'est pas un monde facile à parcourir, mais c'est la réalité et c'est la façon dont on procède depuis 36 ans dans le système de santé du Québec.

**Mme Harel:** M. le Président, il y a également des circonstances de plus en plus nombreuses où c'est assuré lorsque cela se fait à l'hôpital et c'est non assuré lorsque cela se fait en clinique.

**M. Couillard:** Pas de plus en plus nombreuses, ça a toujours été comme ça.

**Mme Harel:** Je maintiens que c'est de plus en plus nombreux parce qu'il y a de plus en plus de médecins qui exercent en dehors de l'hôpital, dans leurs propres cliniques privées.

Alors, quoiqu'il en soit, la réalité, c'est la suivante. Reprenons l'exemple de la chirurgie esthétique. Un médecin est participant. Lorsque son intervention chirurgicale se fait à l'hôpital, ça pourrait être assuré, dans la mesure...

**M. Couillard:** Non. Non, c'est impossible, justement parce qu'il n'y a pas, à part de rares cas où il y a nécessité médicale... Tu sais, l'autre jour, vous avez cité ici la lipectomie. Il y a de très rares cas exceptionnels — la lipectomie, c'est enlever du tissu adipeux, là — où, médicalement, dans certaines conditions, suite à la prise de certains médicaments, sur une base exceptionnelle et individuelle, la lipectomie est couverte par l'assurance maladie du Québec, mais en général elle n'est pas couverte, pas plus que la chirurgie esthétique.

Ça veut dire que, si un chirurgien esthétique pratique — je m'excuse, M. le Président, mais c'est parce que c'est des concepts de base, là — dans un centre hospitalier, qu'à l'intérieur de son programme opératoire il introduit un patient ou une patiente pour une procédure non assurée, elle ne sera pas plus assurée. Elle ne sera pas plus assurée. C'est d'ailleurs ce qui se fait actuellement au Québec, et depuis de nombreuses années. Il n'y a même pas de code de facturation pour la chirurgie esthétique en question.

**Mme Harel:** M. le Président, je maintiens que la lipectomie qui est pratiquée dans un établissement hospitalier peut être considérée comme assurée et qu'il y a...

**M. Couillard:** Dans certains cas exceptionnels.

**Mme Harel:** ...des centaines, des centaines de personnes qui, chaque année, reçoivent cette chirurgie en milieu hospitalier assuré, et il y a des listes d'attente qui sont malheureusement déplorables.

Bon. Je reviens à la question de savoir... Prenons radiologie: lorsque c'est à l'hôpital, c'est assuré; en dehors de l'hôpital, ce n'est pas. Prenons l'échographie. Prenons l'échographie, prenons l'exemple, là, du jugement de la Cour supérieure, du récent jugement de la Cour supérieure: l'échographie est assurée à l'hôpital; si elle se fait en dehors de l'hôpital, dans une clinique, elle n'est pas assurée.

Ce que la Cour supérieure a dit, c'est que la privatisation passive... De quoi parle la juge? Elle parle du fait que les listes d'attente sont tellement grandes dans l'établissement hospitalier que finalement le fait d'aller chercher l'échographie à l'extérieur, dans une clinique privée, est l'équivalent d'une sorte de privatisation passive et que le gouvernement, le ministre de la Santé ne peut pas gérer en limitant l'accès à l'hôpital. Et donc la conclusion de la juge, c'est que le gouvernement doit rembourser, je pense, pour 12 millions ou 14 millions, les échographies qui ont été faites dans les cliniques privées. Et ce remboursement doit se faire à la suite du recours collectif, là, qui a été présenté devant les tribunaux.

Alors, je reviens à la question, là, de l'encadrement légal de centres médicaux spécialisés de médecins participants, participants, qui vont pouvoir, dans leurs cliniques privées, procéder à des interventions tout en faisant payer les gens parce que c'est non assuré en dehors de l'hôpital.

Alors, imaginez-vous le danger que ça peut représenter pour un ministre de la Santé qui est à court d'argent de dire: Bien, écoutez, quand c'est à l'hôpital, c'est assuré. La liste est longue évidemment parce que, de moins en moins, les médecins vont, avec le feu vert que leur donne le projet de loi, continuer à multiplier les cliniques privées où ils exercent dans des chirurgies ou en fait dans des actes médicaux dits non assurés en dehors de l'hôpital, là où c'est payant, d'autant que ce sont les mêmes médecins qui pratiquent à la fois à l'hôpital et à la fois dans le centre médical spécialisé. Ce sont les mêmes médecins.

Ce sont les mêmes médecins, c'est couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec quand c'est à l'hôpital, puis ce n'est pas couvert — c'est non assuré, comme on dit — quand c'est en dehors, mais ils sont des participants. La tentation est grande de dire à leurs patients: À l'hôpital, c'est bien long, venez donc dans ma clinique privée.

*Une voix: Et c'est ça qu'ils font.*

**Mme Harel:** Puis c'est ça qui arrive, là. J'ai des cas, là, incroyablement nombreux. Tu sais, encore cette personne que je citais la semaine dernière, elle pourrait obtenir une chirurgie en un minimum de deux semaines dans la clinique privée de la même médecin qui lui a dit: Quelque part en 2007, dans un hôpital. C'est ça qui va se produire de plus en plus, là. C'est-à-dire, c'est non assuré, donc le médecin participant allonge la liste d'attente à l'hôpital et puis propose à sa patiente ou à son patient d'aller dans sa propre clinique privée. Il est maître et juge de ça.

**M. Couillard:** Encore une fois, M. le Président, il faut replacer toujours les choses dans leur contexte, et ce n'est pas fait de façon aussi facile que ça. D'abord, pour ce qui est des jugements sur l'avortement, on aura l'occasion d'y revenir... je dirais une interruption de grossesse plutôt, on aura l'occasion d'y revenir. J'inviterais la députée à bien lire le jugement et peut-être faire acte d'humilité parce que le jugement est très dur pour l'administration précédente, notamment pour ce qui a mené... et très précis également quant à la responsabilité des gouvernements de l'époque dans ce qui est arrivé à ce moment-là. Donc, la relecture du jugement n'est pas inutile.

**Mme Harel:** Bien, nous, on vous inviterait à beaucoup de modestie pour les éventuels jugements qui interviendront sur votre administration.

• (10 h 10) •

**M. Couillard:** Bon. Bien, on en fera acte, mais vous connaissez notre humilité proverbiale d'ailleurs sur cette question. Mais donc, ce qui apparaît à cet effet-là également... Puis vous remarquez que je n'ai pas fait de blâme, je veux attirer l'attention sur... Tu sais, je ne veux pas faire de débat comme ça, là, je veux juste attirer l'attention de la députée sur une partie du jugement qui m'apparaît quand même significative.

On a exprimé, en début, dans les remarques d'introduction, une nécessité de clarification parce que, bien, je crois que la députée elle-même, dans le cadre d'un briefing technique, a remarqué qu'il y avait certainement un trou juridique sur cette question-là, mais on a l'intention de soumettre un amendement qui clarifie complètement la question.

Maintenant, sur ce qui est de la description de ce qui est assuré ou non assuré, ce n'est pas fait à la pièce et ce n'est pas fait de façon, là, je dirais, improvisée. Il y a la Loi sur l'assurance maladie du Québec et il y a un règlement, section V, sur l'application de la loi, Services qui ne sont pas considérés comme assurés. Et là-dedans on retrouve, depuis de nombreuses années, à — je ne sais pas si on dit paragraphe ou alinéa quand il y a une lettre, paragraphe — paragraphe q: l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu dans une installation d'un établissement de centre hospitalier; la tomodesitométrie, à moins les mêmes choses; la résonance magnétique, à moins les mêmes choses.

Donc, c'est quelque chose qui est codifié, ce n'est pas l'inspiration d'un moment qui dit: Bien, on assure ou on n'assure pas ça. Ça se fait de toute façon également en collaboration avec les associations médicales. Ça fait des années que c'est comme ça, là, ce n'est pas nouveau, ça, là, là. Alors, ce qui se fait actuellement dans les établissements, au moyen des investissements qui sont répétés chaque année depuis plusieurs années, c'est qu'on augmente le nombre d'appareils, par exemple, de résonance magnétique ou d'échographie, de façon à faire un meilleur équilibre.

Maintenant, s'il y a des situations qui sont en espèce des situations de conflit d'intérêts individuel, elles doivent être dénoncées puis signalées sur le plan d'une plainte à la Régie de l'assurance maladie du Québec ou à d'autres instances. Ce n'est pas de ça qu'on discute. Ce qu'on discute fondamentalement, c'est la question de la définition du panier de services assurés, qui est clairement là, là.

Alors, pour reprendre l'analogie de la députée, si on se met, au cours des prochaines années, à avoir plus de cliniques de médecins participants et qui pratiquent des actes qui déjà ne sont pas assurés, ce ne sera pas plus assuré à ce moment-là, à moins que le gouvernement décide de les introduire dans le panier de services ou à moins qu'ils soient dans le cadre d'un traitement d'association, parce que, là, on peut décider d'inclure également d'autres éléments dans le cadre d'un contrat de cliniques associées. Alors, il ne s'agit pas de dire que ce qui est déjà assuré ne deviendra plus assuré, il ne s'agit pas de désassurer des services, il s'agit juste de respecter le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, qui est présent depuis des années, qui n'a pas été modifié au cours des dernières années, quels que soient les gouvernements en présence, et qui se fait par entente mutuelle avec, d'une part, les associations et fédérations médicales et, d'autre part, la Régie d'assurance maladie du Québec.

Est-ce qu'il pourrait éventuellement être loisible ou décidé par un gouvernement d'inclure certains examens radiologiques en cabinet? On verra. Je pense qu'initialement au moins la possibilité d'avoir des contrats de type clinique affiliée qui — d'ailleurs on le verra dans l'article traitant des cliniques affiliées — peuvent également faire intervenir non pas uniquement un centre médical spécialisé, mais également ce qu'on appelle un laboratoire, vocable sous lequel on retrouve actuellement certains cabinets radiologiques privés...

Alors, c'est comme ça qu'il faut aborder la question et non pas à mon avis, là, on donnant l'impression que le panier assuré, pas assuré, c'est quelque chose qui est changeant ou mouvant selon les années. C'est quelque

chose qui est très bien codifié et encadré dans le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie, qu'on a ici et qu'on pourra consulter au besoin.

**Mme Harel:** M. le Président.

**Le Président (M. Copeman):** Oui, Mme la députée, il vous reste 2 min 30 s sur l'amendement.

**Mme Harel:** Bon, M. le Président, je reviendrai, là, sur la question du panier, comme on dit, assuré d'actes médicaux ou pas, là, parce que je pense que c'est là un point très névralgique. Mais, dans l'amendement, au paragraphe 3<sup>e</sup>, vous ajoutez: «Ce règlement peut préciser qu'une chirurgie visée au premier alinéa ou qu'un autre traitement médical spécialisé ainsi déterminé ne peut être dispensé que dans l'un des centres visés à l'article 333.3», et ainsi de suite. Alors, ça vous permet de limiter par règlement, même d'interdire, d'interdire par règlement, le type de centre médical spécialisé dans lequel une chirurgie ou un traitement pourrait être dispensé. Il m'apparaît que c'est là un aspect extrêmement important.

Pourquoi est-ce que le ministre donne le pouvoir... Par exemple, il pourrait se donner le pouvoir de limiter uniquement aux centres médicaux spécialisés privés, privés, là, non assurés, non couverts, certains types de chirurgie. Alors, pourquoi cet amendement, M. le Président? Qu'est-ce que le ministre a en tête en introduisant cet amendement?

**M. Couillard:** Bien, c'est permettre de nous donner un pouvoir de précision supplémentaire dans le règlement. N'oublions pas que ce règlement, dont on parle dans le premier alinéa de l'article, permet d'ajouter éventuellement des procédures autres que les trois qui sont déjà là. On a donné comme exemple la chirurgie esthétique sous anesthésie générale; il y en aura d'autres éventuellement.

On ajoute qu'en plus on peut préciser par le règlement que ce type de procédure là peut être pratiqué soit uniquement dans un centre de médecins non participants soit dans un centre de médecins participants ou, si on est dans le domaine des médecins participants, uniquement dans le cadre de contrats d'association. Alors, ça donne énormément de possibilités de bien codifier l'évolution justement — ce qui semble inquiéter la députée — de ce qui va arriver dans les prochaines années en termes de développement de cliniques médicales qui de toute façon se ferait actuellement sous le vocable de cabinets, ou autres, de dire: Écoutez, cet acte-là, on est d'accord qu'il se fasse dans les centres médicaux spécialisés, mais seulement dans les cliniques associées, de façon justement à ne pas créer de développement ou de déviation, là, dans l'offre de services ou à l'inverse — et là je n'ai pas d'exemple précis en tête, mais il faut tenir compte de toutes les hypothèses possibles — cet acte-là seulement dans les cabinets ou les centres médicaux spécialisés de médecins non participants.

C'est pour donner une précision de plus parce que sinon ce serait un peu laisser au libre arbitre de chacun de le développer à gauche ou à droite, et ça permet au gouvernement ultérieur de préciser que, d'accord, on veut bien que cet acte-là soit fait dans un centre médical spécialisé mais, par exemple, uniquement dans le cadre d'une association.

Lorsqu'on parle d'une entente conclue en application de l'article 349.3, on parle d'une entente de clinique associée. Alors, par exemple, si on veut ajouter, je ne sais pas, moi, les arthroscopies — ça, c'est une intervention où on regarde dans l'articulation, là — mais qu'on ne veut pas créer un vaste éventail de cette procédure-là à l'extérieur des cliniques associées, de façon à ce que ce soit un ajout à l'accessibilité sans frais pour les patients, on pourrait dire — c'est juste un exemple que je donne: Ce type de procédure là, oui, dans les centres médicaux spécialisés mais seulement avec participants et seulement avec contrat de type clinique associée. Je dirais que ça ajoute à l'encadrement et à la définition des choses.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'amendement? M. le député de L'Assomption.

**M. St-André:** Merci, M. le Président. J'essaie toujours de comprendre l'économie générale de la loi. J'aimerais poser quelques questions aussi dans le même esprit que ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve. Là, l'article, l'article qu'on étudie finalement, le 333.1, on crée les centres médicaux spécialisés, ce qui n'existait pas avant. C'est une nouvelle entité juridique. Pour justifier la création des centres médicaux spécialisés, si j'ai bien compris, le ministre nous dit essentiellement — il me le dira si je me trompe: On a constaté, ces dernières années, qu'il y a une foule de cliniques médicales, des cabinets privés actuellement en fait, qui ont développé une série d'activités qu'on ne peut pas encadrer dans l'environnement juridique actuel. Si j'ai bien compris, c'est ça.

Moi, d'abord, dans un premier temps, je ne suis pas persuadé que le cadre juridique actuel ne permet pas d'encadrer ce type d'activité là. D'ailleurs, dans les réponses que le ministre a données à ma collègue tantôt, j'ai cru comprendre qu'il y en avait, jusqu'à un certain point, une, certaine forme d'encadrement juridique, ne serait-ce qu'au niveau des médecins participants versus non participants. Il est évident que, pour pratiquer la médecine, il faut être un médecin membre du Collège des médecins puis, si on veut facturer la Régie de l'assurance maladie du Québec, bien il faut être un médecin participant. Ça, c'est assez clair, c'est assez précis, il me semble, dans la loi. Puis il y a effectivement ce qui est médicalement requis, puis il y a, dans ce qui est médicalement requis, bien il y a ce qui est assuré et non assuré.

J'aimerais ça comprendre, puis je reviens toujours à l'exemple que j'ai donné la semaine dernière, ma collègue y a fait allusion tantôt. Dans le cas précis de ce qui se passe au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, avec la clinique en imagerie médicale en face de l'hôpital, là, on est manifestement en face d'une situation où il y a des radiologistes qui pratiquent à la fois au centre hospitalier et qui sont propriétaires d'une clinique médicale en face de l'hôpital.

● (10 h 20) ●

L'Hôpital Le Gardeur, le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, s'est doté des équipements les plus modernes en matière d'imagerie médicale. Il y a une clinique médicale qui s'est installée juste en face et qui s'est dotée aussi des équipements les plus modernes en imagerie médicale. On constate en même temps que la liste d'attente en imagerie médicale au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur prend

des proportions plutôt inquiétantes. Pour certains examens diagnostiques, je l'ai souligné la semaine dernière, une liste d'attente dont j'ai obtenu copie à la fin septembre montre que, pour certains examens diagnostiques, il y a pour trois ans d'attente. Par contre, sur un simple coup de téléphone à la clinique en face, on est capable d'obtenir un rendez-vous dans les jours qui suivent, puis parfois pour des examens qui sont couverts par la Régie d'assurance maladie, s'ils sont pratiqués à l'hôpital, puis ils ne sont pas couverts s'ils sont pratiqués à la clinique. Ça, il me semble que c'est de la privatisation passive, là, au sens où ça a été défini dans le jugement qui vient d'être rendu au sujet des interruptions de grossesses.

Je veux bien croire que — puis ça, j'accepte l'argument du ministre d'ailleurs — ça fait des années que c'est ainsi, mais en même temps il faut constater qu'il semble qu'il y ait un problème, là, tu sais. On ne peut pas dire: Bien, ça a toujours été comme ça puis, si ça a toujours été comme ça, ça veut dire qu'il n'y a pas de problème. Bien, c'est faux parce qu'il peut y avoir jusqu'à trois ans d'attente à l'hôpital puis, à la clinique médicale en face, il n'y en a pas, d'attente, ou pratiquement pas.

J'aimerais ça que le ministre tente de nous expliquer en quoi l'architecture du projet de loi qui nous est présenté va régler cette situation-là? Dans ce cas précis là, j'aimerais ça comprendre ce que ça va donner pour le patient à qui son médecin prévoit une résonance magnétique, par exemple. Comment ça va se traduire?

**M. Couillard:** M. le Président.

**Le Président (M. Copeman):** Oui, M. le ministre. Allez-y.

**M. Couillard:** Bien, justement, c'est un très bel exemple, parce que ça va permettre à un établissement hospitalier, par exemple Pierre-Le Gardeur, de conclure une entente de cabinet affilié, de clinique associée avec cette clinique privée là et de faire en sorte que les patients pour lesquels il y a une demande d'examen puissent les avoir sans frais à la clinique. C'est un des meilleurs exemples que vous pouvez donner.

**M. St-André:** Puis, dans l'environnement légal actuel, on ne pourrait pas faire ça?

**M. Couillard:** On pourrait...

**M. St-André:** À quoi... Parce que... Oui.

**M. Couillard:** Pour le cas particulier de la radiologie, oui, parce que le Québec l'a déjà fait, mais peu de gens l'ont fait. En vertu de l'article 108, là — on y reviendra, à cette distinction avec l'article 108 — de la loi santé et services sociaux, on peut déjà faire des ententes semblables. Et ici la ville de Québec a fait des ententes semblables avec une clinique de radiologie et de résonance magnétique, avec de très bons résultats d'ailleurs.

Mais ça peut être certainement fait déjà, mais ça va être encore plus encadré parce que, là, en plus on va arriver à l'autre élément dont le député discute, qui est la question de la répartition de temps de travail des spécialistes. Par exemple, les conditions d'un contrat d'association sont beaucoup mieux décrites, alors qu'elles ne le sont

pas du tout dans le cadre de l'article 108, en termes notamment des activités professionnelles, de l'inscription au CMDP, le fait de remplir les obligations assorties aux privilèges, dont celle de pratiquer les examens normaux. Ça va même nous prémunir contre un glissement professionnel progressif de la pratique des radiologues participants — et sans savoir si c'est ce qui se produit ou pas — de l'hôpital vers la clinique. Et en plus comme ça on peut avoir une seule liste d'attente unifiée. C'est les mêmes patients qui sont en attente. Ils ont soit l'examen à l'hôpital même soit dans la clinique en question, avec une entente d'association, pour lequel ils n'ont aucun frais à déboursier. Moi, je pense que c'est un très bel exemple, et je remercie le député de nous l'avoir soumis.

**M. St-André:** M. le Président, pour ma compréhension, là, pour être une clinique affiliée, est-ce qu'il va falloir obligatoirement être un centre médical spécialisé?

**M. Couillard:** Non, ça peut être... Mais là je suggérerais qu'on discute de l'article en cours, là, parce qu'on va revenir sur cette question-là ultérieurement. Mais on peut être soit un centre médical spécialisé, soit un cabinet privé, soit un laboratoire. Y a-tu d'autres situations? Je pense que c'est les trois.

**Mme Harel:** M. le Président, j'aimerais faire remarquer au ministre qu'avec l'amendement au paragraphe 3° il introduit la clinique médicale associée lui-même.

**M. Couillard:** On parle de l'article qui décrit les contrats d'association, mais, si on veut parler précisément des modalités d'association et des contrats, je suggère que le meilleur moment de le faire, c'est lorsqu'on va aborder cet article-là, puis on va justement toucher certains points que le député a...

**M. St-André:** Mais de toute façon je comprends de la réponse du ministre que déjà, dans l'environnement légal actuel, il pourrait régler le problème.

**M. Couillard:** C'est-à-dire que ce qu'il faudrait faire, si on...

**M. St-André:** En vertu de l'article 108.

**M. Couillard:** Si on ne voulait faire que ça, il faudrait introduire de nouveaux articles qui bonifient l'article 108, l'encadrent de toute façon. Et l'article 108 est tellement vaste dans son application qu'on se retrouverait encore une fois dans une zone de complexité très grande. Ce que le projet de loi apporte dans ce que le député appelle justement l'économie générale du projet de loi, c'est justement une clarification et une simplification du contexte juridique actuel, non pas de créer de nouvelles choses, mais de refléter la réalité telle qu'elle existe et d'assurer un encadrement qui favorise l'accessibilité aux soins d'une part mais également l'encadrement sécuritaire des soins. Et je pense que c'est un des grands mérites de ce projet de loi qui est devant nous.

**Le Président (M. Copeman):** Toujours sur l'amendement, M. le député.

**M. St-André:** Toujours sur l'amendement, M. le Président. Là, actuellement, si j'ai bien compris, c'est par règlement qu'il est prévu que certains examens diagnostiques sont couverts s'ils sont pratiqués à l'hôpital et qu'ils ne sont pas couverts s'ils sont pratiqués dans un cabinet privé.

**M. Couillard:** C'est par règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie du Québec depuis des années.

**M. St-André:** Un règlement est toujours en application, j'imagine, d'une loi. Ça, ce règlement-là, vous ne prévoyez pas le changer, j'imagine?

**M. Couillard:** Non, on n'a aucune demande en ce sens-là ni aucun intérêt à le faire non plus, à moins que, dans l'avenir, puis ce n'est pas nécessairement nous, ça peut être un gouvernement dans 10 ans, 15 ans, 20 ans, avec les conversations avec les fédérations médicales... envisage des modifications. Là-dessus, je dirais que d'abord ça ne se fait pas simplement, ce n'est pas un règlement qui passe inaperçu, ça, le règlement de ce qui est assuré et pas assuré. Deuxièmement, souvenons-nous que le Commissaire à la santé maintenant a un regard là-dessus également à chaque année, dans son rapport. Il va être certainement le premier à alerter la population s'il y avait une tendance à désassurer les services. Mais, dans notre monde médiatique de la société d'aujourd'hui, il me semble que ça va être pas dur à faire, désassurer un service en cachette.

Donc, clairement, le règlement est là, il existe depuis des années, il n'a pas été modifié depuis qu'on est là, il était là auparavant également. Et, s'il est là, c'est pour des bonnes raisons et essentiellement des raisons qui reflètent les conversations successives entre les gouvernements et les associations médicales, notamment les deux fédérations médicales.

**M. St-André:** J'aimerais néanmoins comprendre comment il se fait... Parce que ça fait au moins deux, trois ans que ça dure, là, la situation entre le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur et la clinique d'imagerie médicale en face de l'hôpital. Moi, il me semble que, pour n'importe quel administrateur du réseau de la santé, constater que, par exemple, dans son établissement, il peut y avoir une liste d'attente de plus de trois ans... En tout cas, moi, si j'étais ministre de la Santé et des Services sociaux — Dieu m'en garde — ...

**M. Couillard:** Je vous le souhaite. Particulièrement ces derniers jours, je vous le souhaite.

**M. St-André:** Ah! Je suis conscient des défis que le ministre doit relever, je pense que tout le monde autour de la table en est conscient, M. le Président. Mais, pour revenir à la question, il me semble que, si j'étais ministre de la Santé, je voudrais m'assurer de poser des gestes rapidement, ne serait-ce que pour respecter les engagements que j'ai pris en campagne électorale: combattre l'attente sous toutes ses formes, pour régler une telle situation. Ça, j'espère que le ministre d'ailleurs est d'accord au moins avec moi pour dire que d'attendre trois ans pour obtenir un examen diagnostique, c'est complètement inacceptable.

**M. Couillard:** Je vais le préciser maintenant parce que ça, c'est un point important. Moi, là, j'ai pratiqué

la médecine pendant 20 ans, là. Il n'y a jamais un patient qui a attendu trois ans ou un an, même quand vous étiez au gouvernement. Pourquoi? Parce que, quand on s'occupe correctement de ses patients, puis qu'on vérifie que tous les patients qui sont en attente sont suivis, puis qu'on téléphone au radiologue pour avoir l'examen, on fait ce petit effort de cinq minutes là, là, on les a tous, les examens.

La première chose que ça me dit, les statistiques que vous me rapportez là, c'est qu'il n'y a aucune validation de listes d'attente à cet établissement-là. Ça, c'est la première responsabilité de l'administrateur. On leur a demandé de le faire pour les chirurgies, on ne leur a pas demandé encore de le faire pour l'imagerie, et ce serait éventuellement à faire d'ailleurs avec les radiologues. On ne le fera pas tout seuls, là, il faut que les radiologues le fassent avec nous pour juger de la pertinence puis de la façon dont on va faire ça, un.

**M. St-André:** Je suis d'accord avec le ministre là-dessus, mais ce que je ne comprends pas... Ça fait déjà à plusieurs reprises que je soulève cette situation-là avec lui. Là, aujourd'hui, il semble dire que ça ne se peut pas, attendre trois ans puis en même temps il me dit: Les données n'ont pas été validées, on attend pour le faire. Moi, il me semble que le ministre devrait ordonner dès maintenant de valider les données pour qu'on sache de quoi on parle sur cette situation-là.

● (10 h 30) ●

**Le Président (M. Copeman):** Cher collègue, je peux peut-être me tromper, je ne retrouve pas les listes d'attente de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur à l'intérieur de l'amendement dont nous sommes en train de discuter. Je comprends, la pertinence est large, il faut l'interpréter de façon large. Il y a quand même un règlement puis il y a quand même... Je souhaite...

**M. St-André:** Bien, M. le Président, sur la pertinence, je veux intervenir sur la pertinence.

**Le Président (M. Copeman):** M. le député, vous allez me permettre de terminer ma phrase, je vous le garantis. Je souhaite qu'on revienne à l'amendement, la discussion sur l'amendement, en application de la règle de pertinence.

**M. St-André:** Sur la pertinence, M. le Président, je pense que le ministre a présenté le projet de loi n° 33 pour justement traiter des listes d'attente. C'est un des objectifs poursuivis par le projet de loi, puis je pense... Je comprends qu'à l'article qu'on étudie on ne parle pas spécifiquement des listes d'attente, mais l'économie générale du projet de loi, de toute la structure qui est proposée par le ministre justement, c'est pour apporter une réponse aux délais d'attente. Moi, il me semble que j'ai toujours compris ça comme ça. Je m'excuse, mais, en toute humilité, j'ai l'impression d'être dans l'ordre et d'être pertinent. D'ailleurs, ma collègue l'a abordé tantôt avec le ministre.

Je pense qu'on ne peut pas passer à côté de ça. Pour comprendre un projet de loi, il n'y a rien de mieux à mon sens que de parler de certains cas précis, je pense. En tout cas, moi, ça m'aide. Des fois, les grandes discussions philosophiques, là, on se perd là-dedans. Si on parle d'un cas vraiment précis, il me semble qu'on est mieux en mesure de comprendre l'économie générale du projet de loi.

**Le Président (M. Copeman):** Je suis d'accord avec vous, M. le député, et ce serait d'autant plus efficace si on pouvait faire le lien avec l'amendement.

**M. St-André:** Bien, le lien avec l'amendement, M. le Président, c'est que je pense qu'on est en train d'étudier un projet de loi qui traite des listes d'attente. Et là on crée des centres médicaux spécialisés, puis, dans cet amendement-là en tout cas ou dans l'article de loi qu'on étudie, on ne parle pas de la radiologie, mais je comprends que le ministre, par règlement, pourrait décider qu'un centre médical en radiologie, par exemple, c'est un centre médical spécialisé. Est-ce que je me trompe?

**Le Président (M. Copeman):** En tout cas, si vous voulez poursuivre, M. le député. Il vous reste du temps.

**M. St-André:** Bien là, j'attends toujours la réponse que j'ai posée tantôt. Dans l'environnement légal actuel, qu'est-ce qui empêche le ministre d'agir sur une question comme celle-là? En quoi il a besoin de son amendement, de l'article de loi, du projet de loi n° 33 pour régler cela? Je ne vois toujours pas, là.

**M. Couillard:** Ce qui est le problème, M. le Président, c'est que le député donne à la fois le bon exemple et à la fois le mauvais: le bon exemple dans ce qui a trait à la possibilité d'avoir une clinique associée puis de créer des ententes d'association dans l'intérêt de l'accessibilité, mais le mauvais exemple dans le sens que les cabinets de radiologie vont demeurer des cabinets de radiologie, qui sont des laboratoires en fait au sens de la loi, ça ne change pas.

**M. St-André:** Mais, en vertu de la loi, il pourrait devenir un centre médical spécialisé.

**M. Couillard:** Bien, non, parce que pourquoi est-ce qu'on ferait ça? Ce qu'on veut, c'est des procédures à encadrement important. Alors, une échographie, une résonance magnétique, ça n'a pas besoin d'encadrement, il n'y a pas d'infrastructure. Ce n'est pas comme une chirurgie, là. Alors, non, ce n'est vraiment pas nécessaire de faire ça.

**M. St-André:** M. le Président, on crée des centres médicaux spécialisés où on pourrait éventuellement dispenser d'autres traitements médicaux spécialisés en vertu d'un règlement. Dans ces centres... Puis il y a deux types de centres médicaux spécialisés: il y a ceux où ça va être des médecins participants puis il y a ceux aussi des médecins non participants. Il me semble que, si on veut éviter une privatisation passive des soins de santé, il y a lieu de bien comprendre puis de bien saisir ce que le ministre essaie de faire. Puis, moi, je veux comprendre, je le dis au ministre, j'aimerais comprendre. J'aimerais qu'il nous l'explique. Je ne vois toujours pas, dans le cas précis que j'ai soulevé par exemple... Puis il y en a d'autres qu'on pourrait mettre sur la table. Ma collègue a évoqué le cas tantôt, là, d'une chirurgie où il y a de l'attente dans le réseau public puis ça va en cabinet privé. Si cette personne-là, si le patient va en cabinet privé, moyennant facturation il va pouvoir bénéficier de la chirurgie plus rapidement, sans attente. C'est ça essentiellement qu'on comprend, là. Non, le ministre dit non.

**M. Couillard:** Bien non, parce que ce que le député fait, c'est décrire la situation actuelle, pas la situation apportée par le projet de loi — je me questionne toujours sur la pertinence, M. le Président, mais vous en jugerez éventuellement. Mais la situation actuelle, c'est déjà ça: vous pouvez déjà aller à Montréal puis avoir une chirurgie orthopédique en payant; vous pouvez déjà aller à la clinique de polychirurgie de Montréal, avoir une chirurgie en payant les frais accessoires. Ce n'est pas nouveau, là.

**M. St-André:** ...pas ça.

**M. Couillard:** Bien non.

**M. St-André:** Le projet de loi ne changera pas cela.

**M. Couillard:** Bien, pourquoi on le changerait, vous ne l'avez jamais changé en neuf ans?

**M. St-André:** Bien, M. le Président, moi, il me semble que, quand on introduit des législations, c'est pour changer les choses pour les améliorer.

**M. Couillard:** C'est des choses qui ont besoin d'être changées, pas celles qui n'ont pas besoin d'être changées. Aïe! Il y aurait certainement eu besoin, en neuf ans, là...

**M. St-André:** Bien, alors, qu'est-ce que le ministre... mais, alors...

**M. Couillard:** Hein? En neuf ans, vous auriez eu l'occasion en masse d'y réfléchir puis de changer ça, là. Vous n'avez pas eu l'impression que c'était nécessaire.

**M. St-André:** M. le Président, sur la pertinence justement, je pense qu'on est en train d'étudier le projet de loi du ministre, pas ce que le gouvernement a fait précédemment. Qu'est-ce que son projet de loi va améliorer, par exemple, dans le cas précis que j'ai évoqué? C'est ça que je veux comprendre, M. le Président. L'objectif du projet de loi... Puis il me semble...

**M. Couillard:** M. le Président, on est totalement hors pertinence. Là, ça suffit, là, cette affaire-là, là.

**Mme L'Écuyer:** M. le Président, question de pertinence.

**Le Président (M. Copeman):** Chers collègues, j'ai tenté de ramener la discussion, j'ai tenté de ramener la discussion sur l'amendement. Il est vrai qu'à l'intérieur de l'amendement on peut se questionner sur l'économie générale de la loi, mais je souhaite pour le moins qu'on essaie — qu'on essaie — de disposer de l'amendement qui retranche le mot «tout» dans la troisième ligne du premier alinéa, qui retranche le mot «totale» dans la cinquième ligne du premier alinéa, qui ajoute un alinéa après le premier, qui supprime le troisième et...

**M. St-André:** ...question à ce moment-là.

**Le Président (M. Copeman):** ...et supprime le dernier.

**M. St-André:** Je vais poser une autre question. L'article prévoit que le ministre, par règlement, va pouvoir rajouter à la liste d'autres traitements médicaux. Tantôt, dans les réponses qu'il a données à ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, il a dit qu'il travaillait déjà activement à préparer une liste de traitements, de traitements, qui serait rendue publique au moment où le projet de loi serait mis en vigueur, où cet article-là serait mis en vigueur. Est-ce que le ministre pourrait déjà nous indiquer les traitements qui... Bien, alors, j'aimerais savoir pourquoi il ne veut pas le faire.

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, j'ai donné comme indication à date deux choses, d'abord qu'il était évident, pour des raisons qui ont été amplement illustrées au cours de la dernière semaine dans les médias, que la chirurgie esthétique avec anesthésie générale ferait partie de la liste. Pour ce qui est des autres éléments, il faut avoir... d'ailleurs la loi le prévoit, il faut avoir des contacts avec le Collège des médecins, il faut faire le recensement de ce qui existe actuellement. C'est un travail qui commence et qui n'est pas terminé, qui va se terminer au moment où il sera terminé, comme le mot le dit, puis au moment où on aura consulté le Collège des médecins puis qu'on aura eu leur avis, puis, à ce moment-là, on ajustera la liste en conséquence. Ce que j'ai dit, c'est qu'une liste ajustée sera rendue disponible au moment de l'entrée en vigueur de la loi.

**M. St-André:** Si le ministre n'est pas prêt à rendre sa liste publique maintenant, pourquoi tantôt il m'a répondu que, dans le cas de la radiologie, il n'en était pas question?

**M. Couillard:** Parce qu'on parle uniquement des... Ça, c'est... Je peux déjà lui dire que la résonance magnétique puis l'échographie, elles ne seront pas dans la liste. S'il y a des choses à changer...

**M. St-André:** Pourquoi?

**M. Couillard:** Parce que ça n'a rien à voir avec un centre médical spécialisé, ce n'est pas des procédures nécessitant un encadrement important. S'il y a des modifications à faire de ce côté-là, c'est dans la Loi sur les laboratoires parce qu'ils sont considérés comme des laboratoires, les cabinets de radiologie. Il faut rester dans l'univers de l'existant et de ce qui est apporté par le projet de loi. Ce n'est pas du tout de ce côté-là... Tantôt, on a eu un bon exemple, mais là ce n'est pas un bon exemple.

**Le Président (M. Copeman):** Toujours sur l'amendement, Mme la députée de Rimouski.

• (10 h 40) •

**Mme Charest (Rimouski):** Bien. Moi, ce qui me préoccupe dans cet article, c'est justement le fait que tout autre traitement médical spécialisé peut être déterminé par règlement, et, quand on dit ça et qu'on enlève le mot «tout», là je comprends, à la lumière des explications qui ont eu lieu précédemment, que tous les services médicaux nécessaires pour effectuer les trois chirurgies qui sont là... La réponse est claire, ça, j'en conviens, je n'ai pas de problème avec ça. Mais là c'est les futures chirurgies qui pourraient être rajoutées, et, le mot n'étant plus là, le

mot «tout», ça me pose des interrogations. Parce que, dépendamment du type de chirurgies qui vont être rajoutées, il y a peut-être lieu de maintenir le mot «tout», parce qu'il n'y a rien qui ne dit pas que ce qui doit être fait en termes de préparation à la chirurgie, à un type de chirurgie donné, ne devrait pas être fait par la clinique médicale spécialisée, comme le postopératoire, certaines choses, en termes de suivi, ne devraient pas être prévues.

Et ça, le fait qu'on enlève «tout», là, il me semble que ça laisse place à peut-être, éventuellement... compte tenu que tout autre acte médical, tout autre traitement médical ne serait pas l'objet de débats, de discussions soit par l'Assemblée nationale ou en commission parlementaire, mais tout simplement par règlement. Puis, le règlement, vous allez le faire avec des gens, là, qui sont étroitement associés. Ça a des avantages, mais ça a aussi des inconvénients, parce qu'on peut choisir ce qu'on veut puis ce qu'on ne veut pas, ce qui fait notre affaire ou ce qui ne fait pas notre affaire quand on est trop près de la question, et sans vouloir accuser qui que ce soit de mauvaise foi, je veux dire, c'est des risques qui existent et...

**M. Couillard:** Je comprends, M. le Président, les inquiétudes et les interrogations de notre consœur. Cependant, on a déjà eu l'occasion de répondre à ça. Et, en passant, à 333.6, lorsque, très bientôt, j'en suis sûr, on y arrivera, on pourra discuter de la question des soins pré et postopératoires, selon les circonstances.

Il y a deux éléments que je veux rappeler. D'abord, c'est que la loi nous permettra, une fois adoptée, de s'assurer justement que... Lorsque des soins seront donnés dans le cadre d'une assurance particulièrement ou dans le cas des médecins non participants, il faut s'assurer que l'ensemble des soins pré ou postopératoires soient assurés, de façon à ce qu'il n'y ait pas un transfert de ces soins-là vers le réseau public, tu sais. Je donnais l'image tantôt de la crème, là, c'est certain que faire de la chirurgie, c'est ce qu'il y a de plus rentable, hein, mais évaluer...

**Mme Charest (Rimouski):** ...par exemple.

**M. Couillard:** Oui, mais évaluer le patient, puis faire la réadaptation, puis s'assurer que tout est correct, puis le suivre, ça, c'est autre chose, et il faut s'assurer que...

**Mme Charest (Rimouski):** C'est dispendieux.

**M. Couillard:** Bien, ce n'est pas tellement plus dispendieux, mais c'est plus de temps puis d'efforts, tu sais. Alors, il faut s'assurer que, dans le monde des médecins non participants, on n'assiste pas... ce qu'on pourrait voir maintenant et ce qui arrive, en passant, parce que les chirurgies des centres non participants de Montréal, actuellement il y a des complications. Il ne faut pas penser que, parce que c'est fait par un médecin non participant, il n'y a jamais de complications ou des éléments imprévus. Les complications, on a toujours besoin de s'en occuper, mais les éléments de suivi, parfois le patient se présente tout simplement à l'établissement de santé pour avoir le suivi de sa chirurgie. Ce n'est pas correct, ça. Ça, c'est un côté.

L'autre côté, c'est de permettre également de s'assurer que personne ne peut échapper à l'obligation d'être un centre médical spécialisé et d'avoir un permis,

parce que, si on laissait le mot «tout», je l'ai expliqué plus tôt, là, dans nos débats, il suffirait que quelqu'un puisse prouver qu'il n'a pas tous les traitements médicaux associés à telle chirurgie pour dire: Bien, moi, je n'ai pas besoin de permis. Alors, c'est pour boucher, entre guillemets, ce trou-là qu'on fait ça. Donc, c'est non pas pour diminuer l'encadrement, mais pour l'augmenter et s'assurer qu'il n'est pas dilué.

**Le Président (M. Copeman):** Toujours sur l'amendement, est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'amendement?

**Mme Harel:** Alors, M. le Président, c'est plutôt une demande de directive. Je comprends qu'on va procéder, là, on va disposer de l'amendement et qu'on pourra revenir par la suite avec de nouveaux amendements.

**Le Président (M. Copeman):** Absolument. La discussion se poursuit sur l'article 11. Comme je vous l'ai déjà indiqué, chaque député dispose de 20 minutes pour chaque nouvel article créé, c'est-à-dire 333.1, 333.2, 333.3, etc. Alors, la façon de procéder est de disposer de l'amendement, de retourner sur la discussion en premier lieu sur 333.1, et par la suite terminer la discussion sur l'article 11, et ultimement adopter l'article 11 tel qu'amendé.

Alors, est-ce qu'il y a d'autres discussions sur l'amendement? Je n'en vois pas.

**Mme Harel:** J'aimerais juste...

**Le Président (M. Copeman):** Oui, allez-y, Mme la députée.

(Consultation)

**Mme Harel:** Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Copeman):** Ça me fait plaisir, Mme la députée. Alors, je ne vois pas d'autre intervenant sur l'amendement. Est-ce que l'amendement est adopté?

**Des voix:** Adopté.

**Le Président (M. Copeman):** Adopté. Alors, nous revenons à la discussion sur 333.1.

**Mme Harel:** Alors, M. le Président...

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

**Mme Harel:** Oui, M. le Président...

**M. St-André:** ...voter pour l'amendement du ministre, puis on s'attend à ce qu'il vote pour notre amendement.

**Mme Harel:** Voilà, j'espère que nous aurons la même unanimité à l'égard de ce projet d'amendement que je vais maintenant introduire et qui consiste, M. le Président, au troisième alinéa, tel qu'amendé, oui, de lire désormais: «Le gouvernement ne peut prendre un tel règlement avant qu'il n'ait fait l'objet d'une étude par la commission compétente de l'Assemblée nationale.»

**Le Président (M. Copeman):** Avez-vous copie de votre amendement, Mme la députée?

**Mme Harel:** Ça vient, ça vient, M. le Président. Ça vient.

**Le Président (M. Copeman):** Noël aussi.

**Mme Harel:** Excusez-moi si là... Il faut comprendre, hein, que le troisième alinéa de l'article 333.1, tel qu'amendé, se lit comme suit: «Le ministre doit, avant de prendre un règlement en application du premier alinéa, consulter le Collège des médecins du Québec.»

**Le Président (M. Copeman):** Point.

**Mme Harel:** Et mon amendement consiste à ajouter: «Le gouvernement ne peut prendre un tel règlement avant qu'il n'ait fait l'objet d'une étude par la commission compétente de l'Assemblée nationale.»

**Le Président (M. Copeman):** Alors, je comprends la nature de l'amendement. Ça aiderait beaucoup la présidence si on pouvait avoir une copie.

**Mme Harel:** Oui. Alors donc, M. le Président, il faut dire «ajouter» plutôt que «remplacer», puisqu'on a déjà...

**Le Président (M. Copeman):** Exact, supprimé.

**Mme Harel:** ...donc, supprimé, hein, étant donné que c'est déjà fait.

**Le Président (M. Copeman):** Ajouter, à la fin du troisième alinéa, ce qui suit.

**Mme Harel:** Ce qui suit, oui.

**Le Président (M. Copeman):** Oui, c'est ça, de l'article 333.1 introduit par l'article 11 du projet de loi n° 33.

**M. Couillard:** ...ministre là-dedans.

**Mme Harel:** Oui. M. le Président, avec raison, le ministre me fait valoir que l'article dit: «Le ministre doit, avant de prendre un règlement en application du premier alinéa...» Mais à ma connaissance c'est toujours le gouvernement qui prend règlement.

**M. Couillard:** Règlement de ministre, règlement du gouvernement.

**Le Président (M. Copeman):** Bien, écoutez, avant d'entreprendre la discussion, je souhaite toujours avoir copie de l'amendement.

**Mme Harel:** D'accord. Bon. Alors, M. le Président, pour accélérer nos travaux, n'est-ce pas...

**Le Président (M. Copeman):** Oui, qui est le but de tout le monde, évidemment.

**Mme Harel:** Je remplacerais donc... J'ajouterais donc «Le ministre» plutôt que «Le gouvernement» à

l'amendement que je vais vous soumettre. Et, pour accélérer nos travaux également, je vous soumetts...

**Une voix:** ...

**Mme Harel:** Oui, parce qu'on pourrait le faire successivement, mais là je vais proposer qu'on le fasse en même temps, on remplacerait le mot «hébergement» par le mot «hospitalisation», dans le deuxième alinéa... dans le deuxième paragraphe, excusez-moi, tel que...

**Le Président (M. Copeman):** ...alinéa.

**Mme Harel:** Alinéa. C'est vrai, vous avez raison. Deuxième alinéa, tel qu'amendé, remplacer les mots «hébergement» par «hospitalisation».

**Le Président (M. Copeman):** Moi, je pense que c'est un excellent moment pour une petite suspension. Je suspends les travaux de la commission quelques instants pour permettre...

*(Suspension de la séance à 10 h 49)*

*(Reprise à 10 h 58)*

**Le Président (M. Copeman):** La commission reprend ses travaux, et Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, pour la présentation de votre amendement, s'il vous plaît.

**Mme Harel:** Alors, M. le Président, l'amendement consiste à ajouter, à la fin du quatrième alinéa de l'article 333.1 tel qu'amendé: «Le ministre ne peut prendre un tel règlement avant qu'il n'ait fait l'objet d'une étude par la commission compétente de l'Assemblée nationale.»

**Le Président (M. Copeman):** Je déclare l'amendement recevable, et la parole est à vous, Mme la députée.

• (11 heures) •

**Mme Harel:** Bon. M. le Président, le ministre nous a indiqué qu'il avait l'intention d'ajouter, à la liste des services médicaux décrits au premier alinéa, d'autres services médicaux et qu'il avait l'intention de le faire au moment où la loi elle-même serait mise en vigueur. Alors, il nous semble que cela exigerait qu'il y ait non seulement le seul Collège des médecins, comme c'est mentionné dans le projet de loi, qui soit consulté sur en fait l'adoption d'un règlement qui va extensionner le nombre de services médicaux en matière de chirurgies, là, permises dans les centres médicaux spécialisés, mais il nous semble que cela ne peut pas se faire seulement entre le Collège des médecins et le ministère de la Santé, qu'il y a là des dimensions qui concernent, disons, la santé publique.

Pour des questions de transparence également, il nous apparaît qu'il devrait y avoir un examen parlementaire qui permettrait au ministre d'expliquer ses choix, d'expliquer les chirurgies qui sont ajoutées à la liste que l'on retrouve dans son projet de loi. Je ne pense pas qu'il y ait de raisons que cela en fait se fasse en catimini, M. le Président, je pense qu'il y aurait tout à fait intérêt à ce qu'un débat public, un débat parlementaire puisse suivre la décision que le

ministre entend prendre en matière d'addition, là, de nouvelles chirurgies à la liste qui est déjà inscrite. Voilà.

**Le Président (M. Copeman):** Merci. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**M. Couillard:** M. le Président, je ne m'attendais pas à avoir à réagir aussi rapidement à l'amendement de notre consocier. Écoutez, c'est avec un brin de regret que je vais lui dire qu'on ne soutiendra pas cet amendement. Mais je lui promets que je vais regarder tous les amendements qu'elle va soumettre avec beaucoup d'attention et je ne doute pas qu'il y en aura pour lequel nous serons d'accord.

Pourquoi donc, à notre avis, ne devrions-nous pas donner suite à la suggestion de l'amendement? D'abord, c'est que la liste en question, M. le Président, n'ajoute rien, elle ne fait que clarifier le phénomène actuel, tel qu'il existe, et clarifier la distinction entre les cabinets médicaux et les centres médicaux spécialisés. Donc, il ne s'agit pas de déplacer les actes ou de créer une nouvelle situation mais tout simplement de, encore une fois, rendre compte de la réalité telle qu'elle est aujourd'hui. Donc, rien de nouveau là-dedans en termes de ce qui se fait sur le terrain.

Deuxièmement, la question fondamentale qui permet l'inscription ou non sur la liste, c'est une question d'encadrement et de lourdeur des actes médicaux, qui est une question qui regarde fondamentalement, encore plus que le gouvernement, le Collège des médecins du Québec qui va nous faire les recommandations d'usage.

Il s'agit également d'une suggestion qui alourdirait inutilement le processus, compte tenu encore une fois qu'on n'ajoute rien. Ce n'est pas comme si on disait... et c'est totalement différent, je vais en parler dans quelques instants, de la question de l'assurance, où, là, vraiment je sens qu'on va avoir un débat très vigoureux sur cette question-là. Mais, sur la question de la liste des procédures faites en centre médical spécialisé, s'il s'agissait de déplacer ou de dire: À partir de maintenant, ce qui était fait dans l'hôpital ne pourra être fait ou sera fait dans le centre médical spécialisé, je comprends l'argument de la députée, mais ce n'est pas le cas parce que ce sont déjà des procédures qui sont faites soit dans les cabinets de médecins non participants soit dans les cabinets de médecins participants sous le vocable «cabinet». Donc, on ne fait encore une fois que refléter la réalité. Il s'agit essentiellement d'une évaluation sur la pertinence d'encadrer ou pas certains actes médicaux sans aucun impact en fait systémique sur la question de la répartition des activités médicales dans le paysage plus large du système du santé.

Mais je suis conscient, et c'est très différent de l'article que nous allons éventuellement étudier sur la question de la liste d'assurance. Là, il y a une discussion claire, là, et d'ailleurs, à plusieurs reprises, la députée en a fait état, sur la distinction entre un règlement, un règlement soumis à une commission compétente ou d'autres mécanismes d'approbation, et là-dessus, moi, je m'engage à avoir une discussion très fouillée là-dessus et très, très forte, parce qu'il s'agit effectivement d'un élément important. Mais je crois qu'on n'a pas besoin de viser le même objectif dans le cadre de cet article-là, compte tenu de ce qu'il fait ou de ce qu'il ne fait pas en réalité. Et je rappelle que le règlement du ministre ou du gouvernement... la distinction étant qu'un règlement du gouvernement est

sujet à plus d'étapes d'approbation qu'un règlement ministériel. Dans les deux cas, de toute façon, il y a une période de prépublication suite à laquelle les gens pourront réagir.

Mais encore une fois, s'il s'agissait d'annoncer que, demain, telle chirurgie va pouvoir être faite à l'extérieur du centre hospitalier, je comprendrais, mais ce n'est pas le cas. Il s'agirait de préciser: Voici une chirurgie qui est faite à l'extérieur des centres hospitaliers; nous pensons que, pour des raisons d'encadrement, elle doit être faite dans un centre médical spécialisé, compte tenu des obligations qui s'attachent à la délivrance du permis.

Alors, c'est donc avec un certain regret que je dis que nous ne jugeons pas nécessaire de nous rallier à cet amendement quoique nous en comprenions la base. Voilà.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres discussions sur l'amendement? Mme la députée de Rimouski.

**Mme Charest (Rimouski):** Oui, M. le Président. Merci. Malgré ce que vient de dire le ministre, je demeure pas convaincue. Voici pourquoi. Il me semble que, dans un premier temps... Ça me soulève des questions.

Pourquoi juste le Collège des médecins? Je comprends que le Collège des médecins sont des partenaires du ministre de la Santé et des Services sociaux pour débattre, là, quel type de... mais il pourrait y avoir aussi les représentants des... Parce que, là, il s'agit d'un projet de loi n° 33 sur l'accessibilité et, pour offrir une meilleure accessibilité, le ministre propose des cliniques médicales spécialisées. Et, si je suis sa logique, là il le fait pour trois interventions bien précises dans l'article qu'on étudie, mais on dit aussi, dans ce même article, «ou tout autre traitement médical spécialisé», et c'est dans le cas, «ou tout autre traitement médical spécialisé», qui n'est pas précisé au moment où on adopte la loi mais qui éventuellement pourra l'être par... déterminé par règlement du ministre. Il me semble qu'il y a là une brèche qui est importante dans non seulement le système public, et cette brèche... Parce que «tout autre traitement médical spécialisé» qui pourrait être offert par règlement, il m'apparaît important qu'on aille chercher l'accord, le désaccord, les argumentaires importants à la fois des élus, des partenaires de la santé.

Puis, quand je parle des partenaires de la santé, les établissements de santé qui ont à faire des chirurgies et qui les font présentement et qui, pour toutes sortes de raisons, ne donneraient pas accès à la population à certaines chirurgies parce qu'il y a des listes d'attente puis parce que, bon, etc., ils n'ont pas le médecin spécialiste qu'il faut ou l'anesthésiste, etc., pourquoi, à ce moment-là, il n'y aurait pas les représentants des conseils des médecins et dentistes des centres hospitaliers? Je veux dire, c'est des personnes tout aussi importantes que le Collège des médecins. Puis au contraire ces gens-là sont dans la pratique quotidienne, c'est ces gens-là qui, par rapport aux plateaux de services, ont à développer des arguments pour dire: Oui, on est d'accord ou on ne l'est pas pour que tel et tel type de chirurgie ait priorité ou pas dans l'établissement puis que tel autre pourrait être abandonné ou référé, dépendamment du type de centre médical spécialisé auquel on se référerait. Est-ce que ce genre de partenaires là ne devraient pas être aussi consultés?

Moi, je pense qu'on devrait plutôt élargir la consultation que la restreindre. C'est fondamental parce

qu'on touche à un système de santé basé sur la gratuité, sur l'accessibilité, puis on touche aussi à des choses qui sont déjà reconnues comme faisant partie d'un système public. Et là on aurait tendance à l'envoyer dans une clinique médicale spécialisée tout simplement à partir d'un règlement que le ministre pourrait passer, hein, et ça, après avoir consulté le Collège des médecins strictement, alors qu'il y a toutes les corporations professionnelles, il y a aussi les organismes d'agrément qui pourraient être utilisés également pour s'assurer que, si on délègue à une clinique médicale spécialisée un autre type de chirurgie que les trois qui sont mentionnées présentement, on s'assure qu'il y ait à la fois la qualité et tout ce qu'il faut pour que l'ensemble des partenaires soit d'accord ou manifeste son désaccord, parce qu'on a le droit d'être en désaccord avec certaines choses.

● (11 h 10) ●

Et je pense que l'amendement qui est proposé par ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve permettrait justement d'élargir le débat. Il ne faut pas avoir peur des débats sur ces questions-là. Je pense que les débats permettent de mieux informer, de mieux sensibiliser et, à partir de ça, je pense que les citoyens et les citoyennes qui ont leur mot à dire par délégation de représentativité, ou autrement, ou par les professionnels concernés, ça ne fait qu'ajouter un plus, un plus à la qualité du service qu'on veut offrir. Et aussi je pense que là-dessus plus les gens vont être informés, sensibilisés, il y a plus de chances que les gens soient en alerte par rapport à ce que le système de santé offre, désire continuer d'offrir, puis est prêt à abandonner, si jamais il y a abandon, au bénéfice des cliniques médicales spécialisées.

Alors, je pense que là-dessus ce serait un plus pour le projet de loi, pour le ministre de la Santé. Et il n'a pas à assumer tout seul, je pense, la pleine et entière responsabilité d'ajouter «tout autre traitement médical spécialisé». Pourquoi ce serait le ministre seul qui assumerait cette responsabilité-là, alors que la santé, c'est une responsabilité d'État et que, si on consulte de façon plus large et qu'une commission compétente — ça peut être la CAS — de l'Assemblée nationale se penche sur la proposition ministérielle, ça m'apparaît que l'État continue d'être présent dans le débat sur toute la question de la santé ou du système de services de santé public, et ce n'est sûrement pas un moins que de prévoir que l'Assemblée nationale puisse se pencher sur cela.

Alors, pour cette raison, moi, je verrais très bien que cet amendement-là soit adopté par l'ensemble des membres de la commission.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'amendement? Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

**Mme Harel:** Alors, M. le Président, le ministre donnait l'impression, dans l'intervention qu'il a faite, que ce ne serait que des raisons médicales, là, qui prévaudraient dans la détermination des nouvelles chirurgies ou nouvelles procédures, hein? Je pense que c'est plus large que chirurgies, ça peut être des nouvelles procédures, nouveaux actes en fait médicaux qui pourraient allonger la liste de ceux que l'on retrouve, là: hanche, genou, cataracte. Et je me pose la question: D'abord, comment peut-on imaginer que ce ne serait que de pures raisons médicales, alors

qu'il pourrait y avoir aussi d'autres intérêts qui animent le Collège des médecins, n'est-ce pas? Il pourrait y avoir d'autres intérêts. Et je ne voudrais pas évidemment offenser de quelque façon le Collège des médecins et son président, mais je comprends cependant, après toutes les professions de foi en faveur de la privatisation qu'il a faites ici même, en commission parlementaire, qu'il pourrait y avoir aussi des orientations en fait de santé, des orientations, disons, plus idéologiques, là, qui président les choix faits en fait par le Collège des médecins lors de la consultation que le ministre pourrait entreprendre... pas pourrait, mais devrait entreprendre en vertu de l'alinéa.

Mais en fait la question que je me pose, c'est la suivante. Actuellement, le ministre nous dit: Il y a des cliniques privées qui procèdent à des interventions médicales qui sont... ce sont des... qui le sont par des médecins participants à la Régie d'assurance maladie du Québec et qui ne peuvent pas charger en fait pour des services qui sont déjà assurés, sauf les frais accessoires mais qui sont déjà convenus par entente. Alors, cependant, souvent, dans ces cliniques, il y a à la fois des actes qui sont faits avec entente avec un centre hospitalier, donc couverts par la RAMQ, et les mêmes actes qui peuvent ne pas l'être.

**M. Couillard:** Non, tout est couvert, madame.

**Mme Harel:** Non, tout n'est pas couvert. Prenons les radiologistes: dans les cliniques privées, il y a une partie des actes qui ne sont pas couverts par la RAMQ, puis une partie qui le sont après entente avec le milieu hospitalier.

**M. Couillard:** Ce n'est pas un centre médical spécialisé, ça va rester un laboratoire. On n'est pas dans le domaine des centres médicaux...

**Mme Harel:** Quelle est la distinction entre «laboratoire» et «centre médical spécialisé»?

**M. Couillard:** Alors, actuellement, les seules définitions légales qui existent, les trois endroits où un médecin peut exercer sa profession: un établissement avec permis, un cabinet médical, un laboratoire. Est-ce que j'en oublie?

**Une voix:** Non.

**M. Couillard:** Bon. Alors, laboratoires, on a regroupé là-dedans, par exemple, les cliniques de radiologie, comme les appareils de radiologie, pour des raisons de... j'allais dire le mot anglais, de «convenience», mais, en français, c'est de...

**Le Président (M. Copeman):** Commodité.

**M. Couillard:** Commodité. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Copeman):** Ça me fait plaisir.

**M. Couillard:** Pour des raisons de commodité. Oui, une chance qu'on a notre président pour nous guider dans les méandres de la langue française qu'il maîtrise d'ailleurs avec un art consommé, je tiens à le dire ici, devant tout le monde. Donc, c'est ça, là... La définition des laboratoires actuellement est utilisée pour ça.

Maintenant, effectivement, puis je pense qu'on rejoint également les remarques de la députée de Rimouski, ce dont on parle actuellement, ça n'a rien à voir avec l'idéologie, cet article-là. Il y a des discussions idéologiques profondes sur lesquelles on sera probablement séparés lorsqu'on va parler de l'assurance ou lorsqu'on va même parler des encadrements des contrats d'association avec les cliniques affiliées. Là se posent les questions style: Est-ce qu'on va faire ci pour cela éventuellement?, ou: Pourquoi est-ce qu'on envisage de faire des contrats pour ce type de situation?, et c'est au niveau de ces articles-là que cette discussion doit avoir lieu. Cet article, ici, y compris l'amendement suggéré par la députée, ne considère que la nécessité d'inclure des actes médicaux déjà pratiqués hors hôpital sur la base de la nécessité ou non d'un encadrement. Et, lorsqu'on indique que «le ministre doit consulter le Collège des médecins», ça ne l'empêche pas de consulter qui que ce soit d'autre pour répondre à la même question. Il n'y a pas de caractère limitatif à l'article ni à l'alinéa dont on discute actuellement.

Alors, c'est la raison pour laquelle, je pense, même si je comprends les arguments qui sont à la base de ça, il n'est pas nécessaire de donner suite à l'amendement proposé par l'opposition, sachant bien que les questions idéologiques profondes que l'amendement pour eux ou pour elles soulève seront clairement pertinentes lorsqu'on étudiera, d'une part, les questions relatives à l'assurance et, d'autre part, les questions relatives à l'encadrement des contrats d'association entre les centres médicaux spécialisés, les laboratoires ou les cabinets et les centres hospitaliers.

**Mme Harel:** Alors, le ministre nous dit: Le centre médical spécialisé va donc... Cet encadrement qu'il cherche à introduire le serait pour des cliniques qui pratiquent déjà.

**M. Couillard:** C'est-à-dire pour des actes qui sont déjà pratiqués...

**Mme Harel:** C'est ça, pour des actes qui sont déjà pratiqués dans...

**M. Couillard:** ...des actes qui sont déjà pratiqués hors hôpital.

**Mme Harel:** Hors hôpital, donc des actes qui sont déjà pratiqués en clinique privée...

**M. Couillard:** Ou en laboratoire.

**Mme Harel:** ...ou en laboratoire.

**M. Couillard:** En clinique privée pour les CMS. Le meilleur exemple que je pourrais donner à la députée, là, c'est les chirurgies, en fait c'est de ça qu'on discute surtout ici, là. On a marqué «autre traitement médical» parce qu'on ne sait pas ce que l'avenir peut nous donner comme types d'activité médicale spécialisée, mais essentiellement on parle des chirurgies. Est-ce que, par exemple, une arthroscopie, est-ce que l'introduction d'un appareil diagnostic dans une articulation sous anesthésie régionale ou sous anesthésie générale, est-ce que, sur le plan de la sécurité des soins et de l'encadrement, ça nécessite de répondre à tous les critères que le centre

médical spécialisé demande? C'est ça, la question essentielle qui va devoir être posée pour chacun des éléments qu'on décidera ou non d'ajouter à la liste, et essentiellement c'est une question de sécurité de soins et d'encadrement des soins médicaux.

**Mme Harel:** Bon, M. le Président, je pose la question alors au ministre: Dans la mesure où des médecins participants choisiraient de systématiser leur pratique médicale en centre médical spécialisé en y offrant tous les traitements médicaux spécialisés dans une liste qui s'allongerait, quel serait l'impact pour la santé publique au Québec? Parce que le ministre n'a des pouvoirs que s'il y a massivement, disons, exclusion, là, de la Régie d'assurance maladie du Québec...

**M. Couillard:** Il n'est pas question de ça, là, il n'est pas question de la participation ou du mouvement... Le moment où cette question, encore une fois avec tout respect, va être très pertinente, c'est le moment où on va étudier la question de l'assurance. Est-ce que la façon d'introduire l'assurance...

**Le Président (M. Copeman):** L'article 40 du projet de loi.

**M. Couillard:** C'est ça. Bon. Alors là, là, on discute de ces questions-là. Ça, ici, ça n'a aucun rapport avec le nombre de médecins qui pourraient ou non participer à l'assurance maladie du Québec parce que c'est encore une fois la situation actuelle. Ce n'est pas le cas, et c'est là que la discussion devrait être plus serrée lorsqu'on parlera des questions d'assurance. D'ailleurs, on a déjà introduit dans le projet de loi un article qui resserre le contrôle sur la non-participation des médecins par rapport à l'état actuel des choses — la députée le connaît. Donc, encore une fois, dans le but d'être systématique et correct à la fois dans l'étude du projet de loi, je pense qu'on devrait, M. le Président, lorsque la période de débat normale sera terminée, disposer de l'amendement pour passer au débat suivant.

● (11 h 20) ●

**Mme Harel:** M. le Président, je rappelle au ministre que je n'ai pas fait référence à la participation ou non de ces médecins qui pourraient travailler en centres médicaux spécialisés pour indiquer qu'il y avait là, disons, une réalité semblable, là. J'ai fait référence simplement pour lui signaler qu'il ne se donnait un pouvoir d'intervenir que pour les médecins non participants, alors que, si les médecins participants désertaient, j'insiste, là, si les médecins participants désertaient systématiquement les établissements hospitaliers pour exercer tout traitement médical en dehors du centre hospitalier dans le cadre d'un centre médical spécialisé, il se pourrait donc qu'en extensionnant la liste et en allongeant d'une longue, longue liste de traitements médicaux spécialisés autorisés dans les centres médicaux spécialisés, les médecins participants, il se pourrait que bon nombre choisissent de désertier les centres hospitaliers pour pratiquer dans les centres médicaux spécialisés.

**M. Couillard:** Mais pas plus que la situation actuelle. Si c'était vrai, les médecins déserteraient massivement leurs centres hospitaliers pour aller fonder d'autres

cliniques comme la clinique de polychirurgie de Montréal, ce qu'ils ne font pas, là. Ça n'a pas de relation.

**Mme Harel:** Mais qu'ils pourraient être tentés de faire.

**M. Couillard:** Non, parce que ça n'apporte rien de nouveau. En fait, ce serait plutôt le contraire parce que... Vous savez à quel point on a été témoins de ça, en commission, ensemble: la profession médicale déteste tout encadrement, et on a eu plusieurs manifestations à cet effet-là, et, sans la caricaturer, je dirais: Bien, écoutez, faites ceci, mais n'encadrez pas. Et on entendait souvent ça.

Alors, à la rigueur, on va, entre guillemets, forcer les médecins à réclamer l'identification et le permis de cabinet médical spécialisé, ce qu'à mon avis et en tout respect ils ne feraient peut-être pas naturellement, parce que ça s'accompagne d'obligations d'encadrement qu'ils n'ont pas à suivre actuellement dans leurs cabinets. C'est ça, le problème. Il n'y a pas d'obligation, par exemple, à la clinique de polychirurgie d'avoir un directeur médical, d'avoir un agrément. C'est toute une affaire, avoir un agrément, vous le savez, non seulement en santé, mais ailleurs, c'est tout un exercice, hein, puis ça nécessite beaucoup d'énergie et de préparation. Puis les conséquences du non-agrément sont très sérieuses.

Alors, en fait, c'est le contraire. À mon avis, les médecins vont essayer de voir comment est-ce qu'on peut échapper à l'obligation de devenir un centre médical spécialisé, d'où l'intérêt pour nous d'avoir une liste la plus complète possible puis qui est convenue avec le Collège des médecins pour s'assurer que, dès qu'une procédure présente un élément de risque, par exemple, ou une nécessité d'encadrement suffisante, on ne puisse échapper à la nécessité de demander un permis pour la pratiquer en dehors des centres hospitaliers. Donc, vous voyez, notre lecture de départ est totalement opposée, mais elle n'est pas inintéressante, de toute évidence.

**Mme Harel:** Il y a cependant, M. le Président, un élément que le ministre omet, c'est celui, disons, dans la logique qu'il vient de décrire, de l'état d'esprit de la profession, c'est donc conséquemment d'échapper aux ententes prévues dans le cadre des cliniques médicales associées et d'y préférer les centres médicaux spécialisés, qui n'obligent à signer aucun protocole avec un centre hospitalier et qui leur permettraient, n'est-ce pas, de n'exercer qu'exclusivement en centres médicaux spécialisés sans avoir pour, disons... sans avoir à obtenir, je dirais, un... — comment ça s'appelle? — leurs privilèges, sans avoir, si vous voulez, à obtenir des privilèges dans des centres hospitaliers et en créant de petits hôpitaux privés, en créant littéralement de petits hôpitaux privés.

**M. Couillard:** Bien, c'est la raison pour laquelle on va y passer tantôt. Je pense que le deuxième amendement est très risqué, qu'il ne faut surtout pas l'introduire dans le texte de loi. Mais, d'autre part, la question ne se pose pas comme ça. Justement, il n'y a pas d'obligation pour les centres médicaux spécialisés d'avoir un contrat d'association avec un établissement. Ils l'ont ou ils ne l'ont pas, selon non pas leurs besoins et leur intention à eux, mais selon les besoins et l'intention du système de santé du Québec via ses agences régionales et ses établissements,

on va y venir, quand on voit la façon dont ils sont initiés. Peut-être, encore une fois, assisterons-nous au contraire, c'est-à-dire beaucoup de désir d'avoir des contrats d'association, mais parfois peu ou pas d'intérêt de la part du système de santé, compte tenu de leur capacité de régler le problème sans avoir recours à ce mécanisme-là — la députée a cité elle-même plusieurs exemples, là, au cours des derniers mois. Donc, ce n'est pas non plus une raison de modifier l'article.

**Mme Harel:** C'est-à-dire que, pour autant, M. le Président, il demeure qu'avec l'introduction, là, du paragraphe 3°, je crois, dans l'amendement, le premier amendement tel que soumis par le ministre, il pourrait arriver que les médecins participants préfèrent aux obligations *contenues dans une entente* telle que décrite dans le cadre des cliniques médicales associées... choisissent les centres médicaux spécialisés parce qu'ils auraient à s'acquitter de moins d'obligations. En fait, ils n'auraient pas à convenir d'une quelconque présence dans les établissements publics. Ils pourraient entièrement faire leur pratique dans les centres médicaux spécialisés et exclusivement dans les centres médicaux spécialisés couverts par la RAMQ, donc avec des patients qui n'ont pas à déboursier ou des professionnels, des médecins qui n'ont pas à se faire payer. Et il y a là véritablement, je pense, une inquiétude légitime de voir se développer en parallèle des centres médicaux spécialisés avec un encadrement plus léger, disons-le, que les cliniques médicales associées.

**M. Couillard:** Mais l'encadrement sera le même. L'encadrement de la sécurité des soins est le même. Qu'on soit dans un centre médical spécialisé, médecin participant, avec ou sans entente, l'encadrement de la sécurité est strictement le même. La différence, c'est que, s'il y a un contrat d'association, là, il est soumis — on va le voir, là, et à mon avis justifié, malgré ce qu'on a entendu en commission parlementaire — à plusieurs éléments de restriction et de prise en considération qui sont absolument essentiels pour le système de santé.

Et, vous savez, encore une fois, ça n'a aucun changement avec la situation actuelle. Il y a théoriquement, théoriquement, il y a les médecins, par exemple, qui exercent à la clinique de polychirurgie... n'ont aucune obligation d'appartenir à un CMDP, sauf que je peux vous dire qu'une pratique médicale pure comme ça est plus ou moins viable, là. La base hospitalière pour un médecin spécialiste, c'est quelque chose qui est totalement indispensable, à moins qu'il ou qu'elle veuille se retirer du système d'assurance maladie et devenir non participant ou non participante. Mais là on a des articles de resserrement là-dessus.

**Mme Harel:** Expliquez-moi comment, dans un centre médical spécialisé où le médecin qui exerce n'aura pas à remplir les obligations de privilèges dans un centre hospitalier, donc à faire des heures, etc., dans son centre médical spécialisé participant avec la RAMQ, comment pourrait-il faire de l'hébergement?

**M. Couillard:** C'est que, là, on devra le déterminer, là, selon les procédures qu'on voudra introduire. Et en plus, et en plus, la réponse à votre question se trouve dans l'article et avec l'amendement qu'on a introduit, le dernier

alinéa qu'on ajoute, où on dit: Lorsqu'on publie le règlement, on peut préciser dans le règlement trois... en fait quatre situations. Ceci peut être fait dans n'importe quel centre médical spécialisé, première situation; deuxième situation, seulement dans un centre médical spécialisé avec médecin non participant; troisième situation, seulement dans un centre médical spécialisé avec médecin participant; quatrième situation, seulement dans un centre médical spécialisé disposant d'une entente. Alors, c'est un élément qu'on a, je dirais, ajouté dans l'article au moyen de l'amendement, qui permet précisément de répondre à l'inquiétude ou à la question que soulève la députée.

Pour ce qui est des autres éléments liés au rythme de désengagement... ou plutôt de non-participation, parce que ce n'est pas la même chose, les deux termes, la non-participation des médecins à l'assurance maladie, ils sont essentiellement liés, en termes de potentialité que ça se produise, à l'article touchant les assurances et beaucoup plus que la question des contrats d'association. Donc, en fait, le niveau d'encadrement qui est proposé ici pour la situation dont la députée parle, c'est-à-dire des médecins participants dont la clinique n'a pas de lien contractuel avec l'établissement, le niveau d'encadrement qui est proposé ici est sans aucune commune mesure avec celui qui existe actuellement, qui est quasi inexistant.

Donc, en fait, encore une fois, c'est l'optique contraire. Ce n'est pas une question que le médecin va décider, si, oui ou non, il va demander un centre médical spécialisé. Si ça s'adonne que, dans son — actuellement — cabinet, on pratique des actes qui figurent dans la liste, il devra demander le statut de centre médical spécialisé, devra obtenir un permis, devra nommer un directeur médical, devra obtenir un agrément. Donc, ce ne sera pas, je crois, accueilli avec tant d'enthousiasme que ça. Parce qu'en général tout ce qu'on demande de plus en termes d'encadrement, bien on s'y soumet parce que c'est la loi de l'Assemblée nationale, mais ce n'est pas nécessairement fait dans l'allégresse, mais je pense que c'est fondamentalement dans l'intérêt de la population du Québec.

D'ailleurs, l'ensemble des systèmes de santé actuellement développés, qu'ils aient ou non un système de santé parallèle, ont une intervention très forte de l'État dans l'encadrement des pratiques médicales et notamment de la sécurité des soins. Ce n'est pas unique au Québec. Et en fait, de cette façon, le Québec se joint à cette nécessité.

**Mme Harel:** Je comprends, M. le Président, que le médecin qui exerce dans ce centre médical spécialisé, même s'il est participant, aura donc le droit d'exiger ce qu'on appelle les frais accessoires pour de l'hébergement. ● (11 h 30) ●

**M. Couillard:** Pardon? Excusez-moi. Non, les frais accessoires ne concernent pas l'hébergement. Et vous ne pouvez pas le demander, comme médecin participant. Les frais accessoires des médecins participants sont couverts par les ententes de fédérations et sont très itemisés. Pour les médecins omnipraticiens, on parle des médicaments et agents anesthésiques; pour les médecins spécialistes, on parle d'autres produits, mais ça n'a rien à voir avec l'hébergement.

Ce qu'on fait actuellement et ce qui est fait actuellement dans le cas de la clinique connue d'orthopédie de Montréal, là, qu'on connaît tous, c'est qu'on offre aux

patients, entre guillemets, un package: la chirurgie 24, 48 heures où on doit coucher là — actuellement, on ne sait pas trop comment ça s'appelle, l'endroit où le patient couche; ensuite on réfère en général, d'après ce que je sais, la personne à des centres de réadaptation privés pour continuer le traitement.

Donc, actuellement, le tarif, le fameux 12 000 \$ dont je vous parle, à mon avis, et je n'ai pas le détail sur ces facturations-là, là, mais à mon avis représente l'ensemble de l'épisode de soins. Et c'est justement la raison pour laquelle, lorsqu'on va introduire les assurances — probablement pas de façon unanime, cette question-là — on va s'assurer que les épisodes de soins couverts par l'assurance justement comportent tout l'épisode de soins, y compris l'évaluation préopératoire, postopératoire, la réadaptation. Donc, encore une fois, c'est une question distincte. La question de ce qu'on appelle l'hébergement — et volontairement appelé hébergement plutôt qu'hospitalisation, on va y revenir tantôt — vise à couvrir cet élément-là.

**Mme Harel:** Oui, M. le Président.

**Le Président (M. Copeman):** Évidemment, sur l'amendement. Allez-y, Mme la députée, oui.

**Mme Harel:** C'est le ministre qui parle, là, et qui décrit la situation qui prévaut dans les centres médicaux spécialisés ou les cliniques de médecins non participants. Mais, si on revient à cette ouverture à des centres médicaux spécialisés avec médecins, disons, participants, c'est-à-dire où le patient est couvert par la Régie de l'assurance maladie, est-ce que l'hébergement, à ce moment-là, ne sera pas envisagé pour ces centres médicaux spécialisés avec participants?

**M. Couillard:** C'est difficile de le dire d'avance, mais probablement non ou très rarement parce que justement on se donne la possibilité, avec l'amendement présenté, de spécifier, sur la liste de chirurgie, quel est le domaine de centres médicaux spécialisés où cette chirurgie-là apparaît. Et en somme ce qu'on voit actuellement... Fixons-nous encore une fois sur la situation actuelle. Les cliniques de médecins participants actuellement, comme celle dont involontairement je répète le nom souvent, là, elles font de la petite chirurgie parce que ce n'est absolument pas utile ni rentable pour eux de faire de la chirurgie majeure, puis justement on ne voudrait pas.

Alors, par exemple, j'imagine la possibilité où, après discussion avec le Collège des médecins, on dit — bien, je vais prendre toujours le même exemple: Ce type de chirurgie avec anesthésie générale doit faire partie de la liste. Mais là le gouvernement peut dire: O.K. seulement, seulement, dans le domaine des non-participants, ou seulement pour une chirurgie plus mineure dans le monde des participants, ou même, encore plus détaillé, si on veut éviter tout glissement d'un volume de chirurgie à l'extérieur de la gratuité totale pour le patient, seulement dans le cadre d'une association formelle entre l'établissement et la clinique. C'est justement pour ça que l'article et ses amendements sont formulés de cette façon.

**Mme Harel:** Et vous vous rendez compte combien ça justifie notre amendement, M. le Président. Parce que

justement, quand le règlement prévu, là, à l'article 303.30... 303.30... voyons, excusez-moi, 333.1... Ça, c'est pour votre âge, M. le juriste, qui a 33 ans aujourd'hui d'ailleurs. C'est son anniversaire.

**Une voix:** Bravo! Bon anniversaire.

**Mme Harel:** Bravo! Alors, lorsque le ministre prend un règlement en application du premier alinéa, il décide, n'est-ce pas, s'il va s'agir d'une extension dans la liste pour des médecins non participants, ou des médecins participants avec entente, ou participants sans entente. Mais comprenez-vous l'importance? Là, on n'est plus dans l'encadrement légal seulement, là, parce que votre règlement ne dira pas simplement: Dorénavant, les cliniques privées, qui sont en fait les cliniques avec médecins participants, qui font telle sorte de traitement médical seront encadrées de telle façon, en plus vous allez dire: Vous allez être encadrés de telle façon pour faire tel, tel, tel traitement médical seulement si vous êtes participants, ou si vous êtes participants avec entente, ou si vous êtes non participants.

Avez-vous idée de l'importance que ça peut représenter, par exemple, de dire: Dorénavant, par exemple, telle chirurgie... C'est de plus en plus fréquent, là, ce problème qui surgit, je ne me rappelle pas le nom scientifique, là, mais avec le pouce, le poignet. En fait, il y a souvent des femmes enceintes qui sont atteintes...

**M. Couillard:** Le tunnel carpien.

**Mme Harel:** Le tunnel carpien, le tunnel carpien. Mais, imaginez-vous, le tunnel carpien, hein, pensons-y, là, appliquons-le, là, le tunnel carpien. Là, le ministre décide: ce ne seront que les médecins non participants qui vont pouvoir, dans les centres médicaux spécialisés, procéder à cette intervention. Ça veut dire quoi, là? Le message qui est transmis, c'est: Prenez des assurances si vous voulez être couverts pour le tunnel carpien. À l'inverse, n'est-ce pas, les choix dans le règlement qui seront faits d'attribution des interventions soit avec des médecins non couverts par la régie ou des médecins couverts par la régie... Parce qu'il peut décider aussi: médecins couverts par la régie, ça va coûter cher, donc je vais plutôt transférer ça à des non-participants pour que ce soit la population finalement qui paie.

**M. Couillard:** Encore une fois, c'est...

**Mme Harel:** Là, vous pouvez même ajouter à la liste non-assurés comme ça. Ça reste assuré dans...

**M. Couillard:** Mais, non, on ne peut pas assurer...

**Mme Harel:** Bien, vous le faites indirectement.

**M. Couillard:** Mais non, on ne peut même pas le faire indirectement. Ce qui est assuré ou pas assuré dépend du Règlement d'application de la Loi de l'assurance maladie du Québec. Ce n'est pas la même chose.

**Mme Harel:** Mais vous le faites indirectement si vous dites: Dorénavant, ça pourra se faire dans un centre médical spécialisé non participant soit en payant directement ou avec une assurance privée, alors que finalement,

pour l'ensemble, disons, de l'opération, là, l'intervention à propos du tunnel carpien se fera à l'hôpital couvert par la Régie de l'assurance maladie.

**M. Couillard:** Non, mais c'est parce que d'abord, là, l'exemple du tunnel carpien n'est pas bien choisi parce que c'est probablement l'exemple même de ce que le Collège des médecins va nous dire qui ne nécessite pas d'encadrement. C'est de la chirurgie excessivement mineure, là, sous anesthésie locale. Il n'y aura probablement pas lieu de l'inclure sur cette liste-là.

Mais encore une fois la discussion qu'on a actuellement ne change en rien l'état sur l'assurabilité. La décision de l'assurabilité ou pas d'un service, ça n'a rien à voir avec ce qu'on fait là. Non, ça a à voir avec le Règlement d'application de la Loi d'assurance maladie du Québec. C'est ça qui détermine si le service est assuré ou pas.

Déjà, les non-participants font plein d'actes assurés. La prothèse de hanche que le Dr Duval fait... C'est ça, le noeud du problème de la Cour suprême, en passant. La prothèse de hanche que le Dr Duval pratique à Montréal, c'est un acte assuré. C'est ça, là. Ce n'est pas nouveau, là. Tout ce qu'il fait là, c'est 95 % des actes assurés qu'il fait là. C'est un médecin non participant. Et les médecins, depuis le début du régime, ont la liberté de se retirer du régime d'assurance maladie du Québec. Ça ne leur a jamais été nié. Ce qu'on a ajouté d'abord et qu'on va resserrer à mon avis un peu à leur corps défendant, là, avec le projet de loi s'il est adopté, c'est l'encadrement puis la possibilité qu'a un ministre ou un gouvernement de suspendre la non-participation, mais ce n'est pas nouveau, là.

Je suis certain que la députée ne dit pas: Parce qu'un médecin non participant va pratiquer des actes assurés, c'est quelque chose de nouveau. Ça n'a rien de nouveau, là, c'est comme ça, là. C'est ça exactement, le cas qui a été présenté à la Cour suprême. C'est exactement ça: la pratique des actes assurés par le régime d'assurance maladie à l'extérieur et la possibilité ou non pour un citoyen de détenir une assurance privée pour se prémunir contre ça. Ce n'est pas..

En aucun cas ici, dans cet article et les amendements qui sont... en aucun cas on ne présente ici de chemin direct ou indirect quant à l'augmentation de la non-assurabilité des services. Ça ne peut pas se faire comme ça. Ça ne se fait qu'en modifiant le Règlement d'application de la Loi de l'assurance maladie, ce qui nécessite certainement des débats beaucoup plus... De la même façon, on m'indique qu'un omnipraticien, puis il y en a peu, des omnipraticiens non participants, bien il a tout à fait le droit de venir chez vous puis vous charger pour la visite à domicile parce qu'il est non-participant. Mais vous le savez avant. Vous avez appelé Dr X, il n'est pas participant, il vient vous donner les mêmes services qu'il vous donnerait normalement avec votre carte d'assurance maladie du Québec, mais vous avez fait le choix de recourir à ses services, donc il peut vous charger la même chose.

**Mme Harel:** Ce qui est nouveau, là, dans ce que le ministre a introduit avec l'amendement qui vient d'être adopté, là, ce qui est nouveau, c'est que dorénavant le ministre pourra dire: L'encadrement légal permettant tels types d'intervention médicale hors établissement n'est possible que dans un centre médical spécialisé non participant.

**M. Couillard:** C'est-à-dire qu'au contraire on limite les choses, c'est-à-dire que...

**Mme Harel:** Vous pouvez le faire dans un sens ou dans l'autre.

**M. Couillard:** Mais c'est... Regardez, c'est uniquement...

**Mme Harel:** Vous pouvez aussi interdire.

**M. Couillard:** Interdire quoi?

• (11 h 40) •

**Mme Harel:** En limitant. Vous dites que ce ne sera que dans un centre médical spécialisé non participant, donc vous éliminez que ce soit ailleurs que...

**M. Couillard:** Non, on n'élimine pas du tout, parce que, si, par exemple, le règlement ou la liste n'était pas, on le verra plus loin d'ailleurs... si le règlement ne comprenait pas une procédure qui est actuellement pratiquée par ces médecins-là, ils peuvent continuer de la pratiquer sous le vocable «cabinet médical». D'ailleurs, on verra plus loin dans le projet de loi — c'est compliqué, mais c'est... parce que c'est compliqué — qu'on peut continuer à faire des activités de cabinet même dans le cadre des centres médicaux spécialisés.

Reprenons au début, là. Si, sur la liste, on a une procédure x pratiquée par le docteur non participant à Montréal, pour continuer à pratiquer cette intervention-là, il doit demander un statut de centre médical spécialisé et répondre à toutes les demandes qui de toute façon vont couvrir toutes ses activités: l'encadrement médical... L'agrément ne va pas juste couvrir cette chirurgie-là, mais ça ne l'empêche pas de faire d'autres types de chirurgie, comme il fait actuellement, hors de la liste, sous le vocable «cabinet médical». Ça, ça ne change pas.

**Mme Harel:** Mais, M. le Président, est-ce qu'on peut comprendre, à ce moment-là, qu'un même traitement qui pourrait être retenu par le ministre comme étant encadré légalement dans un centre médical spécialisé de médecins non participants, ce même traitement pourrait être offert en clinique privée sans encadrement?

**M. Couillard:** Non, c'est justement en cabinet...

**Mme Harel:** En clinique avec participants, sans encadrement légal?

**M. Couillard:** En cabinet de non-participants, là.

**Mme Harel:** De participants?

**M. Couillard:** De participants, non. Non, parce que, si on l'a mis sur la liste, on doit préciser dans quel milieu il va s'accomplir et qu'on va vouloir finalement, fondamentalement, refléter la réalité des choses, ce qui se fait sur le terrain.

**Mme Harel:** Oui, mais... Regardez, je suis certaine... Regardez, si vous le mettez sur la liste, ça, c'est un premier geste que vous posez. Vous en posez un deuxième pour décider quelle catégorie de centre médical

spécialisé pourra procéder à ce traitement. Ça peut être toutes, ça peut être, disons...

**Une voix:** ...

**Mme Harel:** ...une seule, exactement. Alors, à partir du moment où vous la mettez sur la liste puis il y en a une seule qui peut le pratiquer, est-ce que les autres pourraient le continuer en clinique privée?

**M. Couillard:** Oui, ils pourraient le faire, à ce moment-là, en cabinet. Mais c'est le genre de...

**Mme Harel:** Donc, le même traitement pourrait être assujéti à un encadrement légal...

**M. Couillard:** À l'absurde, mais...

**Mme Harel:** ...dans une des catégories et ne pas l'être pour les autres.

**M. Couillard:** Mais c'est une façon opposée de voir les choses. C'est plutôt le contraire qui va arriver. On va dire: Voici un type de chirurgie lourde pratiquée en dehors du système d'assurance maladie par les non-participants, ils doivent seulement être soumis à un encadrement. Ce type de chirurgie là, on peut décider de ne pas le mettre dans le centre médical spécialisé des participants ou non, ça, c'est une autre décision, mais ça n'a rien à voir, là, ça n'a rien à voir.

**Mme Harel:** Non, mais je pense, M. le ministre, qu'à partir du moment où vous dites... Bien, prenons le cas, par exemple, hanches, n'est-ce pas, prothèses de hanches. Bon. Prothèses de hanches, vous dites... Vous pourriez dire...

**M. Couillard:** On pourrait dire.

**Mme Harel:** ...en vertu de ce qui est déjà adopté: Seuls les centres médicaux spécialisés avec médecins non participants pourront procéder à des prothèses de hanches, là, en dehors... en fait, point. Ça veut dire que c'est en dehors du milieu hospitalier, parce que, dans le milieu hospitalier, ça continue, mais, en dehors du milieu hospitalier, il y aura seulement les centres médicaux spécialisés avec médecins non participants. Ça veut dire que ceux qui actuellement le font en centre médical spécialisé avec médecins participants ne pourront plus le faire.

**M. Couillard:** Bien, c'est-à-dire qu'il n'y a personne qui fait ça en cabinet de médecins participants actuellement, puis il n'y a personne qui ne fera jamais ça en cabinet de ce type-là. Mais c'est justement l'exemple typique de la nécessité de faire cet encadrement-là. Je peux déjà vous dire qu'on ne ferait pas ça, c'est-à-dire qu'il faut absolument, si on détermine qu'un encadrement est nécessaire, que ça n'a pas nécessairement de lien direct avec le type de centre médical spécialisé où il va être. Mais à ma connaissance il n'y a aucun médecin participant actuellement au Québec qui fait, dans un milieu privé, des chirurgies de ce type-là. Elles sont toutes faites du côté des non-participants.

Donc, il faut faire état de la situation, parce que l'hypothèse qu'on fasse des chirurgies aussi lourdes que ça dans ce qui est actuellement un cabinet privé... Encore

une fois, prenons l'exemple de la clinique de polychirurgie de Montréal, c'était extrêmement ténue, là, avant que quelqu'un se lance là-dedans, là. Ce qui permet aux non-participants de le faire, c'est qu'ils chargent des frais tellement élevés qu'ils sont capables de couvrir l'ensemble des infrastructures reliées à ça, ce que ne peut pas faire le médecin participant parce que le médecin participant, n'oubliez pas, il charge son honoraire à la RAMQ, puis tout ce qu'il peut charger au patient, c'est les frais accessoires, à moins qu'il soit dans un contrat d'association.

Puis on n'ira pas loin dans les frais accessoires pour couvrir les dépenses réelles d'une prothèse de hanche, là, y compris les honoraires, parce que les honoraires médicaux, en pratique — ça, c'est important également pour les citoyens — ne sont pas une réflexion de la valeur absolue de l'acte qui est posé ou de son degré de risque. C'est plutôt le résultat final du processus de négociation entre le gouvernement et les fédérations, où on donne une masse monétaire aux fédérations, qui par la suite est répartie selon les différents actes de façon à permettre aux médecins moyens d'arriver aux revenus moyens. Ça n'a rien à voir avec le fait qu'une chirurgie est plus ou moins compliquée. Ça devrait parfois avoir plus à voir que ça mais pas toujours et pas suffisamment.

Donc, en pratique, prenons l'exemple de la prothèse de hanche, c'est mathématiquement impossible de commencer à faire cette activité-là dans un cabinet privé ou un centre médical spécialisé de médecins participants où on est limités à l'honoraire de la RAMQ et on est limités, comme seuls frais supplémentaires qu'on peut demander, aux frais accessoires, qui ne comprennent pas l'hébergement, en passant.

**Mme Harel:** Mais si on prend les cataractes?

**M. Couillard:** O.K. Les cataractes, déjà, actuellement, vous avez ça dans tous les côtés. La raison pour laquelle les cataractes sont sur le règlement, c'est pour la deuxième raison, la raison de l'inscrire sur la liste qui est de deux ordres: d'abord, dans la grande majorité des cas, le degré d'encadrement sécuritaire et, deuxièmement, lorsqu'éventuellement la loi sera adoptée et qu'on aura ouvert la possibilité d'assurance pour certains actes déterminés, on veut absolument que, lorsque les actes seront posés en vertu d'un contrat d'assurance, ils soient faits dans un milieu accordant un tel encadrement. Il y a déjà actuellement à Montréal puis à Québec... à Québec, je ne sais pas, mais à Montréal, de nombreuses cliniques d'ophtalmologie, là, où les gens se feront référer pour la cataracte en dehors du système d'assurance maladie et où... En passant, dans les hôpitaux, on demande également un frais aux patients. On y reviendra lorsqu'on fera les discussions sur les cliniques associées.

Donc, encore une fois, M. le Président, je crois que... Je comprends, là, je ne minimise pas l'intérêt de l'amendement déposé, mais il n'est pas nécessaire dans l'état actuel des choses parce que l'essentiel des discussions idéologiques profondes qu'il soulève va être pris en charge à d'autres moments de l'étude du projet de loi si éventuellement nous y parvenons. Merci.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'amendement? Mme la députée de Rimouski.

**Mme Charest (Rimouski):** Oui, je reviendrais sur la question de... voyons... le Collège des médecins du Québec. Le Collège des médecins du Québec a plusieurs compétences, et quelles sont les compétences, entre autres, qui font que le ministre les choisirait comme les seuls consultés, là, pour appliquer un règlement, là, qu'il aurait... Parce que, moi, ça ne m'apparaît pas clair pour tout le monde, qu'est-ce que le Collège des médecins fait et à partir de quel champ de compétence. Je le sais qu'il en a, là, je ne suis pas complètement ininformée là-dessus, mais qu'est-ce qui fait que c'est spécifique à eux et qu'eux seuls possèdent cette compétence qui permettrait qu'une fois qu'on les a consultés on a fait le tour de la question?

**M. Couillard:** M. le Président, on n'est pas directement sur l'amendement, mais quand même c'est une question intéressante, là. Je dirais que la mission fondamentale du Collège des médecins, ce n'est pas de représenter les médecins. Ce n'est pas une association médicale, ce n'est pas une fédération médicale. Sa mission essentielle est de protéger le public dans l'encadrement de la pratique médicale. Alors, c'est clairement, étroitement et nettement lié à ce qu'on veut faire là. Justement, on est dans le cœur de leur mandat.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'amendement? Mme la députée de Champlain.

**Mme Champagne:** Un commentaire qui n'est pas directement en lien avec l'amendement mais avec l'ensemble du projet. J'écoute attentivement depuis ce matin, et, pour moi, il est clair, M. le Président, qu'on est en train de transférer l'ensemble de la chirurgie ambulatoire vers les centres médicaux spécialisés. On s'en va doucement vers ça. Il n'y a plus de sous dans le système. Alors, c'est évident que le fait d'amener des chirurgies ambulatoires dans les centres médicaux spécialisés va permettre à ceux qui sont capables de s'assurer... Et, à ce moment-là, les gens vont être opérés correctement, je n'ai aucun doute là-dessus, les choses vont être bien faites. Mais définitivement j'en suis convaincue — si le ministre est capable de me convaincre du contraire, je l'ai déjà dit, je n'ai pas de problème à écouter — mais l'impression que j'en ai et que les gens ont sûrement quand ils nous écoutent ce matin, c'est qu'en glissant vers... Parce qu'il n'y a pas d'autres raisons. Sinon, équipons-nous correctement puis comme du monde dans les hôpitaux qu'on a déjà, dans lesquels on a mis des millions de dollars, le ministre le sait. Même à Trois-Rivières, on en a mis, des sous, dans ce centre hospitalier régional là, où malheureusement quelqu'un, ce matin, là, est mort du C. difficile, malheureusement. Je dis bien malheureusement, là.

Alors donc, je me dis: On est quand même super bien équipé, on va essayer de corriger ce qui est corrigeable là. Et, à partir du moment donné où je peux aller me faire opérer, ça me prend une assurance. Si j'ai des sous, je me la paie, si je n'ai pas de sous, je ne me la paie pas. Parce que des cliniques médicales spécialisées — et je ne serai pas longue, M. le Président — avec médecins participants, je ne vois même pas l'intérêt qu'ils vont avoir, là, parce qu'ils vont être payés tellement ordinairement, ils vont préférer aller à l'hôpital puis ils ne s'équiperont pas en conséquence. Alors, j'ai cette image-là en tête et

je l'ai depuis qu'on a entendu je ne sais pas combien de groupes, là, sur l'accès à la santé. Alors, j'en suis de plus en plus convaincue à 11 h 50, ce matin.

● (11 h 50) ●

**M. Couillard:** Bien, M. le Président, encore une fois, avec respect, on mélange deux choses. Ça n'a rien à voir, ça, avec le règlement sur l'assurance qu'on va... Donc, ce n'est pas ça qu'on est en train de dire, là. Deuxièmement, si éventuellement on avait des cliniques associées et du volume chirurgical qui est fait là, ça ne coûte pas moins cher au système, ça ajoute. Ça minimise peut-être l'augmentation de coûts, là, compte tenu de l'efficacité puis des coûts unitaires, mais ce n'est pas pour réduire les coûts. De toute façon, il faut dépenser plus pour faire des chirurgies, qu'elles soient faites en clinique associée ou qu'elles soient faites à l'hôpital, parce qu'on ne ferme pas les salles d'opération à l'hôpital, on continue à les faire fonctionner pour faire d'autres types de chirurgies. Alors, c'est ça qu'il faut réaliser, là.

Dans cet article-là et dans l'amendement qui est devant nous, il n'est aucunement question de l'assurance. L'assurance, ça va être discuté quand on va parler de la possibilité qui était au cœur du jugement de la Cour suprême de posséder ou non des assurances privées pour certaines catégories d'actes faits uniquement par des médecins non participants. Ça n'a rien à voir, là, honnêtement, là, on n'est pas du tout dans la discussion sur l'assurance actuellement.

**Mme Champagne:** M. le Président, on en reparlera à l'étape suivante. Je n'ai pas de problème avec ça.

**Le Président (M. Copeman):** Mme la députée de...

**Mme Harel:** Bien respectueusement, là...

**Le Président (M. Copeman):** Oui, mais je crains, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve... Il vous reste 55 secondes sur l'amendement.

**Mme Harel:** ...respectueusement, M. le Président, que l'effet, l'effet d'un tel règlement qui élargit la liste de ce qui peut être considéré comme des chirurgies ambulatoires et en plus décide, par exemple, systématiquement — ça pourrait être le cas en vertu de l'économie générale de la loi — d'attribuer ces chirurgies de type ambulatoire à des centres médicaux spécialisés non participants, l'effet pourrait être celui décrit par ma collègue la députée. Enfin.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'amendement qui se lit: Ajouter, à la fin du quatrième alinéa de l'article 333.1 amendé, proposé par l'article 11 du projet de loi, ce qui suit: «Le ministre ne peut prendre un tel règlement avant qu'il n'ait fait l'objet d'une étude par la commission compétente de l'Assemblée nationale.»?

**M. St-André:** ...ma collègue et moi, M. le Président.

**Le Président (M. Copeman):** Dans quel ordre, M. le député? À mon choix? Alors, Mme la députée de Rimouski. Exact.

**Mme Charest (Rimouski):** Merci, M. le Président. J'ai entendu la réponse du ministre à ma question sur le Collège des médecins, et c'est étroitement associé à l'amendement parce qu'on dit, hein, de cet alinéa, là, l'article 11 du projet de loi, on dit: «Le ministre doit, avant de prendre un règlement en application du premier alinéa, consulter le Collège des médecins...», et, nous, on ajoute: «Le ministre ne peut prendre un tel règlement avant qu'il n'ait fait l'objet d'une étude par la commission compétente de l'Assemblée nationale.»

Pourquoi je pose cette question-là? Ça ne me satisfait pas tout à fait, parce que les corporations professionnelles aussi sont là pour défendre l'intérêt du public, et le fait de restreindre juste au Collège des médecins — ça revient à la première intervention que j'ai faite sur cet amendement-là et sur cet article-là — ça m'apparaît restrictif parce qu'il n'y a pas que le Collège des médecins qui veille sur l'intérêt de la population pour s'assurer que les actes médicaux au Québec sont de qualité, sont appropriés, sont tels qu'ils doivent être faits selon l'esprit et la lettre de ce qu'on s'attend, de façon tout à fait éthique et déontologique, là.

Et c'est pour ça que je voulais rajouter ce commentaire-là, parce que l'amendement m'apparaît tout à fait approprié, et la réponse m'apparaissait vraiment partielle parce que rappelons-nous que les corporations de médecins... chaque corporation médicale a aussi le devoir et le mandat de protéger l'intérêt du public.

**Le Président (M. Paquin):** M. le ministre, vous avez des commentaires? Pas de commentaire. Mme la députée de Rimouski, avez-vous une autre intervention ou des choses à rajouter? M. le député de L'Assomption.

**M. St-André:** Merci, M. le Président. Bien, d'abord, c'est sans surprise que j'annonce que je vais voter en faveur de l'amendement présenté par ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, mais il y a certaines questions que j'aimerais encore poser au ministre. En soi, il m'apparaît tout à fait pertinent qu'une commission compétente de l'Assemblée nationale puisse se pencher et étudier des règlements qui émanent du gouvernement. Mais, surtout sur la question qui est à l'étude ce matin, en soi il me semble que ce que propose le ministre peut avoir des impacts majeurs sur la dispensation des soins de santé sur tout le territoire mais surtout sur la performance, si je peux m'exprimer ainsi, sur la performance du régime public de santé tel qu'on l'a construit ces 40 dernières années.

Là, je veux bien qu'on se comprenne — je pose la question au ministre — dans les centres médicaux spécialisés, on va poser essentiellement des actes médicaux qui pour l'essentiel sont dispensés ou sont posés dans des établissements publics, surtout des centres hospitaliers. Je pose la question au ministre, là, j'aimerais ça qu'il me réponde là-dessus. On commence par trois types de chirurgies, et, par règlement, le ministre va pouvoir étendre la liste. Mais pour l'essentiel, si je comprends bien, il s'agit de traitements médicaux qui sont posés dans des hôpitaux. Est-ce que c'est bien ça que je dois comprendre puis que les membres de la commission doivent comprendre?

**Le Président (M. Paquin):** M. le ministre.

**M. Couillard:** Je n'ai rien à ajouter.

**M. St-André:** Non, mais c'est parce que je pose une question, là. J'aimerais ça avoir une réponse.

**M. Couillard:** On a déjà répondu à toutes ces questions-là.

**M. St-André:** Le ministre ne veut pas répondre à la question.

**M. Couillard:** On a déjà répondu. Ça fait deux heures qu'on est en train de parler de ça, là, je pense qu'on a fait le tour de la question.

**M. St-André:** Bon. Bien, alors, je vais présumer de la réponse. J'imagine que, pour l'essentiel, c'est des actes médicaux qui sont déjà posés dans des hôpitaux. Donc, on va permettre la création de centres médicaux spécialisés, où, en somme, on va multiplier les lieux de pratique: des actes médicaux qui sont déjà posés dans des hôpitaux, bien on va permettre qu'ils soient posés également dans des centres médicaux spécialisés. Puis je comprends des réponses que le ministre nous a données jusqu'à date aussi que ça, c'est pour répondre déjà à des situations existantes depuis un certain nombre d'années dans le réseau de la santé.

Cependant, quand on regarde le plaidoyer que les procureurs ont présenté devant la Cour suprême du Canada dans la cause Chaoulli, on peut y lire ceci, par exemple: «Le premier objectif poursuivi concerne l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. Pour atteindre cet objectif, le législateur vise plus particulièrement à: éliminer l'incertitude et le risque économique inhérent à la maladie, notamment par l'élimination des barrières financières à l'accès aux soins; rendre les soins accessibles à l'ensemble de la population de façon qu'elle puisse en faire une consommation optimale.» Il me semble, M. le Président, que, lorsque je lis ça, moi, ce que je comprends, c'est que le régime public de santé en tout cas a intérêt à essayer autant que possible de concentrer dans des mêmes lieux de pratique l'exercice... ou en tout cas les chirurgies qui se font.

Puis l'autre article, l'autre point d'ailleurs, là, qui a été soulevé par les procureurs devant la Cour suprême est encore plus clair. On dit: «Obtenir une efficacité maximale du système de dispensation des soins par la planification, la coordination et l'intégration de l'activité dans le domaine de la santé.» Puis là je pose encore une fois la question au ministre: En quoi la multiplication des lieux de pratique dans d'autres lieux que les centres hospitaliers va-t-elle permettre une meilleure coordination, une meilleure planification puis une meilleure intégration de l'activité dans le domaine de la santé? Puis objectivement j'aimerais ça comprendre, là, on est ici pour ça, en commission parlementaire. J'aimerais ça que le ministre réponde à ma question, puis, s'il ne veut pas répondre, bien ça va me renforcer évidemment dans ma conviction de voter en faveur de l'amendement.

● (12 heures) ●

**M. Couillard:** Alors, M. le Président, il s'agit de relire les galées, les échanges qu'on a eus au cours des deux dernières heures, et l'ensemble de ces questions ont été couvertes.

**Le Président (M. Copeman):** Toujours sur l'amendement. Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur

l'amendement proposé par la députée d'Hochelaga-Maisonneuve? Je n'en vois pas d'autre. Est-ce que l'amendement... Oui, madame...

**Mme Harel:** ...vote nominal, M. le Président.

**Le Président (M. Copeman):** Bon. Alors, une demande de vote par appel nominal pour l'amendement. Est-ce que l'amendement de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve est adopté? Mme la secrétaire.

**La Secrétaire:** Alors, Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve)?

**Mme Harel:** En faveur.

**La Secrétaire:** Mme Champagne (Champlain)?

**Mme Champagne:** En faveur.

**La Secrétaire:** M. St-André (L'Assomption)?

**M. St-André:** Je vais voter pour.

**La Secrétaire:** Mme Charest (Rimouski)?

**Mme Charest (Rimouski):** Pour.

**La Secrétaire:** M. Couillard (Mont-Royal)?

**M. Couillard:** Contre.

**La Secrétaire:** Mme L'Écuyer (Pontiac)?

**Mme L'Écuyer:** Contre.

**La Secrétaire:** M. Paquin (Saint-Jean)?

**M. Paquin:** Contre.

**La Secrétaire:** M. Auclair (Vimont)?

**M. Auclair:** Contre.

**La Secrétaire:** Mme James (Nelligan)?

**Mme James:** Contre.

**La Secrétaire:** M. le Président?

**Le Président (M. Copeman):** Contre. Alors, l'amendement est rejeté. Et nous revenons à la discussion... ma foi, où est-ce qu'on était? L'article 333.1, tel qu'amendé, évidemment. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

**Mme Harel:** Alors, M. le Président, je voudrais soumettre l'amendement suivant: Remplacer, dans la cinquième ligne du troisième alinéa de l'article 333.1 tel qu'amendé, proposé par l'article 11 du projet de loi, le mot «hébergement» par le mot «hospitalisation».

**Le Président (M. Copeman):** Avons-nous copie de l'amendement? Nous avons le texte. Ça me paraît recevable. Avons-nous par hasard copies en nombre

suffisant pour les membres de la commission? Pas encore. Je pense qu'on va suspendre quelques instants pour obtenir copie, pour accélérer? Bon.

**Mme Harel:** On peut bien aborder l'amendement, si vous le jugez recevable.

**Le Président (M. Copeman):** Oui, je le juge recevable. Alors, essentiellement, on remplace le mot «hébergement» par le mot «hospitalisation». Alors, nous allons poursuivre les discussions pendant que nous faisons des photocopies. Mme la députée, allez-y.

**Mme Harel:** Alors, M. le Président, à l'article 333.1, au deuxième alinéa, on y indique que le ministre, avant de déterminer s'il y a un traitement médical spécialisé autre que ceux mentionnés dans la loi qui pourrait être effectué en centre médical spécialisé doit prendre en compte les questions associées à ce traitement, c'est-à-dire: l'importance du personnel, de l'équipement nécessaire pour le dispenser, ce traitement, de même que, le cas échéant, le type d'anesthésie normalement utilisé lors du traitement et la durée de l'hébergement habituellement requise à la suite de celui-ci.

Mon Dieu! M. le Président, le mot «hébergement» dans un projet de loi tel que celui qui modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux apparaît comme incongru. On parle d'hébergement habituellement en matière touristique, n'est-ce pas? On parle d'hébergement dans le domaine des résidences pour personnes âgées, par exemple. Mais, dans le milieu médical, le mot «hébergement» semble vraiment inadéquat. Alors, étant donné que le ministre devra prendre en considération la durée dite de l'hébergement, la première des questions, c'est: Est-ce que l'hébergement peut avoir lieu à l'extérieur du centre médical spécialisé? Est-ce que l'hébergement pourrait être ailleurs que là où le traitement a été effectué?

**M. Couillard:** D'abord, avant d'avoir cette réponse-là, parce que c'est précisé, je voudrais dire deux choses. Il m'apparaît extrêmement risqué d'introduire dans le texte de loi, la loi santé et services sociaux, le mot «hospitalisation» pour les activités qui s'exercent à l'extérieur d'un centre hospitalier, parce que justement on craindrait, par une interprétation éventuelle de cet article-là, d'ouvrir la porte à un réseau d'hôpitaux privés, ce qu'on ne veut pas faire ici et ce qu'on veut en fait resserrer.

Pour ce qui est de la clarification encore plus poussée, j'invite la députée, lorsqu'on y arrivera, à l'étude de l'article 4, où là on resserre directement, dans l'article 4, ce qui existe actuellement... Et je vais me permettre de lire le deuxième alinéa de cet article où on définit ce qui est maintenant un cabinet privé de professionnel, parce que souvenons-nous qu'une des obscurités actuelles des choses telles qu'elles existent, c'est que les activités complexes, incluant celles des systèmes d'hébergement, sont faites dans ce qui est appelé cabinet privé. Alors: «On entend — je lis la version proposée — par cabinet privé professionnel un cabinet de consultation ou bureau, situé ailleurs [...] — etc. — sans fournir à leur clientèle, directement ou indirectement, des services d'hébergement.»

Alors, on vient de resserrer considérablement le paysage en disant maintenant, et c'est là l'utilité d'avoir ce critère-là dans la confection de la liste: S'il y a du

monde qui, en clair, là, sont obligés de coucher là après avoir subi la procédure, on ne peut plus appeler ça un cabinet privé, il faut absolument que ce soit un centre médical spécialisé. Et je pense que c'est très important et très intéressant parce que ça vient vraiment, d'une part, clarifier les choses, d'autre part, mettre fin à l'ambiguïté qui existe et qui existait jusqu'à maintenant ou qui existera jusqu'à l'adoption de la loi, compte tenu de la non-clarification du texte juridique pour tenir compte de la réalité du terrain.

Alors, moi, je déconseille fortement aux parlementaires d'introduire dans le texte de loi le mot «hospitalisation» à un autre endroit qu'un établissement connu sous ce vocable et détenant un permis comme tel.

**Mme Harel:** M. le Président, je constate, à la lecture de l'article 4, tel que cité par le ministre, que cet article 4 nous indique ce qu'est un centre médical... excusez-moi, une clinique...

**M. Couillard:** Un cabinet.

**Mme Harel:** Un cabinet privé de professionnel, hein? On nous dit qu'un cabinet privé de professionnel, c'est un cabinet de consultation ou bureau sans hébergement, sans service d'hébergement, directement ou indirectement. Ça, ça vaut pour le cabinet privé. Mais on ne nous dit pas ce qu'est le centre médical spécialisé. Est-ce que l'hébergement dans un centre médical spécialisé peut être à l'extérieur?

**M. Couillard:** Non, il est dans le centre, et on verra ça à l'article 19 du projet de loi, qui modifie l'article 440 de la loi santé et services sociaux, avec l'amendement prévu: «Le permis délivré à l'exploitant d'un centre médical spécialisé indique la forme sous laquelle le centre est exploité, les traitements médicaux spécialisés pouvant y être dispensés, l'adresse [...] et, le cas échéant, le nombre de lits disponibles pour l'hébergement de la clientèle du centre.» Donc, c'est dans l'installation.

Mais il faut savoir qu'actuellement ce qui se produit — et il faudrait voir en pratique — c'est qu'on passe un rideau, et on se retrouve tout d'un coup dans un endroit où il y a des lits, puis ça ne s'appelle plus cabinet, on ne sait plus ce que... Alors, il y a actuellement un flou total dans la situation, dans la circonstance.

**Mme Harel:** Pourtant, M. le Président, là, à la lecture même, là, de l'article 19, dont le ministre vient de nous faire lecture, à sa face même, il ne me semble pas que ce soit précisé. Or, le fait qu'il doit y avoir une précision sur le nombre de lits disponibles, il ne me semble pas que ce soit précisé, le lieu où ces lits disponibles seraient offerts. Ce qu'on indique dans le permis, c'est le nombre de lits disponibles pour l'hébergement, mais je ne pense pas, là, à la lecture même de l'article, qu'on y indiquerait que ces lits disponibles pour l'hébergement doivent se trouver dans le centre médical spécialisé.

● (12 h 10) ●

**M. Couillard:** Bien, c'est l'intention qui est visée. Lorsqu'on aura à étudier cet article-là, on pourra discuter ensemble d'amendement qui permet de préciser la question, et j'invite l'opposition à en soumettre un à ce moment-là, on aura une discussion intéressante. C'est clairement

l'intention qui est visée ici, là, mais peut-être qu'elle nécessite une clarification ou un degré de précision accentué. On verra dans la discussion.

**Mme Harel:** À première vue, là, l'adresse du lieu ne convient, si vous voulez, là, qu'au centre médical spécialisé et non pas au lieu d'hébergement, à première vue, en lisant l'article.

**M. Couillard:** Quand on fera l'article, moi, je suis tout à fait disposé à améliorer le texte de loi dans cette optique-là.

**Mme Harel:** Donc, l'intention du législateur, comme on dit, est de faire en sorte que l'hébergement se trouve sur les lieux mêmes où le traitement médical sera offert.

**M. Couillard:** Bien, en pratique, c'est ce qui se produit. Quand quelqu'un sort de la salle d'opération, il n'est pas transporté de la salle de réveil dans un autre lieu. En général, c'est le même lieu physique, actuellement. Sauf que, par toutes sortes d'interprétations ou de... d'interprétations du cadre juridique actuel, on s'en vient à conclure qu'on est hébergé, on couche, après une chirurgie, dans un cabinet médical.

**Mme Harel:** Alors, sur cette question, est-ce que remplacer le mot «hospitalisation» par le mot «hébergement» ne revient pas à faire indirectement ce que la loi ne permet pas de faire directement?

**M. Couillard:** Non, parce qu'on limite cette notion d'hébergement au centre médical spécialisé, alors qu'actuellement il est fait dans on ne sait pas quoi, et que, deuxièmement, c'est le contraire, on ne veut pas justement introduire... Le mot «hospitalisation» aurait précisément l'impact à mon avis, là, que redoute la députée. Alors, moi, je me vois très bien, je nous vois très bien, en cour, dans quelques années, devant quelqu'un qui a ouvert un hôpital privé puis il dit: Écoutez, c'est marqué dans le texte de loi, le mot «hospitalisation», donc pourquoi je ne peux pas avoir d'hôpital? Et à mon avis ça présente un risque considérable.

**Mme Harel:** Mais là, finalement, vous jouez sur les mots, parce que le mot «hébergement»...

**M. Couillard:** Bien, un texte de loi, c'est jouer sur les mots beaucoup, hein?

**Mme Harel:** Le mot «hébergement» peut conduire finalement à la même réalité que si c'était une hospitalisation.

**M. Couillard:** Oui, mais il n'y a pas la racine «hôpital» dedans. Ce n'est pas juste jouer sur les mots — je vois le député qui rigole — mais les mots ont une importance, et, lorsque la loi est interprétée par les tribunaux, le moindre détail de la façon dont les mots sont inscrits a la plus grande importance. Et ce n'est pas juste jouer sur les mots, c'est beaucoup plus qu'un détail.

**Mme Harel:** Mais est-ce que c'est lié au fait que la loi fédérale ne finance pas les provinces, les hôpitaux privés que les provinces pourraient ouvrir?

**M. Couillard:** Non, ce n'est pas lié à la législation fédérale, qui, elle, gouverne les transferts financiers, là. C'est lié essentiellement au fait qu'on ne veut pas indirectement, dans ce projet de loi, donner le message qu'on aurait donné l'assentiment au développement d'hôpitaux privés au Québec.

**Mme Harel:** Est-ce que cet alinéa, là, qui parle d'hébergement s'applique également aux centres médicaux spécialisés avec médecins participants?

**M. Couillard:** D'abord, le cas échéant, et comme j'ai démontré tantôt, il n'y en aura pas, parce que c'est simplement impossible d'assurer la rentabilité d'une clinique de médecins participants avec des activités d'une lourdeur suffisante pour nécessiter l'hébergement.

Mais, quant à l'emploi du mot «hébergement», on me signale avec beaucoup d'à propos que, dans le règlement actuel de la Loi de l'assurance-hospitalisation, c'est le mot qui est utilisé. Je lis le paragraphe b: «Dans le cas de bénéficiaires recevant des services d'un centre hospitalier sans y être hébergés.» Donc, le mot «hébergé» est déjà inscrit dans le texte de loi. Moi, je déconseille, M. le Président, qu'on introduise un nouveau mot, là, ça m'apparaît représenter un risque considérable.

**Mme Harel:** Est-ce que vous m'indiquez par là que, nulle part dans la Loi sur les services de santé et services sociaux, on ne retrouve le mot «hospitalisation»?

**M. Couillard:** Oui, dans le titre de la loi, la Loi sur l'assurance-hospitalisation, mais, lorsqu'on étudie le règlement d'application, et curieusement et de façon intéressante — d'ailleurs il faudrait voir, puis ça date de quelques années, ça, je suppose, là, des années soixante-dix, soixante même, l'introduction de l'assurance hospitalisation — on fait une distinction entre les services d'un centre hospitalier et l'hébergement. Déjà, on a fait une distinction entre les deux.

**Mme Harel:** Moi, pour moi, ça plaide exactement le contraire. Dans la Loi sur l'assurance-hospitalisation, le mot utilisé, «hébergés» en l'occurrence, est entendu comme étant l'équivalent.

**M. Couillard:** Raison de plus pour ne pas introduire «hospitalisation», jamais, là.

**Mme Harel:** Oui, mais vous-même le mentionnez, là, dans la Loi sur les services de santé et services sociaux, l'article que vous venez de nous lire, là — je ne sais pas quel est le numéro de l'article — la loi est une loi sur l'assurance hospitalisation, et le terme qui est utilisé, «non hébergés», est pris comme un synonyme d'«hospitalisation».

**M. Couillard:** Justement, ils font la distinction entre un centre hospitalier et l'hébergement, et c'est la même distinction qu'on veut maintenir, absolument pas dévier de cette formulation-là.

**Mme Harel:** On dit «n'est pas hébergé».

**M. Couillard:** «Sans y être hébergés».

**Mme Harel:** «Sans y être hébergés». C'est plus dans le sens «sans y être hospitalisés».

**M. Couillard:** C'est pour décrire les services assurés, ça n'a rien à voir. Puis honnêtement, là, M. le Président, ce n'est pas de l'argutie sémantique, là, c'est vraiment essentiel: si on introduit le mot «hospitalisation» dans la loi de santé et services sociaux, les conséquences peuvent être incalculables et précisément mener à ce que la députée elle-même et son parti redoutent.

**Mme Harel:** Les conséquences seraient lesquelles?

**M. Couillard:** Bien, par exemple, de vouloir obtenir un permis d'hôpital privé en disant que le gouvernement a inscrit le mot «hospitalisation» dans son texte de loi, donc il n'est pas question de restreindre l'hospitalisation uniquement au système public, l'hospitalisation dans son sens plus large.

**Mme Harel:** Mais en même temps, comme vous l'avez mentionné vous-même, puis en toute connaissance de cause, étant membre du Barreau moi-même, je dois vous dire que les mots ont un sens tel que des plaideurs pourraient invoquer qu'«hébergement» doit donner lieu à un permis d'hospitalisation.

**M. Couillard:** C'est un permis, mais c'est un permis de centre médical spécialisé, et c'est justement pour faire la distinction. Ce n'est pas un permis d'hôpital qui va être donné, c'est un permis de centre médical spécialisé. C'est justement pour faire cette distinction.

**Mme Harel:** Mais, à ce moment-là, ils vont être soumis aux permis municipaux d'hébergement. Les municipalités, comme vous le savez, quand il y a l'hébergement de neuf personnes et moins, ont la compétence, la juridiction pour émettre des permis.

**M. Couillard:** De la même façon que ce sont les cliniques actuelles qui font de l'hébergement. Je suppose qu'elles y sont soumises. Comment est-ce qu'on encadre le fait que les gens couchent à l'hôpital, entre guillemets, centre privé du Dr X, deux nuits après leurs chirurgies? C'est ça, c'est de l'hébergement. Et je suppose que, si le règlement s'applique, il s'applique là également.

**Mme Harel:** Juste prévoir l'hébergement, seulement prévoir qu'il y a hébergement, dans le contexte médical, c'est faire ce que le ministre craint, c'est-à-dire: c'est introduire la probabilité, là, qu'il y ait des poursuites devant les tribunaux pour obtenir des permis non pas simplement de centres médicaux spécialisés, mais des permis d'hébergement, c'est-à-dire d'hospitalisation finalement.

**M. Couillard:** Non, je ne crois pas, je ne crois pas que ce soit l'effet obtenu. Au contraire, on se prémunit contre un tel effet en prenant soin de ne pas introduire le mot «hospitalisation».

**Mme Harel:** La seule façon de vous y prémunir serait de supprimer les mots «la durée de l'hébergement» et de limiter les traitements ou actes qui peuvent être faits

à l'extérieur du milieu hospitalier à ceux qui ne nécessitent pas d'hébergement.

**M. Couillard:** Donc, en pratique, la fermeture de la clinique du Dr Duval, la fermeture de toutes les cliniques chirurgicales de médecins non participants.

**Mme Harel:** Qui nécessitent de l'hébergement?

**M. Couillard:** Mais pourquoi ça n'a jamais été fait? Moi, je ne suis pas contre ça que ça existe, ces cliniques-là.

**Mme Harel:** Mais pourquoi... Si ce ne le fut point, croyez-vous que ça devrait l'être? C'est ça, la vraie question.

**M. Couillard:** Non, je ne crois pas qu'il faut l'interdire, non.

**Mme Harel:** Ah! Vous êtes favorable à ce qu'il y ait hébergement.

**M. Couillard:** Bien, ça existe. Bien, ça existe, c'est la réalité qui n'a pas été modifiée au cours des neuf, 12 dernières années.

**Mme Harel:** Et là vous allez finalement la légaliser.

**Une voix:** C'est ça.

**M. Couillard:** On va l'encadrer.

**Mme Harel:** Là, c'était comme toléré, et là vous allez la légaliser. Comme l'indique si bien mon collègue: c'était feu jaune, là vous allez faire feu vert.

**M. Couillard:** Non, au contraire, c'est feu orange clignotant, là, rappelant qu'il y a des encadrements essentiels qui doivent être appliqués dans un cas semblable. Et toutes les modalités d'encadrement, puisqu'on restreint cette notion au centre médical spécialisé, toutes les modalités d'encadrement, incluant l'agrément, qui va certainement se pencher sur ces questions, vont devoir s'appliquer. Donc, au lieu d'être une loi avec le feu vert, c'est encore... Je peux vous dire: Ça va déjà être interprété par les médecins, comme les médecins non participants, comme un autre feu orange clignotant, et presque un feu rouge, par rapport à la situation actuelle.

**Mme Harel:** Mais vous-même convenez que des plaideurs chevronnés, là, des avocats, des juristes, pourraient plaider devant les tribunaux que «la durée de l'hébergement» introduit la nécessité d'un permis d'hospitalisation.

**M. Couillard:** Ce n'est pas l'avis des juristes qui nous entourent, qui sont...

**Mme Harel:** Je ne crois pas que ce soient eux, mais les juristes que le gouvernement avait retenus ont plaidé autre chose aussi devant la Cour suprême, et pourtant leur opinion n'a pas été retenue.

**M. Couillard:** Et ce n'est pas uniquement les juristes qui sont avec nous aujourd'hui, c'est le Comité de législation — et la députée connaît bien les fonctionnements — qui a regardé toutes les implications possibles de chaque mot contenu dans le projet de loi.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres discussions sur l'amendement? Mme la députée de Rimouski.

● (12 h 20) ●

**Mme Charest (Rimouski):** Bien, écoutez, je suis allée au dictionnaire — ce n'est peut-être pas parfait, là, mais quand même je pense que c'est de là que part la base — et, quand on parle d'«hébergement», c'est vraiment: «Action d'héberger», hein, d'héberger soit dans un centre, un camp, une baraque. Et, quand je vais à «héberger» comme tel, c'est: «Loger quelqu'un chez soi, généralement à titre provisoire», c'est «abriter», c'est «recevoir». Donc, là-dessus, là, ce n'est pas tellement en lien avec ce que ça peut être quand on parle d'hospitalisation.

Parce que, quand je vais à «hospitalisation» — et vraiment, là, c'est beaucoup plus clair — c'est: «Action d'hospitaliser; admission dans un établissement hospitalier. Procéder à l'hospitalisation d'un blessé. Séjour dans un établissement hospitalier.» Et là on parle de jours d'hospitalisation et soins à domicile délivrés sous contrôle de la médecine hospitalière. Ça peut même être considéré comme une personne hospitalisée. Et je pense que là-dessus «hospitaliser» dit: «Faire entrer, admettre quelqu'un dans un établissement hospitalier. Hospitaliser un malade. Se faire hospitaliser après un accident.» Donc, tout ça tourne autour de toute la notion d'introduire une personne dans un lieu physique pour y recevoir des soins.

Alors, c'est pour ça que le mot «hospitalisation» n'a pas du tout la même signification que le mot «hébergement». Et la preuve, c'est que, dans un soins de longue durée, on parle d'hébergement, parce que la vocation première d'un soins de longue durée, ce n'est pas de donner des soins médicaux comme tels... Oui, on va en prodiguer, là, parce qu'on va offrir certains services de base. Mais un centre médical spécialisé, la vocation que le ministre veut lui consacrer, c'est vraiment de donner des soins médicaux et ça réfère beaucoup plus, et surtout si ces soins médicaux là requièrent qu'on garde le patient sous observation avant ou après, là, l'intervention comme telle, d'après moi, et sans être un spécialiste de la question mais à la lumière de ce qui est dit dans le dictionnaire, ça fait référence beaucoup plus à «hospitalisation» qu'à «hébergement» comme tel. «Hébergement», c'est très large, et de l'hébergement, vous savez, les hôtels en font, les colonies de vacances en font. Ce que je veux dire, c'est: plein de types d'hébergements commerciaux parlent d'hébergement comme tel, et, même en privé, on peut faire de l'hébergement, moi, je peux héberger quelqu'un chez moi à titre privé, et ce n'est pas du tout, du tout le même type de service, ou d'accueil, ou de critère, là, qui va faire qu'on va recevoir quelqu'un dans un lieu où il est prévu de faire de l'hospitalisation comme telle.

Alors, je pense que les mots ont leur poids et veulent vraiment dire quelque chose. Puis le dictionnaire, bien ce n'est pas moi qui le dis, là, c'est *Le petit Robert*, on ne parle pas du tout de la même chose quand on parle d'hospitalisation puis d'hébergement. Ça m'apparaît plus

approprié dans ce cas-ci, là, si cet article-là doit être inclus dans le projet de loi n° 33, de parler d'hospitalisation et non pas d'hébergement comme tel.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'amendement proposé par Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve? Allez-y, M. le député.

**M. St-André:** Sur l'amendement. En réponse aux arguments du ministre qu'il formulait à l'égard de ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve. Le ministre tient des propos extrêmement rassurants en ce qui concerne la création des centres médicaux spécialisés puis il se base sur l'opinion des juristes du ministère. Le 30 octobre dernier, il y a Me Marie-Claude Prémont, qui est vice-doyenne aux études supérieures et professeure à la Faculté de droit de l'Université McGill, qui a émis une opinion, il me semble, qui est très, très, très claire, puis j'aimerais en lire quelques extraits.

Me Prémont nous dit que «derrière des apparences rassurantes, le projet — le projet de loi n° 33 — met en place une architecture qui modifie en profondeur certains principes de base du système de santé du Québec qui, jusqu'à maintenant, visent à diriger le maximum de ressources humaines et financières vers le système destiné à l'ensemble de la population et en contrepartie à minimiser l'appui public à un système privé réservé à une portion congrue de la population».

Plus loin, Me Prémont nous dit que «d'autres aspects centraux du projet de loi annoncent un avenir moins salubre pour la très grande majorité des citoyens du Québec». Et quatre éléments retiennent son attention: «D'abord des "hôpitaux privés" à but lucratif, même s'ils n'en portent pas le nom — d'abord des hôpitaux privés à but lucratif, même s'ils n'en portent pas le nom — pourront voir le jour. Le projet de loi les nomme des centres médicaux spécialisés. Ces centres pourront cumuler les fonctions — ou se spécialiser dans certaines — dont s'acquittent aujourd'hui les centres ambulatoires — pour chirurgies d'un jour — les hôpitaux — pour traitements autorisés avec hébergement — et les cliniques privées qui nous sont si familières.

«Ces hôpitaux privés pourront être de deux types. Un premier, à financement public, deviendra une extension "privée" des hôpitaux actuels avec qui seront conclues des ententes d'exclusivité de services de cinq ans, renouvelables. Le centre prend alors, dans le projet de loi, le nom de "clinique médicale associée". Les laboratoires privés et les cabinets des médecins pourront également signer de telles ententes exclusives de services avec les établissements publics. On parle de délégation contractuelle de la prestation de services publics à des sociétés à capital privé.

«Le deuxième type de centre médical spécialisé, à financement privé, permettra aux médecins qui se sont retirés du régime public, c'est-à-dire les médecins non participants, d'offrir désormais en toute légalité l'hébergement associé aux services médicaux autorisés.»

Me Prémont conclut en disant ceci: «Le gouvernement voudra bien mettre l'accent sur les éléments du projet de loi qui limitent, pour l'heure, l'étendue de l'ouverture à l'assurance privée duplicative et à l'inter-financement entre le réseau public et un réseau privé à mettre en place. L'argument ne saurait convaincre, puisque ce type de réorientation majeure du réseau public de santé ne

peut, de toute façon, que se faire graduellement. Le projet de loi n° 33, présentement en discussion, pose clairement les premières pierres sur lesquelles pourra s'appuyer une croissance graduelle d'un système de santé à deux vitesses.»

Et, si l'opinion de Me Prémont est la bonne, si elle s'appuie véritablement sur une analyse correcte du projet de loi n° 33, bien ça contrevient aux engagements que les gens d'en face ont pris en campagne électorale en 2003 et ça contrevient clairement à une opinion que le ministre avait lui-même signée dans *La Presse* en 2002. Alors, manifestement, je suis heureux de l'amendement qui a été présenté par ma collègue parce que les réponses du ministre nous ont clairement montré que sa volonté réelle, en somme c'est de finalement créer des minihôpitaux privés, même s'il ne veut pas leur en donner le nom.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres discussions sur l'amendement? Est-ce que l'amendement est adopté?

**M. Couillard:** Rejeté.

**Mme Harel:** Abstention.

**M. Couillard:** Abstention? Vous vous abstenez sur votre propre amendement?

**Mme Harel:** Parce qu'on a entendu vos arguments.

**Une voix:** On a réfléchi.

**M. Couillard:** À échanger, O.K. O.K., d'accord. O.K.

**Le Président (M. Copeman):** Alors, l'amendement est rejeté. Compte tenu de l'heure, je pense... Il reste deux minutes, mais, dans les circonstances, je pense qu'on serait mieux d'ajourner les travaux sine die.

*(Suspension de la séance à 12 h 28)*

*(Reprise à 15 h 57)*

**Le Président (M. Copeman):** À l'ordre! À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre!

**Des voix:** ...

**Le Président (M. Copeman):** Vous pouvez me signaler quand vous êtes prêts, hein? Moi, ça me ferait...

**Une voix:** Nous sommes prêts.

**Le Président (M. Copeman):** Excellent. Très bien. La commission poursuit ses travaux, et nous sommes toujours à l'article 11 du projet de loi, paragraphe 333.1 tel qu'amendé. Alors, la discussion se poursuit. La discussion se poursuit.

**Une voix:** La...

**Le Président (M. Copeman):** Bien, apparemment, la discussion ne se poursuit pas.

Des voix: Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Copeman):** Alors, est-ce qu'on est prêts à voter sur l'article 11?

**Une voix:** M. le Président...

**Le Président (M. Copeman):** Non. Bien sûr que non. Non.

**Une voix:** Peut-être! Peut-être!

**Le Président (M. Copeman):** Oui?

**Mme Harel:** Est-ce que vous voulez intervenir, monsieur...

**Le Président (M. Copeman):** Non. Non, non. J'essaie de mieux saisir la volonté de la commission. Est-ce qu'il y a encore des interventions à faire sur l'article 333.1 tel qu'amendé? Il n'y en a pas. Bon. M. le ministre...

**M. Couillard:** Hein?

Des voix: ha, ha, ha!

**Le Président (M. Copeman):** ...peut-on poursuivre avec... Essayez de retenir votre enthousiasme, et peut-on poursuivre avec 333.2?

**M. Couillard:** Mais en fait c'est l'article 12...

**Le Président (M. Copeman):** Non.

**M. Couillard:** Non, O.K. O.K. Je comprends. D'accord. O.K. O.K. Je suis maintenant... Bien là, j'en ai manqué un bout. Ne bougeons pas, là!

**Le Président (M. Copeman):** Ça nous arrive parfois. Alors, à l'article 333.2...

**M. Couillard:** Il n'y a pas de...

**Une voix:** Non, non.

**M. Couillard:** O.K. Voilà.

**Une voix:** Pas d'amendement.

**M. Couillard:** Voilà, M. le Président, nous sommes prêts.

**Le Président (M. Copeman):** Allez-y. Je suis content de l'apprendre.

**M. Couillard:** Bien oui, ça devient de plus en plus évident, d'ailleurs.

Alors, M. le Président, nous poursuivons, à la faveur de l'étude de l'article 11 du projet de loi, à un nouvel article introduit dans la loi de santé et de services sociaux, qui est intitulé 333.2. Il comprend — un, deux, trois — trois alinéas pour lesquels nous ne soumettons pas d'amendement. Alors, la lecture du projet tel que déposé et tel qu'il demeure actuellement... est le suivant:

«Seul un médecin membre du Collège des médecins du Québec peut exploiter un centre médical spécialisé; si l'exploitant du centre est une personne morale ou une société, plus de 50 % des droits de vote rattachés aux actions ou aux parts, selon le cas, doivent être détenus par des médecins membres de cet ordre professionnel.

«Les affaires d'un centre médical spécialisé exploité par une personne morale ou par une société doivent être administrées par un conseil d'administration ou un conseil de gestion interne, selon le cas, formé en majorité de médecins membres du Collège des médecins du Québec; ces médecins doivent en tout temps constituer la majorité du quorum d'un tel conseil.

● (16 heures) ●

«Le producteur ou le distributeur d'un bien ou d'un service relié au domaine de la santé et des services sociaux, autre qu'un médecin visé au premier alinéa, ne peut détenir, directement ou indirectement, d'actions ou capital-actions d'une personne morale exploitant un centre médical spécialisé ou de parts d'une société exploitant un tel centre si un tel bien ou un tel service peut être requis par la clientèle du centre avant la dispensation d'un service médical, lors de sa dispensation ou à la suite de celle-ci.»

Alors, il s'agit, M. le Président, de préciser les qualités requises pour être exploitant d'un centre médical spécialisé, notamment la composition du conseil d'administration et notamment la présence sur ces organismes, la direction de ces organismes, des médecins du Québec... médecins membres du Collège des médecins... prévoit des règles concernant la détention d'actions, de parts sociales d'exploitant d'un CMS afin de prévenir de possibles conflits d'intérêts. Voilà.

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

**Mme Harel:** D'abord, M. le Président, je voudrais vérifier avec vous si nous avons adopté l'article 333.1 tel qu'amendé?

**Le Président (M. Copeman):** On ne les adopte pas, les articles, individuels. On adopte l'article 11 dans son ensemble, tel qu'amendé, à la fin de l'exercice.

**Mme Harel:** Très bien. Merci pour cette information. Alors, M. le Président, est-ce que le ministre pourrait nous indiquer les intentions qu'il poursuit à l'égard de l'incorporation des médecins en corporation?

**Une voix:** En société.

**Mme Harel:** En société. Bien, c'est-à-dire le projet de règlement tel qu'il se trouve rédigé et publié dans la *Gazette officielle* et qui est resté en plan depuis deux ans, là.

**M. Couillard:** Alors, effectivement, comme l'a dit la députée, il ne s'agit pas d'un règlement qui provient du ministère de la Santé et des Services sociaux mais qui origine du ministre de la Justice et responsable de l'application des lois professionnelles. Effectivement, ce règlement ou ce projet de règlement vient corriger une situation qui est de plus en plus difficile pour la profession médicale, c'est-à-dire que les médecins sont actuellement

les seuls professionnels, ou un des seuls professionnels au Québec, qui n'ont pas le droit de se former en société parce qu'ils ne disposent pas de règlement en la matière. C'est prévu maintenant pour les avocats, les comptables et autres professions.

On se souviendra, et je pense que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve s'en souvient beaucoup, qu'il y a eu un débat, il y a quelques mois, à l'Assemblée, ici même, sur la question de possible conflit d'intérêts dans la relation commerciale médecins et pharmaciens, de sorte que nous avons dit à l'époque: Avant d'aller plus loin sur cette question, nous allons d'abord clarifier la question des relations commerciales médecins et pharmaciens, qui a été fait d'abord par un avis originant de l'Office des professions, puis, suite à cet avis, au dépôt d'un projet de loi par mon collègue le ministre de la Justice et responsable de l'application des lois... pardon, des... oui, des lois professionnelles, je pense que c'est ça, le titre officiel. Donc, ce projet de loi est devant l'Assemblée et il contient des modifications au code déontologique faisant suite aux recommandations de l'Office des professions.

Alors, je dirais, la compréhension commune que nous avons développée avec la profession médicale — et, quand je dis «nous», c'est le gouvernement et notamment le ministre responsable de cette question — c'est que nous avancerions sur la question des sociétés de médecins lorsque, d'une part, le projet serait bien déposé et avancé à l'Assemblée nationale et que, d'autre part, nous nous assurerions que les dispositions touchant les sociétés soient cohérentes avec les dispositions qui seraient contenues dans ce projet de loi ici pour ne pas qu'il y ait de contradiction entre les deux. Donc, nous demeurons... nous avons l'intention, au gouvernement, mais notamment mon collègue, d'avancer sur ce dossier. Je pense que les médecins ont raison d'exprimer leur insatisfaction quant à la non-progression de ce dossier. On sait pourquoi ça n'a pas progressé à l'époque, et je pense que la plupart des obstacles sont en voie d'être balayés ou sinon presque balayés maintenant.

**Mme Harel:** Alors, M. le Président, tel que présenté à l'article 333.2, on comprend donc que soit le centre médical spécialisé est exploité par des médecins...

**M. Couillard:** ...un médecin...

**Mme Harel:** Un seul.

**M. Couillard:** ...ou une personne morale, ou une société, vous savez, là, advenant le cas où les médecins peuvent se former en société, mais ça peut être une société autre ou une personne morale autre également.

**Mme Harel:** Bon. Ça veut donc dire, par exemple, là... Prenons un cas hypothétique, là, Loblaw's, n'est-ce pas, cette chaîne d'alimentation qui déjà offre beaucoup de services à ses clients, finalement, Loblaw's pourrait-elle ouvrir un centre médical spécialisé dans l'enceinte de son établissement et constituer, avec des médecins qui seraient la majorité du conseil d'administration, un centre médical spécialisé?

**M. Couillard:** Bien, déjà, sans mentionner de nom, mais déjà ce type d'entreprise là accueille des pharmacies,

déjà ce type d'entreprise pourrait louer des locaux à une clinique médicale, donc, en soi, ce n'est pas quelque chose de nouveau. Ce qui est ajouté ou précisé ici, c'est que, s'il y avait une location de locaux pour un centre médical spécialisé, bien sûr ça peut n'être que dans le cas où on respecte la législation telle que proposée, c'est-à-dire plus de 50 % des membres de l'administration de ce centre soient des médecins de l'ordre des médecins du Québec, Collège des médecins du Québec.

**Mme Harel:** M. le Président, peut-être vous appellerez-vous l'intervention faite par M. Michel Clair, en commission parlementaire, au printemps dernier, donc ce n'était pas récemment dans le cadre de l'étude du projet de loi n° 33 mais plus dans le cadre du document de consultation. Et, si ma mémoire est bonne, disons que j'avais beaucoup de, disons, de plats au feu, là, mais, si ma mémoire est bonne, il me semble que M. Clair ne recommandait pas que ce soient des médecins, mais que ce soient finalement d'autres types d'entrepreneurs.

**M. Couillard:** Je pourrais, si vous me permettez...

**Mme Harel:** C'est sous réserve, là.

**M. Couillard:** ...résumer la position de M. Clair, parce qu'effectivement Mme la députée, je crois, était chef de l'opposition à l'époque. Mais M. Clair est venu présenter sa position qui est effectivement celle qu'a décrite la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. À son avis, il ne fallait pas que ce soient des médecins qui soient dirigeants, et la raison pour laquelle, selon lui, c'était important, c'est qu'il fallait ériger, disait-il, une barrière entre l'administration matérielle de la clinique ou du centre et la pratique médicale. Ça, c'est un point de vue. D'un autre côté, on a eu d'autres points de vue venant surtout des professionnels, qui étaient à l'opposé, en disant: Il faut que ce soient seulement des médecins. Alors, bien sûr, ce n'est pas ce qui est présenté.

L'autre élément qui entre en jeu également, c'est la question des accords de commerce internationaux, dont les accords nord-américains de commerce, où, effectivement, le fait de demander que ce soient des médecins qui soient majoritaires sur les organismes de prise de décision réduit considérablement le risque d'intrusion ou de prise de contrôle, de sorte que, si on avait éliminé les médecins, comme le suggérait M. Clair, en pratique ça nous expose à des impacts faisant suite à l'application des accords de commerce actuels. C'est pour ça qu'après réflexion, et on a réfléchi beaucoup à cette question, dans la phase qui nous amène ici, on a même discuté avec M. Clair sur cette question de façon informelle, là, et on en est venus à la conclusion qu'il valait mieux conserver, compte tenu de la balance des risques et des avantages, qu'il fallait mieux conserver la formulation actuelle pour notamment nous prémunir. D'autre part, il nous apparaît correct que les médecins aient un mot à dire dans l'administration de ce centre et qu'il y ait d'autres... On verra qu'à la fin de l'article il y a également d'autres éléments qui nous prémunissent également contre les conflits d'intérêts potentiels avec d'autres types de pourvoyeurs, là, de biens ou de services de santé.

Donc, c'est après réflexion et non pas par automatisme, parce que c'est comme ça qu'on l'a présenté au

début. On a même envisagé plusieurs autres solutions, mais on restait toujours avec des problèmes fondamentaux, notamment celui d'un état de vulnérabilité dans le contexte des accords de commerce nord-américains.

**Mme Harel:** Est-ce que, M. le Président, le ministre peut nous indiquer si une compagnie d'assurance ou un assureur pourrait détenir directement ou indirectement des actions du capital-actions?

**M. Couillard:** Bien là, on pourra m'indiquer, parce que je vais tenter une hypothèse, puis je ne fais que tenter une hypothèse, puis on verra à la réaction de nos collègues à mes côtés... Si on regarde le troisième alinéa, par exemple, dans le cas d'un centre médical spécialisé avec médecins non participants, qui ferait les procédures sous la base de contrats d'assurance, d'après ce que je lis là, dans ce cas-là, les compagnies d'assurance ne pourraient pas participer à la direction. Est-ce que j'ai raison? On va le vérifier, c'est peut-être une interprétation abusive que je fais, là, de ça. Sinon, bien, il n'y a pas vraiment d'exclusion dans le libellé tel qu'il est là, sauf qu'il faut toujours qu'il y ait plus de 50 % des droits de vote pour les médecins membres du Collège des médecins, et ça diminue considérablement l'attrait...

Je voudrais dire également à Mme la députée puis à ses collègues qu'un autre élément sur lequel on a voulu porter notre attention, c'est qu'il ne faut pas non plus établir des règles qui font qu'en pratique personne ne serait intéressé ou personne ne voudrait participer à l'ouverture de ces cliniques-là ou à la gestion de ces cliniques-là. Alors, c'est un équilibre entre les deux, je pense que c'est judicieux de le faire comme ça.

Maintenant, on est en train de réfléchir sur la question de la compagnie d'assurance, telle que posée. Moi, j'ai soumis une réponse sans savoir si véritablement, sur le plan juridique, elle est correcte. On le saura d'ici quelques minutes.

**Mme Harel:** Est-ce que, M. le Président, le ministre peut me donner, disons, une réponse sur un cas, par exemple, qui pourrait se présenter comme étant le suivant... Les interventions chirurgicales, je pense à la mammographie...

**M. Couillard:** Ça, c'est un test diagnostique.

• (16 h 10) •

**Mme Harel:** Bon. Un diagnostic qui... La mammographie, c'est un test diagnostique, oui, c'est vrai. Implantation mammaire.

**M. Couillard:** Vous voulez dire quoi, implantation? Augmentation mammaire, prothèse?

**Mme Harel:** Oui, prothèse.

**M. Couillard:** C'est une chirurgie esthétique non assurée.

**Mme Harel:** Bon. Ça peut être une chirurgie qui est assurée si...

**M. Couillard:** Dans le cadre de reconstruction après le cancer du sein, par exemple.

**Mme Harel:** Oui, par exemple, après un cancer du sein, dans le cadre d'une reconstruction. Mais ça peut l'être aussi dans des cas peut-être moins fréquents.

**M. Couillard:** Très rares, très rares.

**Mme Harel:** Très rares, mais...

**M. Couillard:** Au cas par cas.

**Mme Harel:** ...réels.

**M. Couillard:** Mais au cas par cas...

**Mme Harel:** C'est ça.

**M. Couillard:** ...pas de façon systémique, là. Si, par exemple, il y avait une évaluation psychologique qui montre que...

**Mme Harel:** Voilà.

**M. Couillard:** ...l'équilibre psychologique de la personne est singulièrement atteint, on pourrait peut-être, mais ce n'est pas systémique, c'est une évaluation qui est faite cas par cas, selon les demandes supportées par des médecins, avec des experts, et qui est loin d'être la règle. Je dirais que certainement la très, très vaste majorité de ces chirurgies actuellement sont des actes non assurés, mais qui peuvent être également pratiqués par des médecins participants ou non participants, exactement comme dans le cas des... En fait, c'est une chirurgie esthétique sous anesthésie générale finalement, cette prothèse-là.

**Mme Harel:** Mais finalement c'est le même chirurgien ou la même chirurgienne, là, qui détermine si cela pourrait exceptionnellement être un cas assuré.

**M. Couillard:** Ce n'est pas elle qui décide ça, ça doit être soumis à la Régie de l'assurance maladie du Québec avec, en soutien, les expertises. La Régie de l'assurance maladie du Québec rend sa décision après consultation de son conseil d'administration où figurent notamment les représentants des fédérations médicales. Donc, ce n'est pas le médecin individuellement qui permet ça ou qui décide ça, pas plus qu'un médecin peut vous autoriser à aller vous faire traiter en Ontario, par exemple, et revenir avec la facture. Ça doit être fait par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

**Mme Harel:** Alors, est-ce que vous avez la réponse concernant les compagnies d'assurance?

**M. Couillard:** Oui. Alors, effectivement, l'article a été rédigé en pensant nécessairement surtout aux compagnies pharmaceutiques ou aux compagnies qui vendent des appareils médicaux; par exemple, une clinique qui fait de l'orthopédie, bien les vendeurs d'instruments orthopédiques, ou des services professionnels par exemple de réhabilitation sous forme privée. Mais il n'a pas été spécifiquement rédigé pour les compagnies d'assurance. Cependant, de la façon dont il est rédigé, effectivement, dans le cas d'un patient ou de patients — pluriel — qui viendraient, sous le couvert d'un contrat d'assurance, être

opérés par des chirurgiens non participants, effectivement c'est un service rendu nécessaire ou accompagnant l'acte médical, de sorte qu'on peut présumer qu'il serait couvert par l'article. C'est ce qu'on m'indique.

**Mme Harel:** Je pense en particulier, là, je fais référence au système américain qui fait en sorte que les compagnies d'assurance encadrent de manière très, très restrictive la pratique médicale pour que cela n'occasionne pas des coûts... disons, des remboursements, là, de dépenses. Alors, on pourrait imaginer, par exemple, comme aux États-Unis, là, le système qui s'appelle...

**M. Couillard:** HMO.

**Mme Harel:** HMO, qui est un système qui décrit et encadre le type d'intervention qu'un praticien peut faire dans le cadre de l'assurance qui couvre le patient.

**M. Couillard:** Bien, c'est intéressant, ce point-là, parce que... On l'a vu ici, en commission, nos médecins, au Québec, se plaignent d'être très encadrés, disent qu'ils sont les plus encadrés. Un bref séjour au sud de notre frontière les convaincra que c'est loin d'être le cas parce que bienvenue au monde de la négociation cas par cas avec la compagnie d'assurance pour obtenir l'assentiment pour être remboursé et, après, bienvenue au cas par cas pour se faire payer. Mais ça, c'est une autre question.

Les HMO sont une forme de collectivisation de santé surtout attachée aux entreprises où effectivement il y a un contrôle extrêmement rigide du processus décisionnel des médecins. Cependant, il faut dire que, dans les derniers mois, les dernières années, ça a été considérablement adouci parce qu'il y a eu des situations proprement... j'allais dire «exagérées», pour le minimum, qui ont été très médiatisées aux États-Unis, où, par exemple, le HMO interdisait à un médecin de poser tel geste diagnostique ou de faire telle procédure. Ça a été amendé.

Mais, moi, je peux vous dire que j'ai visité un autre pays, Israël, pour ne pas le nommer, qui a un système de santé très intéressant, où toute la population est couverte par des HMO. En fait, il y a trois HMO, je pense, ou quatre, là, mais je pense que c'est trois, et les citoyens, à tous les deux, trois ans, ont le droit de changer, donc il y a un élément de compétition, les soins sont accessibles. Mais le degré d'encadrement de la pratique médicale m'a renversé par rapport à ce qu'on fait ici. Les médecins sont suivis à la trace par l'informatique. Dès qu'ils pratiquent une déviation des protocoles établis en termes de nombre de tests, de nombre de consultations, de nombre d'hospitalisations, ils sont convoqués pour rendre compte, et reconvoqués, et reconvoqués. On n'en est pas là au Québec, et je pense qu'il faut... c'est bon, je suis content qu'on aborde ça.

Maintenant, pour ce qui est de la relation ici, j'essaie de voir de quelle façon la députée amène sa question. Je pense que ça ne s'appliquerait, cette préoccupation, que dans le cas justement où il y a des chirurgies qui sont faites par le médecin non participant du centre sous le couvert de contrats d'assurance, où, effectivement, la compagnie d'assurance, si c'est la même compagnie d'assurance qui prend en charge les patients, pourrait dire: Bien, moi, j'exige que ce soit fait comme ci, comme ci, comme ça, mais n'aurait pas de pouvoir net sur la pratique médicale mais pourrait l'influencer. De sorte

que c'est la raison pour laquelle nous présumons que l'article en question couvre la situation en question qui est une situation quand même rare, là.

**Mme Harel:** Évidemment, elle est rare actuellement, mais elle pourrait devenir très fréquente dans la mesure où il y a extension du nombre d'interventions qui pourraient être faites dans les centres médicaux spécialisés avec médecins non participants et sous couvert de l'assurance duplicative collective, parce que la pression sera quand même forte pour ajouter à nos propres assurances complémentaires des assurances duplicatives qui permettraient d'avoir, dans un temps record, une intervention chirurgicale.

**M. Couillard:** On verra si l'avenir me donne raison, mais je pense que la pression ne sera pas si forte que ça, pour plusieurs raisons. C'est que les gouvernements, au cours des prochaines années, vont continuer leurs efforts pour maintenir et améliorer l'accessibilité du système de santé, et les expériences montrent que, plus la performance du système de santé public s'améliore, plus petit est le pourcentage de personnes qui requièrent une telle assurance. Deuxièmement, dans l'état actuel des choses, on a entendu les compagnies d'assurance elles-mêmes venir témoigner ici qu'il était peu probable ou improbable que des produits d'assurance soient même offerts sur le marché. Et, troisièmement, puis on aura l'occasion d'y revenir lorsqu'on fera l'étude de l'article sur les assurances, ça va être quand même une opération politique assez majeure si un gouvernement ultérieur voulait étendre le panier à l'assurance privée, il va y avoir certainement des débats publics très importants. De sorte qu'effectivement, théoriquement, c'est possible, je dirais peut-être à long terme, mais je ne crois pas, moi, contrairement à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, qu'il va y avoir tant de pression que ça de ce côté-là. Je pense que la pression va toujours demeurer fondamentalement du côté du système public, largement dans les établissements publics mais également dans le cas des cliniques associées. Et c'est là que la pression va toujours être.

**Mme Harel:** Mais est-ce que je me trompe de penser, M. le Président, qu'avec des augmentations annuelles de 5, 5,1, jusqu'à 5,5, 5,6 % on peut simplement maintenir le système de santé dans son état actuel, puisqu'il s'agit d'augmentations qui correspondent à la hausse finalement des coûts de système, là, ce qu'on appelle communément le coût de la vie, les coûts afférents à l'exploitation d'établissements, les coûts nécessaires à l'augmentation du personnel, pas de... de la rémunération du personnel et non pas de ses effectifs? Est-ce que, pour qu'il y ait véritablement amélioration, ça supposerait beaucoup plus que, disons, l'indexation ou la hausse des coûts de système?

**M. Couillard:** Je ne pense pas, et il y a plusieurs raisons. D'abord, le gros du coût de système spécifique à la santé, ce qui fait le 5,1 % ou un peu plus, provient non pas des coûts de rémunération ou des coûts d'entretien des édifices, par exemple, mais essentiellement du coût des médicaments et des procédures médicales, des fournitures médicales. C'est là que se trouve le facteur d'augmentation le plus important, de même que la lourdeur

accélérée de la clientèle compte tenu du vieillissement de la population.

Ce qui est assez important, je dirais, pour les prochaines années, et capital, c'est que les gouvernements maintiennent un rythme prévisible d'augmentation. Moi, je suis persuadé que, si nos gestionnaires du système de santé, avec les nouveaux outils dont on les a dotés, avec ce qui sera également développé au cours des prochaines années en termes de reddition de comptes, d'imputabilité, s'ils savent que leur gouvernement va les maintenir dans une fourchette stable année après année, on va avoir des améliorations parce qu'il va y avoir des gains d'efficience dans le système de santé. Déjà, on a des beaux exemples de gains d'efficience. La pire chose qui peut arriver, c'est qu'on ait des oscillations brutales dans le niveau de financement et qu'on ait, par exemple, une année ou deux de gel, suivi d'une surcorrection à cause des impacts politiques et sociaux de ce gel-là, suivie d'une sous-correction parce qu'on a bien sûr exagéré, on a pesé sur l'accélérateur trop fort.

• (16 h 20) •

Moi, je suis persuadé que, compte tenu de l'évolution puis... en faisaient allusion récemment, par rapport à notre richesse collective, on voit que les investissements de santé sont remarquablement stables. Si on maintient ça dans une fourchette qui est raisonnable, bien sûr ça veut dire faire des choix, ça ne veut pas dire tout payer tout le temps et immédiatement, et ça, ce n'est pas possible de le faire. Mais, si on assure le système de santé d'une progression prévisible de son niveau d'investissement année après année, je suis convaincu qu'on va avoir une amélioration continue, jamais une amélioration spectaculaire d'une année à l'autre, mais un gain continu en termes de résultats et d'efficience, notamment avec l'augmentation des effectifs qui est prévisible pour les prochaines années.

Et ce serait un peu la recommandation que je ferais globale pour le système de santé du Québec puis les autres également: plutôt que de viser des périodes instables de 2 % suivies de 9 %, on est mieux de s'engager dans une voie de financement stable. Un bon exemple de ça, c'est ce qui se produit avec le NHS britannique, où le premier ministre de la Grande-Bretagne, M. Blair, a, plusieurs années consécutives, donné des augmentations considérables de l'investissement dans le NHS, jusqu'à 8, 9 %, mais a annoncé que, d'ici un an ou deux, ça allait baisser à 2 %, et on verra sur le terrain comment ça va se vivre. On a une expérience, au Québec, qui nous montre que c'est très difficile de passer ces années-là. Je crois qu'il est préférable d'y aller de façon prévisible, encore une fois.

Et, si on faisait l'exercice — c'est un exercice que je propose à la députée, c'est intéressant de le faire — si on regarde les courbes de financement surtout dans les années difficiles où l'équilibre budgétaire était fortement menacé, si on regarde justement cette courbe de gel, diminution, réaugmentation, si on la regarde sur plusieurs années et qu'on fait le calcul des surfaces, là, qu'on regarde combien d'argent en tout on a mis dans le système, on arrive au même résultat que si on avait placé le système sur une courbe stable de 5 à 6 %. Je pense que c'est la grande leçon des dernières années, là, en termes de financement de la santé.

Et il faut se souvenir également que la question des assurances — on y reviendra dans notre discussion — en pratique, il va y avoir un frein à la demande pour

deux raisons. La première, c'est qu'on va se rendre compte du coût réel de ce qu'on se paie collectivement au Québec. Vous avez vu l'article dans *La Presse*, samedi dernier, sur le coût et les honoraires des médecins dans les centres privés, c'est très cher, mais on se paie ça, nous, déjà. Alors, les gens ne savent pas. Ils ont une chirurgie à cœur ouvert, par exemple, combien ça représente de dépenses collectives? C'est considérable. Deuxièmement, le résultat également des assurances privées dans les autres pays, parce qu'elles sont souvent sous le couvert des assurances collectives, fait en sorte que ce sont les employeurs qui ont à assumer une grande part de la facture, ce qui est un peu paradoxal parce qu'on a entendu quelques associations d'employeurs nous demander une ouverture plus large à l'assurance privée, alors que forcément, au bout de la ligne, la facture retombe sur leurs épaules. Alors, pour ces deux raisons, je crois que la pression pour développer cet outil-là ne sera pas très forte au cours des prochaines années et que, si on adopte une attitude de croissance stable des dépenses en santé, on risque d'avoir un système de santé qui est en amélioration graduelle constante. Et c'est ce que, je crois, on doit viser tous ici.

**Mme Harel:** On aura l'occasion certainement de reparler du dernier rang que nous occupons en termes de financement des soins de santé au Canada. Mais, pour tout de suite, M. le Président, je voudrais consulter quelques secondes mes collègues concernant l'article 333.2.

**Le Président (M. Copeman):** De toute façon, il n'y aura pas de vote là-dessus, hein? Peut-être une question, M. le ministre. On a entendu, ce matin, un peu les craintes de certains autour de la table concernant le glissement vers la privatisation des soins. Pouvez-vous me rafraîchir la mémoire, je crois que c'est soit la Loi sur l'assurance-hospitalisation ou c'est la Loi sur l'assurance maladie qui donne le pouvoir au ministre de la Santé et des Services sociaux de contrôler le désengagement des médecins et le non-engagement des cohortes qui s'en viennent, n'est-ce pas?

**M. Couillard:** Dans la loi actuelle, il y a déjà un pouvoir d'intervention, où on peut limiter pour une période... pour une période, préciser la non-participation. C'est mieux utiliser «non-participation» que «désengagement», ce n'est pas tout à fait la même chose. Mais, pour le projet de loi actuel, c'est à l'article 43 qui introduit l'article 30.1, on est un peu plus rigoureux pour cette question-là justement parce que, compte tenu du fait qu'on ne veut pas créer de message dans lequel on induit la non-participation des médecins, on veut renforcer cette méthode de contrôle.

**Le Président (M. Copeman):** Ça, c'est à l'article 43.

**M. Couillard:** L'article 43 qui introduit 30.1.

**Le Président (M. Copeman):** Très bien. On va faire la discussion à ce moment-là. Parfait.

**M. Couillard:** C'est ça.

**Le Président (M. Copeman):** Y a-t-il d'autres discussions autour de l'article 333.2? M. ou Mme la députée, comme vous voulez.

**Mme Charest (Rimouski):** Moi, je...

**Le Président (M. Copeman):** Mme la députée de Rimouski.

**Mme Charest (Rimouski):** Dans le troisième paragraphe de l'article 333.2: «Le producteur ou le distributeur d'un bien ou d'un service relié au domaine de la santé et des services sociaux», de qui on parle exactement? Ça, ce n'est pas clair. En tout cas, quand je lis ça, là, moi, je peux penser à bien du monde. Est-ce que c'est un homéopathe ou si c'est un acupuncteur ou... De qui on parle et de quoi on parle exactement?

**M. Couillard:** Alors, on précise... À la fin de l'alinéa, si vous regardez, on dit: «Le producteur ou le distributeur [...] — etc. — autre qu'un médecin [...] — bien sûr — ne peut détenir, directement ou indirectement, d'actions [...] si un tel bien ou un tel service peut être requis par la clientèle du centre avant la dispensation d'un service médical, lors de sa dispensation ou à la suite de celle-ci.» Exemple, une compagnie pharmaceutique. Exemple, comme je l'ai dit tantôt, une compagnie qui vend des instruments chirurgicaux.

**Mme Charest (Rimouski):** Ils ne peuvent pas être actionnaires de la clinique.

**M. Couillard:** Pardon?

**Mme Charest (Rimouski):** Ils ne peuvent pas être actionnaires du centre...

**M. Couillard:** Une pharmacie également, on m'indique, une pharmacie est couverte par ça. Exemple, également une clinique de physiothérapie ou des physiothérapeutes exerçant en clinique privée qui voudraient peut-être avoir l'exclusivité de référence des patients du centre, ce genre de situation là. Et rappelons qu'il y a toujours, de toute façon, plus de 50 % des votants qui sont des médecins.

**Mme Charest (Rimouski):** Parce que, libellé comme ça, là, c'est quand même large.

**M. Couillard:** Bien, c'est-à-dire qu'on ne peut pas... Si on commence à les énumérer tous, on va forcément en oublier, et on est mieux de le faire de cette façon parce qu'on précise, à la fin de l'alinéa, le contexte dans lequel l'analyse ou l'interprétation de l'article doit être faite. C'est-à-dire qu'il faut qu'il y ait une relation. Ce n'est pas tout de dire que quelqu'un est un distributeur de biens ou de services, mais il faut qu'il y ait une relation avec l'évolution du malade, là, en termes des besoins préopératoires pendant la chirurgie et après la chirurgie.

**Mme Charest (Rimouski):** Est-ce que ce paragraphe-là élimine ou si toute autre personne... Moi, je ne suis pas médecin, je ne suis pas dans un service relié au domaine de la santé, mais j'ai des sous puis je veux investir.

**M. Couillard:** Ça ne vous élimine pas du tout, mais vous ne serez jamais majoritaire dans la société de

gestion. Vous allez toujours être en situation minoritaire parce qu'il y aura plus de 50 % des parts qui vont être détenues par des médecins.

**Mme Charest (Rimouski):** O.K., avec le premier paragraphe.

**Le Président (M. Copeman):** Ce sont des alinéas. Je sais, ça devient fatigant...

**Mme Charest (Rimouski):** Excusez-moi, monsieur.

**Le Président (M. Copeman):** Non, non, il n'y a pas de quoi.

**Mme Charest (Rimouski):** Des alinéas. Je ne connais pas le... Je ne m'habitue pas au langage juridique de ces lois. C'est bien. Je continue de réfléchir, ça a éclairé ma chandelle. Merci.

**M. Couillard:** Merci.

**Le Président (M. Copeman):** M. le député de L'Assomption.

**M. St-André:** Oui, M. le Président. Je reviens sur ce que je disais ce matin, particulièrement sur l'opinion émise par Me Marie-Claude Prémont dans sa lettre qui a paru dans *Le Devoir* le 30 octobre dernier. Me Prémont prétend que la création des centres médicaux spécialisés, c'est ni plus ni moins que des hôpitaux privés à but lucratif même s'ils n'en portent pas le nom. Dans l'article présentement sous étude, le 333.2, bien, effectivement, on constate que les centres médicaux spécialisés vont être des sociétés à actions, où les médecins bien sûr — un membre du Collège des médecins — devront être le principal actionnaire, à plus de 50 %. Mais, même si c'est le médecin qui est propriétaire de sa clinique, il reste qu'en droit commercial le médecin devient, à ce moment-là, un actionnaire, devient un homme d'affaires, qui investit dans sa propre entreprise.

● (16 h 30) ●

Le ministre va me répondre à juste titre qu'essentiellement les cabinets privés tels qu'on les connaît... Bien, c'est ça. C'est ça. Sauf que j'aimerais ça qu'on prenne en compte que, lorsqu'on a introduit la Loi sur l'assurance maladie, lorsqu'on a adopté la Loi de l'assurance maladie au début des années soixante-dix, il me semble qu'il y avait quelques distinctions qui étaient claires. Par exemple, les chirurgies et l'hospitalisation, ça se faisait dans un hôpital, et l'hôpital, lui, il est de propriété publique, il appartient à l'État. Et, dans les cabinets privés, essentiellement il se faisait de la consultation et des examens diagnostiques, pour l'essentiel. Le ministre, ce matin encore, disait qu'au fil des années, bien, il s'est développé toutes sortes de choses. Il a raison quand il dit ça. C'est vrai. On ne nie pas ça. Mais n'empêche que l'esprit dans lequel on a adopté la Loi sur l'assurance maladie, en 1970, me semble-t-il, il était clair: à l'hôpital, c'étaient essentiellement les chirurgies; en cabinet privé, c'étaient les consultations puis les examens diagnostiques.

Maintenant, ce n'est plus ça. Puis je reprends encore une fois les propos du ministre: Il faut prendre acte de

cette nouvelle réalité là puis créer un nouvel environnement juridique et légal. Et là je reviens aux propos de ma collègue, ce matin. Alors, en somme, ce qui était toléré jusqu'à maintenant, bien là on va le permettre franchement et ouvertement. Puis c'est là que le propos de Me Marie-Claire Prémont, moi, m'interpelle beaucoup, en tout cas.

Moi, bien humblement, je soumetts aux membres de cette commission qu'en créant les centres médicaux spécialisés je pense qu'on va placer les médecins dans une position de conflit d'intérêts: il va avoir des choix d'affaires à faire, il va avoir des choix médicaux à faire. Puis un homme d'affaires, essentiellement... Puis ce n'est pas un reproche aux hommes d'affaires quand je dis ça, c'est la réalité, on le sait tous: quand on est propriétaire d'une entreprise — puis je le sais, j'ai déjà été en affaires — on veut faire du profit. Puis une des raisons pour lesquelles on a adopté la Loi sur l'assurance-hospitalisation en 1960, la Loi sur l'assurance maladie en 1970, à ma connaissance en tout cas, on se dit: Il faut que ce soit clair qu'en matière de santé c'est les choix médicaux qui doivent primer sur des choix d'affaires. Puis là, tranquillement, là, surtout avec le projet de loi n° 33, on est en train d'introduire des procédures, des modes de fonctionnement où, de plus en plus, les choix d'affaires vont primer sur des choix médicaux, donc sur des valeurs de justice sociale qui étaient à la base des législations qu'on a adoptées en 1960 et en 1970.

Je pourrais être d'accord à la rigueur avec la création des centres médicaux spécialisés. Puis je me souviens d'avoir posé la question d'ailleurs lors de la consultation sur le document *Garantir l'accès*, puis d'ailleurs il y a des groupes qui sont venus en commission parlementaire qui ont posé la question également: Pourquoi les centres médicaux spécialisés ne seraient pas tout simplement propriété publique? Puis là je vois que le ministre sursaute. D'ailleurs, ça me fait penser, lorsque j'ai soulevé la question en commission parlementaire, le ministre a eu exactement la même réaction, c'est un signe de cohérence.

Mais néanmoins je lui repose encore la question aujourd'hui: Si on considérait, en 1960 et en 1970, que l'hospitalisation, par exemple, ça devait se faire dans un établissement public, dans un hôpital, pourquoi on n'aurait pas le même raisonnement aujourd'hui, avec les centres médicaux spécialisés, afin d'éviter justement que le médecin se retrouve dans une position difficile où il doit concilier des choix d'affaires puis des choix médicaux?

**M. Couillard:** Donc, si je suis la logique du député de L'Assomption, ce qu'il recommande, c'est de faire fermer les cliniques comme la clinique de polychirurgie de Montréal, Opmedic, la clinique du Dr Duval à Montréal, il faut les fermer.

**M. St-André:** M. le Président, M. le Président, ça, on appelle ça, un raccourci intellectuel.

**Une voix:** «Fallacies».

**M. St-André:** Un raccourci tout court. Mais, M. le Président, M. le Président, je vais donner un exemple qui me vient à l'esprit. Un jour, on a décidé chez nous, dans ma circonscription, parce qu'il n'y avait pas de cégep public, on a décidé d'en créer un, et il y avait un gros débat, il y a du monde qui disait: Mais oui, mais il y a

une section collégiale privée au collège de L'Assomption, on ne peut pas faire ça, sans ça on va les tuer si on fait ça. Puis naturellement, à force de discuter, la solution a émergé dans le milieu: la section collégiale privée du collège est devenue publique. Si on décidait, dans une législation, que la propriété des centres médicaux spécialisés devrait être publique, j'imagine qu'il y aurait moyen de discuter puis de négocier avec ceux qui ont déjà des cliniques privées pour en faire des établissements publics. Que le ministre ne me dise pas que ça ne s'est jamais fait. Moi, je suis convaincu que, si on gratte comme il faut, même dans le réseau de la santé actuellement, on pourrait trouver des exemples où ça s'est fait.

**M. Couillard:** Mais disons que, M. le Président, il n'est pas de notre intention de proposer la nationalisation des cliniques privées du Québec.

**M. St-André:** Bon. Le gros mot, M. le Président!

**M. Couillard:** Non, mais ce n'est pas le gros mot, c'est ce que c'est. Mais je suggère au député d'en discuter à son caucus puis revenir avec une proposition formulée dans les engagements électoraux de son parti.

**M. St-André:** Le ministre devrait assez me connaître pour savoir que je n'ai pas peur de faire des propositions à mon caucus. Mais là c'est à lui que je pose la question aujourd'hui.

**M. Couillard:** Moi, je suis contre. Moi, les cliniques privées, ça ne me fait pas peur. Puis il y en a déjà, des cliniques privées, puis c'est des organismes à but lucratif puis qui sont gérés par des médecins. Ça ne m'inquiète pas, moi.

**M. St-André:** Bien, alors, je reviens encore au cas précis dont on discutait ce matin, là: le département d'imagerie médicale du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, dans lequel d'ailleurs on a investi, en fonds publics, l'argent de nos impôts puis de nos taxes, des dizaines de millions de dollars pour se doter d'un département d'imagerie médicale les plus performants et les plus modernes. En face, une clinique privée ouvre puis on fait des investissements aussi, on se dote d'équipements modernes en imagerie médicale. Je le répète encore une fois: L'attente au Département d'imagerie médicale du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, dans bien des cas c'est au-delà de deux ans, dans certains cas c'est trois ans. Je peux déposer la liste si le député de Vimont...

D'ailleurs, tiens, j'aimerais ça entendre les collègues du parti ministériel s'exprimer sur ces questions-là, ils ne l'ont pas fait encore jusqu'à date. Moi, il me semble que les questions qu'on soulève ici, du côté de l'opposition, elles sont fondamentales, puis je vois le député de Vimont bâiller. On est en train... Moi, j'ai presque l'impression et le sentiment... j'ai presque le sentiment et...

**Des voix:** ...

**Le Président (M. Copeman):** Un instant! Un instant, un instant!

**Une voix:** Regardez, M. le Président...

**Le Président (M. Copeman):** Un instant, tout le monde! Il n'avance en rien les discussions autour de la table de commenter des gestes d'activité ou quoi que ce soit des collègues. C'est-u assez clair?

**Une voix:** M. le Président...

**Le Président (M. Copeman):** Écoute, j'ai vécu... j'ai passé neuf ans de ma vie dans l'opposition, assis à ma gauche, et soigneusement évité à tout prix de commenter l'attitude physique, gestuelle des collègues. C'est le moindre respect, je crois, auquel nous sommes dus comme parlementaires, tous et chacun.

**M. St-André:** M. le Président, je veux vous rendre hommage tout de suite. J'ai eu le plaisir de siéger avec vous à cette commission, à la Commission des affaires sociales, et ce que vous dites est tout à fait vrai, et je dois admettre que votre conduite est impeccable en termes parlementaires et je vous en rends grâce. Mais parfois, dans le feu de l'action, je suis obligé de convenir que je m'enflamme souvent, mais c'est parce que c'est un projet de loi qui m'interpelle aussi, M. le Président. Moi, j'ai l'impression que c'est grave, ce qu'on est en train de faire ici, aujourd'hui, en commission parlementaire, puis ça va avoir des conséquences autant pour nous que pour nos enfants. Moi, je vous le dis, fondamentalement je ne suis pas capable de vivre avec l'idée qu'on pourrait mettre en place un système de santé à deux vitesses et j'ai l'impression que c'est exactement ce que le projet de loi est en train de faire. Puis évidemment, bien, si le député de Vimont ne veut pas que je réagisse trop, il devrait faire attention, lui aussi. Puis encore une fois, bien, je l'invite encore une fois à intervenir, à prendre part au débat, parce que c'est un débat qui est important.

Mais j'aimerais ça revenir où...

**M. Auclair:** Bien, M. le Président, le député de L'Assomption m'interpelle, je vais intervenir, s'il me permet d'intervenir.

**M. St-André:** Bon. Bien, c'est merveilleux. Enfin!

**Le Président (M. Copeman):** Là, là, comme?

**M. Auclair:** Là, là. Là, là; là, là, comme disent mes collègues du Lac-Saint-Jean.

**Le Président (M. Copeman):** Alors, est-ce que M. le député de L'Assomption a terminé pour l'instant?

**M. Auclair:** Bien, écoutez, monsieur...

**M. St-André:** Bien, je vais laisser le député de Vimont intervenir, puis je vais revenir après, M. le Président.

**Le Président (M. Copeman):** Excellent. M. le député de Vimont.

**M. Auclair:** Regardez, de toute façon, M. le Président...

**M. St-André:** Non, honnêtement, je suis content d'entendre un député ministériel s'exprimer.

**Le Président (M. Copeman):** Je suis bien content qu'on soit tous contents. M. le député de Vimont.

**M. Auclair:** De toute façon, ce ne sera pas long, M. le Président. Simplement, ça fait plusieurs heures qu'on entend le même disque du député de L'Assomption. J'ai bien de la peine pour lui, parce que ses citoyens ont un service additionnel dans lequel c'est un plus pour la population, s'il n'est pas capable de vivre avec le privé qui donne un service... Parce qu'il n'y a personne qui va forcer la population, là, c'est un choix. Le ministre, ce matin, a très bien dit et très bien éclairé mon collègue au fait que les médecins et les spécialistes peuvent et généralement gèrent très bien la liste, mais il a pris une note à cet égard-là pour s'assurer que vos propos étaient adéquats. Mais la réalité est la suivante: ce nouveau service-là qui est donné, qui a été accepté par tous les gens autour... ou sûrement les gens de L'Assomption... Peut-être que le député n'a pas émis ses opinions ou n'a pas été entendu par les gens de son système de santé chez eux, mais ils l'ont accepté, ils l'ont construit, et ça donne un service de qualité à la population. Donc, c'est ce qu'on appelle le libre choix, la liberté des gens, et, s'il n'est pas capable de vivre avec cette réalité-là, il n'y a rien qui élimine... Et il n'y a pas de système à deux vitesses, malgré ses... Là, c'est lui qui fait ses mimiques et c'est lui qui fait ses faces. Mais, en bout de ligne, M. le Président...

**M. St-André:** M. le Président, manifestement, un rappel à l'ordre s'impose.

**Le Président (M. Copeman):** Oui, je pense que, là, on pourrait... Bon. Où sommes-nous? Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

• (16 h 40) •

**Mme Harel:** Écoutez, M. le Président, je ne peux pas ne pas réagir aux propos du député de Vimont. Le député de Vimont prétend que la population est bien servie parce que certaines personnes peuvent se procurer, en les payant, des services de qualité. Cependant, au moment où ces personnes peuvent se procurer dans un délai rapproché des services de qualité, d'autres attendent: 171 semaines pour une échographie pelvienne, 176 semaines pour une échographie abdominale, 167 semaines pour une échographie aux seins, 176 semaines pour une échographie de thyroïde, et ainsi de suite. Est-ce que c'est ça, bien servir la population, M. le Président? Et la question qui se pose, c'est évidemment celle d'un accès en temps requis, dans des délais médicalement acceptables, de ces interventions en imagerie médicale. Alors, je comprends certainement que le député de Vimont n'a pas voulu prétendre que la population du comté de mon collègue le député de L'Assomption était bien servie par ces attentes totalement inacceptables.

**M. St-André:** Alors, M. le Président, je vais poursuivre.

**Le Président (M. Copeman):** Allez-y, M. le député.

**M. St-André:** M. le Président, il est absolument faux de prétendre que les citoyens, chez moi, sont bien servis. J'ai reçu plusieurs plaintes à cet égard d'ailleurs,

et il y a des plaintes qui ont été acheminées au commissaire aux plaintes du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur. Je vais simplement... je l'ai déjà fait la semaine dernière, mais je pense qu'il est toujours profitable, en termes pédagogiques, de répéter. Je fais simplement lire une réponse qu'une citoyenne de ma circonscription a obtenue suite à une plainte qu'elle a formulée auprès de l'établissement. On peut y lire ceci: «L'affluence des demandes d'examen radiologique a amené le service d'imagerie médicale à rappeler tous les patients sur la liste d'attente pour les échographies de routine depuis 2003 afin de leur demander s'ils souhaitaient toujours demeurer sur la liste d'attente ou être dirigés en clinique privée. Les rappels se sont effectués sur une période de quelques mois, ce qui explique pourquoi vous n'avez pas été avisée dès juillet 2005 du délai d'attente, la révision des listes d'attente et l'estimation du délai n'étant pas terminées à cette date.»

D'ailleurs, ce matin, ça me fait un peu sourire ce que je suis en train de lire parce que, ce matin, le ministre a dit: On n'a pas encore regardé, on n'a pas validé encore la liste d'attente en imagerie médicale, mais la situation, dont je parle, ça dure pratiquement depuis l'ouverture de l'hôpital, qui est doté des équipements les plus modernes au Québec en matière d'imagerie médicale, et il n'aurait pas la capacité de traiter ou de recevoir les patients rapidement. Dans certains cas, ma collègue l'a dit tantôt, ça va jusqu'à trois ans. Si on pense deux minutes, si on pense sérieusement que les gens sont bien servis en étant sur une liste d'attente pour trois ans, moi, je pense qu'on a vraiment un problème de compréhension, là. Je ne peux pas croire deux minutes que le député de Vimont pense sérieusement ce qu'il vient d'affirmer.

Je continue à lire la lettre signée par la commissaire aux plaintes du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur: «De plus, les établissements de santé peuvent offrir à la clientèle de référer en clinique privée pour des examens lorsque les ressources humaines et matérielles sont insuffisantes pour répondre à des besoins non urgents.» Je peux peut-être accepter l'idée que les ressources humaines au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur sont insuffisantes, mais les ressources matérielles, ce n'est pas vrai. Je répète encore une fois qu'il s'agit d'un hôpital neuf, qui s'est doté des équipements les plus récents et les plus modernes dans le domaine de l'imagerie médicale.

Puis qu'on permette en même temps... ou que se soit ouverte, en face, une clinique privée qui finalement vient drainer les patients qui sont sur la liste d'attente de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, si on pense qu'il n'y a pas de problème de ce côté-là, je ne vois pas, là. Pas plus tard que le printemps dernier, Radio-Canada a fait un reportage sur ce cas précis là. Puis d'ailleurs on a pu y voir un radiologiste qui avouait candidement à la caméra de télé que, lui, il avait investi dans une business puis qu'avant de faire marcher le Département d'imagerie médicale à l'Hôpital Le Gardeur il irait faire marcher sa business en face de l'hôpital. M. le Président, si ce n'est pas une dérive, je ne sais pas ce que c'est. Si ce n'est pas un conflit d'intérêts, je ne sais pas, je ne sais pas comment qualifier ça. Puis franchement je vais être très, très, très insistant sur cette question-là, M. le Président, tout au long de la commission. Non, mais objectivement je pense qu'il y a là une situation qui mérite l'intervention du ministre. D'ailleurs, je le dis franchement là, les gens dans ma circonscription, les gens dans ma région s'attendent à son intervention

dans un cas comme celui-là parce qu'à sa face même c'est inacceptable.

**M. Paquin:** M. le Président, question de règlement, s'il vous plaît.

**Le Président (M. Copeman):** Oui, M. le député.

**M. Paquin:** Alors, écoutez, on parle de pertinence... Vous m'accordez la question de règlement?

**Le Président (M. Copeman):** Oui, absolument.

**M. Paquin:** Merci. On parle de pertinence, là, puis ça fait 22 fois qu'on entend le même texte, le même disque. La pertinence, là, c'est pas mal loin. Pensez-vous qu'il y aurait moyen de mettre un peu de discipline à cette commission, M. le Président?

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Copeman):** Sur la question de règlement, oui.

**Mme Harel:** ...la même chose que la pertinence est moins grande. La pertinence n'a pas à voir avec la répétition.

**Des voix:** ...

**Le Président (M. Copeman):** Écoutez, la présidence doit interpréter, de façon générale, assez large, la règle de la pertinence. Il est toujours utile évidemment et pertinent, c'est le cas de le dire, de rattacher des commentaires à la discussion qu'on a devant nous. Et, à l'article 333.2, on parle surtout de qui peut opérer un centre médical spécialisé, qui peut l'exploiter, et ainsi de suite. J'imagine que le député de L'Assomption arrive à rattacher ses commentaires à l'article 333.2. Il lui reste d'ailleurs six minutes pour le faire.

**M. St-André:** Je pense que je ne peux pas être plus pertinent. L'article 333.2 prévoit que les médecins devront être actionnaires à plus de 50 % dans un centre médical spécialisé. Je soumetts aux membres de la commission qu'une clinique privée qui est située en face de l'Hôpital Le Gardeur, où des médecins sont des actionnaires et que ça occasionne des problèmes de conflit d'intérêts, ça entraîne des situations où le médecin doit concilier des choix d'affaires avec des choix médicaux. Ce que je soumetts aux membres de cette commission, c'est qu'un médecin devrait être payé, rémunéré pour soigner du monde, pas pour réfléchir, pas pour réfléchir ou pour prendre des décisions d'affaires qui pourraient augmenter ses profits dans une business. C'est ça que je soumetts tout simplement aux membres de la commission, M. le Président. Puis je pense que ça ne peut pas être plus pertinent.

Je reviens à ce que je disais. Plusieurs intervenants en commission parlementaire, autant sur le projet de loi que sur le document de consultation *Garantir l'accès*, sont venus le soumettre. Le problème de la propriété des centres médicaux spécialisés a été, entre autres, soulevé par la Fédération des infirmiers et des infirmières du Québec, qui posait la question exactement, ou à peu près,

dans les termes que je l'ai fait. Moi, je pense qu'il s'agit d'un vrai problème, M. le Président.

Je connais vos préoccupations d'ailleurs à cet égard-là, je sais, je vous connais assez pour savoir que le système privé à deux vitesses, ça ne vous intéresse pas deux minutes. Et, moi, objectivement, quand je regarde, entre autres, l'opinion de Me Marie-Claude Prémont, qui est très, très, très claire à cet égard, vice-doyenne aux études supérieures de la Faculté de droit de l'Université de Montréal, donc c'est une opinion, il me semble, qu'on devrait tenir en compte. Il me semble, là, qu'on devrait prendre le temps un peu plus d'étudier la question, pas de se demander justement s'il ne serait pas plus... si ce ne serait pas dans l'intérêt public que les centres médicaux spécialisés soient de propriété publique. C'est ça, le point que je veux faire, M. le Président.

Puis le ministre, il n'a pas du tout répondu. Le ministre utilise un mot que la presse a démonsé au cours des dernières années, hein: la «nationalisation», c'est donc épouvantable, et patati. Mais, si c'est vrai que c'est si épouvantable, la nationalisation, pourquoi est-ce qu'on ne vend pas les hôpitaux, tant qu'à y être, si c'est si épouvantable? Un hôpital, puisque c'est public, bien ça a été nationalisé, pourquoi est-ce qu'on ne les vend pas au privé dans ce cas-là? Et je soumetts encore une fois, bien, qu'en créant les centres médicaux spécialisés, bien, on est en train d'assister à une privatisation par la porte d'en arrière. On sort les chirurgies des hôpitaux, on envoie ça dans un centre médical spécialisé. Bon.

● (16 h 50) ●

M. Couillard: Moi, je suis d'accord que le député prenne, M. le Président, quelques secondes... préparer un amendement au nom de l'opposition officielle demandant que les cliniques privées soient placées sous propriété publique.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres discussions sur l'article 333.2? Madame...

**Mme Harel:** Alors, je propose qu'on suspende l'article 333.2, M. le Président...

**Le Président (M. Copeman):** Bien, on ne suspend pas...

**Mme Harel:** ...suite à la suggestion du...

**Le Président (M. Copeman):** Oui, on ne suspend pas, Mme la députée, parce qu'on peut toujours revenir, hein, jusqu'à l'adoption de l'article 11. Alors, pas besoin de suspendre, quant à moi.

Est-ce qu'il y a d'autres discussions sur 333.2? Mme la députée de Rimouski.

**Mme Charest (Rimouski):** Bon. Écoutez, je pense que là-dessus il est bon de se rappeler ce que certains partenaires sont venus nous dire en commission parlementaire, lorsqu'ils se sont présentés, là, pour discuter justement du projet de loi n° 33. Et je regarde ici, mon collègue a brièvement fait allusion au mémoire de la Fédération des infirmiers et infirmières du Québec, et, eux, ce qu'ils nous disent dans le fond, c'est que les cliniques médicales spécialisées proposées par le gouvernement mettent en péril, jusqu'à un certain point, le système public de santé

et de services sociaux. Et dans le fond ce qu'ils reprochent au gouvernement, c'est que, plutôt que d'achever le virage ambulatoire, ce qui est proposé dans le projet de loi n° 33, c'est de créer des centres, c'est de créer dans le fond des petits hôpitaux privés.

Alors, on dit que «plutôt que d'achever le virage ambulatoire, cette réforme jamais terminée faute de moyens financiers et qui devait mener à la création de centres ambulatoires publics, le gouvernement du Québec opte plutôt pour deux solutions privées: d'une part, le développement de cliniques médicales spécialisées avec médecins participants qui pourront être associées au réseau public par contrat [comme on le fait en Alberta] et, d'autre part, il autorise le développement de l'offre entièrement privée de services de santé en permettant le développement de petits hôpitaux privés avec permis d'hospitalisation soutenus par un financement privé, notamment par l'autorisation de l'assurance privée duplicative».

Et ça, on fait tout ça sous prétexte de dissiper un flou juridique. Et je pense que c'est partagé par la FIIQ, par la Fédération des infirmiers, infirmières du Québec. Selon eux, au lieu de dissiper un flou juridique, ces deux types de clinique médicale spécialisée introduisent beaucoup plus de la confusion juridique, parce que la seule chose qui va les distinguer, là, le centre médical spécialisé puis le centre médical associé, c'est strictement le mode de rémunération des médecins, c'est-à-dire ceux qui sont participants puis ceux qui ne le sont pas. Et c'est majeur comme changement proposé.

Et, contrairement à ce qu'on laisse croire, c'est que dans le fond, là, la population, elle n'a pas beaucoup débattu de cela, il n'y a pas eu de forum, il y a pas eu de colloque, il n'y a pas eu vraiment de lieu. Oui, il y a eu la commission parlementaire, oui, il y a eu des groupes organisés qui sont venus nous faire part de leurs inquiétudes, mais il me semble que c'est vite régler la question que de dire que, parce que ça existait, on se doit de légaliser ce qui était illégal.

Et ça, ça a été souligné aussi par la Coalition Solidarité Santé. Parce que, c'est vrai, il y a une pratique médicale chirurgicale qui s'exerce en clinique privée. On ne connaît pas très bien... le ministre l'a dit encore ce matin, je me souviens très bien, on ne connaît pas tous les contours de ces cliniques privées, ça s'est développé au cours des années à la frontière de la légalité, et, plutôt que de leur donner un cadre juridique, il y aurait sûrement moyen d'encadrer ce qui se fait dans les cliniques privées sans nécessairement avoir un projet de loi, là, n° 33 par rapport à cela. Et je pense que là-dessus — ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve y a déjà fait mention et je pense que c'est important de le rappeler — il aurait pu y avoir un système de permis, il aurait pu y avoir un système d'agrément avec des supervisions par le Collège des médecins du Québec, s'assurer aussi que les guides de pratiques sont bien connus par rapport aux médecins qui travaillent dans ces cliniques privées là. Il y avait une multitude de moyens qu'on n'a pas explorés, qu'on n'a pas utilisés, on est allés, là... plutôt que de prendre les petits fusils, on a pris les gros canons en partant et on a donné un cadre juridique à quelque chose qui était illégal. On a décidé de le légaliser de cette façon-là. Ça m'apparaît pour le moins hasardeux, et on considère... En tout cas, la Solidarité Santé, là, le groupe la Coalition Solidarité Santé, ce qu'il dit, c'est que le gouvernement du Québec n'a aucune raison de légitimer par voie législative des

pratiques très discutables, sinon illégales, qui se sont développées en parallèle au système public.

Et mon collègue a soulevé quelque chose de fondamental tout à l'heure: Est-ce que les médecins qui vont se retrouver dans ces centres médicaux spécialisés, qui vont avoir 50 % des parts, vont à la fois être des entrepreneurs privés et des médecins soignants? Il y a risque de conflit. Et je pense que là-dessus... Et ça m'apparaît très, très dangereux de tout simplement légaliser une structure — hein, un centre médical spécialisé, c'est une structure — dans laquelle ça ne m'apparaît pas qu'on va valider en quelque part, de façon formelle, la qualité des soins qui vont y être donnés. Parce que ce n'est pas de ça qu'on parle dans le projet de loi n° 33, et surtout pas à l'article 333.2, on parle beaucoup plus, là, d'argent, qu'est-ce qui est payant, qu'est-ce qui ne l'est pas, et on protège en quelque sorte les médecins qui vont vouloir investir de leurs sous.

Mais même à ça est-ce que ces investissements-là vont être rentables? Et, le jour où certains qui vont avoir investi 100 000 \$, 200 000 \$, 300 000 \$ et des millions... Parce que ça va vite, dépendamment du type de chirurgies qui y seront pratiquées, il y a des équipements qui sont très dispendieux. C'est d'ailleurs un problème rencontré par le service public, c'est ce qui fait qu'on a des difficultés à rencontrer les objectifs d'accessibilité, et de qualité, et, comment je dirais, d'universalité, là. Et ce moyen qui est proposé, celui des cliniques médicales spécialisées, je ne pense pas que ça va améliorer d'aucune façon non seulement l'accessibilité, mais la qualité des soins qui vont y être offerts, parce qu'il n'y a rien dans ce qu'on a vu de ce projet de loi là qui encadre vraiment la pratique.

C'est bien beau, là, le Collège des médecins, bon, c'est l'autorité morale, mais est-ce que l'autorité morale va évaluer, de façon périodique et sur une base statutaire, le type de pratique, le type de soins, la qualité des services qui vont être rendus à l'intérieur de ces cliniques médicales là? Et ça, je n'ai pas vu ça aucune part. Peut-être que je me trompe, peut-être que je n'ai pas bien lu, mais ça m'apparaît que les cliniques médicales spécialisées, dans le fond c'est la brèche, là, dont je vous ai parlé dès le départ, qui va permettre au gouvernement de se débarrasser de tout ce qu'on appelle des chirurgies mineures. Et ça va finir que le système public va être le seul responsable des chirurgies majeures, celles qui sont plus lourdes, celles qui coûtent plus cher, et qu'on va donner, de façon tout à fait légitime, parce que, là, on va avoir...

● (17 heures) ●

Si ce projet de loi n° 33 est adopté comme ça, là, ça veut dire qu'on va venir légitimer le fait de donner au secteur privé, d'ouvrir le domaine de la santé, de l'ouvrir et de l'offrir comme une marchandise à commercialiser. Parce que, quand on parle de 50 % des actions, là, sous la responsabilité de XYZ, peu importe que ce soit un médecin ou tout ça, ça veut dire qu'on a une marchandise qu'on offre, et qu'il va y avoir un marché, et que, selon l'offre et la demande, le marché va s'exercer. Ça va complètement à l'encontre des valeurs du Québec, de la population du Québec. Quelles que soient les couleurs politiques partisans des individus, la société québécoise, depuis l'adoption de l'assurance hospitalisation, depuis l'adoption de l'assurance maladie, a toujours énoncé le fait que la maladie, au Québec, ce n'est pas une marchandise, ce n'est pas un bien commercial, et que c'est de la responsabilité de l'État de s'assurer que tous les citoyens et les citoyennes sont égaux vis-à-vis

la maladie, et que, pour cette raison, on allait leur donner l'accès à des soins et des services gratuitement, de façon universelle, etc., et qu'en aucun temps on ne considérerait les problèmes de santé comme étant une marchandise.

Et c'est un virage énorme. Et je pense que, qu'il y ait 50 % des droits de vote rattachés aux actions et aux parts, là, qui soient obligatoirement détenus par des médecins, ça ne change rien à ce principe de base qui est celui que la santé, c'est un bien, j'allais dire, non négociable, non monnayable, c'est un bien sur lequel on ne peut pas établir un marché et qu'on se doit de répondre le plus solidement possible à ceux qui sont aux prises avec des problèmes de santé, comme tel.

Alors, je pense que là-dessus, M. le Président, l'article 333.2 ne règle rien du problème soulevé en regard de l'accessibilité et que, là encore, 333.2 fait la démonstration, à mon point de vue, tel que rédigé, que dans le fond les cliniques médicales spécialisées, ça ne règle pas le problème de l'accessibilité. Et là-dessus, au risque de passer pour radoter, je suis persuadée que, le projet de loi n° 33, on aurait pu s'en passer et qu'on aurait pu tout simplement, par règlement, instaurer un système de gestion des listes d'attente. Et ça, je pense que c'est important de le souligner parce que je distingue carrément le fait que la maladie, ce n'est pas une marchandise. Merci.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'article 333.2?

**Mme Harel:** Je voudrais, M. le Président, soumettre un projet d'amendement.

**Le Président (M. Copeman):** Je suis heureux de l'apprendre, Mme la députée.

**Mme Harel:** Alors, qui se lit comme suit: Ajouter, au début du troisième alinéa de l'article 333.2, proposé par l'article 11 du projet de loi, ce qui suit: «Un assureur, une personne qui administre un régime d'avantages sociaux ou».

Alors, ça se lirait comme suit: «Un assureur, une personne qui administre un programme d'avantages sociaux ou le producteur ou le distributeur d'un bien ou d'un service...»

(Consultation)

**Le Président (M. Copeman):** Évidemment, Mme la députée, votre amendement est recevable. Ça prend des petites corrections de forme parce qu'on m'avise, entre autres, que le «ou» à la fin de votre amendement devrait plutôt être une virgule parce que la phrase se poursuit, «le producteur ou le distributeur d'un bien ou d'un service», etc. Et par la suite il faudrait également, crois-le ou pas, amender, proposer que le «Le» majuscule devienne «le» avec un l minuscule parce qu'on ne peut pas avoir un pauvre L majuscule à l'intérieur d'une phrase. Il serait bien orphelin. Mais on va corriger la forme, Mme la députée, inquiétez-vous pas.

**Mme Harel:** Alors, vos suggestions sont les miennes en tant que proposeur, M. le Président.

**Le Président (M. Copeman):** Excellent. Est-ce qu'on a besoin d'une copie de l'amendement?

**Des voix:** Oui.

**Le Président (M. Copeman):** Oui? On peut discuter pendant... O.K., très bien. Alors, le début de la phrase se lirait: «Un assureur, une personne qui administre un régime d'avantages sociaux,», et ça se poursuit. On va prendre des photocopies. La discussion, allez-y, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

**Mme Harel:** Alors, M. le Président, je pense que le législateur ne parle pas pour ne rien dire, selon le vieil adage bien connu. Alors, cependant, ce me semble mieux rendre visible l'intention du législateur. L'intention exprimée par le ministre est à l'effet que les compagnies d'assurance, les assureurs ou autres administrateurs d'avantages sociaux qui auront à financer ou rembourser en fait les interventions qui seront faites dans les centres médicaux spécialisés ne peuvent pas en fait en détenir du capital-actions, être juge et partie en même temps. Voilà, c'est tout simple, M. le Président. Il m'apparaît que ça rejoint l'intention exprimée par le ministre il y a peu de temps, là, peut-être il y a une demi-heure ou trois quarts d'heure, et ça se dit de manière peut-être plus formalisée mais plus visible aussi pour ceux et celles qui auront à interpréter la loi.

**Le Président (M. Copeman):** M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, pour commentaires que, je sens, seraient assez lapidaires.

**M. Couillard:** Non.

**Le Président (M. Copeman):** Non, pas forcément?

**M. Couillard:** Non. Respectueux de l'intérêt qu'on porte à notre travail.

**Le Président (M. Copeman):** Non, bien sûr. Je ne voulais pas intimer le contraire.

**M. Couillard:** Je sais que nous avons déjà eu des discussions sur le sens profond du mot «lapidaire», mais il faut parfois lui attacher une connotation agressive qui n'est pas...

**Le Président (M. Copeman):** Pas du tout. Pas du tout.

**M. Couillard:** ...qui n'est pas mon intention.

**Le Président (M. Copeman):** Non, non, ni la mienne, n'est-ce pas?

**M. Couillard:** D'ailleurs, ce type de discussion existe depuis la nuit des temps, presque depuis la fondation de l'ancienne Jérusalem où d'ailleurs vous me disiez que vous aviez remarqué un fait historique assez intéressant...

**Le Président (M. Copeman):** En effet, oui.

**M. Couillard:** ...touchant quelqu'un qui est avec nous aujourd'hui.

**Le Président (M. Copeman):** Oui, oui, oui, en effet. C'est parce qu'on nous avise que c'est l'anniversaire de Me Ariel Boileau aujourd'hui, et, moi, j'étais beaucoup intrigué par le prénom. C'est un prénom qui est assez rare, sauf parmi mes coreligionnaires, il y en a plusieurs. Alors, j'ai fait un peu de recherche sur le nom «Ariel». J'imagine, je sais que Me Boileau est parfaitement au courant qu'Ariel est une lune d'Uranus. Ça, c'est la première possibilité pour son prénom. Le deuxième Ariel, c'est le célèbre farfadet de Shakespeare dans *La tempête*, hein, *The Tempest*, Ariel. Mais il y a une troisième possibilité qui est encore plus ancienne et que j'aime beaucoup personnellement. D'ailleurs, nous avons visité l'État d'Israël ensemble l'année passée. Il y a des origines bibliques. Le mot Ariel est utilisé de façon poétique pour décrire la ville de Jérusalem dans le livre d'Isaïe de l'Ancien Testament, mais veut dire littéralement, en hébreu, «lion de Dieu». Alors, voilà pour les origines d'Ariel.

**Mme Harel:** Alors, si vous avez visité ensemble Jérusalem, vous avez sans doute vu, sur l'autoroute menant entre Tel-Aviv et Jérusalem, une sortie indiquée du nom de Harel, h-a-r-e-l, n'est-ce pas?

**Le Président (M. Copeman):** Oui. Oui.

● (17 h 10) ●

**Mme Harel:** Et ce qui signifie «la montagne...» En fait, c'est une formule particulière, là, mais... Et ça m'a amenée à comprendre que sans doute mon aïeul, qui s'est installé à l'âge de 16 ans, en 1660, était sans doute un coreligionnaire du député de Notre-Dame-de-Grâce. Mais je m'en suis rendu compte à l'occasion d'un événement peu agréable qui a consisté, chez les fonctionnaires des douanes de l'aéroport de Tel-Aviv, de remarquer que le mot «Harel», sur ma valise, voisinait avec celui d'Omrar, donc d'origine palestinienne. Me croyant juive, les douaniers m'ont retenue pendant quelques heures. Ce ne fut point agréable.

**Le Président (M. Copeman):** Alors, bref...

**M. Couillard:** Non, mais je voudrais... Évidemment, je crains de poursuivre la discussion parce qu'on pourrait être entraînés sur des hypothèses sur l'étymologie de mon nom de famille, en France...

**Une voix:** Couillard.

**M. Couillard:** ...qui pourraient...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Couillard:** Mais je dirais qu'outre l'étymologie évidente qui est dans la tête de tous aujourd'hui et qui correspond, je dois le dire humblement, à une certaine réalité il y a également un appareil de siège médiéval qui s'appelait ainsi parce qu'il projetait des pierres d'une taille quand même respectable et d'une dureté considérable sur les remparts des villes assiégées.

**Une voix:** C'est aussi simple que ça.

**M. Couillard:** C'est ça. Ah oui! Bon. Revenons au sujet.

**Le Président (M. Copeman):** Bon. Revenons. Je crois que nous avons l'amendement devant nous, après cette brève diversion.

**M. Couillard:** Bon. Alors, oui, j'ai réfléchi, pendant que nous discutons de ces considérations historiques, à la suggestion de la députée, et ce que nous voulons faire fondamentalement avec cet alinéa-là, c'est d'enlever la possibilité de conflit d'intérêts. Or, en pratique, le conflit d'intérêts n'existe que si le produit en question est requis préopératoire, postopératoire ou pendant le traitement. Donc, le contrat d'assurance, s'il est requis ou permis, effectivement il y aurait un problème, là, mais l'alinéa, on m'indique, couvre cette possibilité. Donc, on m'indique qu'il n'est pas nécessaire de l'ajouter parce qu'on ne pourrait pas logiquement, par exemple, empêcher qu'une compagnie d'assurance ou des gestionnaires d'avantages sociaux participent à la gestion d'un centre médical spécialisé pour médecins participants. Parce que, là, il n'y a aucun lien, là, il n'y a pas de question d'assurance qui intervient du tout. Sur la question des non-participants: uniquement dans les cas où il y a des interventions prévues par la liste de ce qui est accessible à l'assurance, et, à ce moment-là, ça tombe sous la définition de biens et de services accompagnant le service médical qui est donné.

Alors, je pense qu'on est quand même bien équipés. Je comprends tout à fait la préoccupation de la députée et je la partage, là, jusqu'à un certain point, mais je crois que le phrasé de l'article nous prémunit contre cette abomination.

**Mme Harel:** Alors, dois-je comprendre des propos du ministre qu'il affirme qu'un assureur qui serait partie prenante à une protection dans le cadre d'une assurance privée duplicative, une protection couverte dans le cadre des chirurgies requises et qui sont offertes, là, dans le centre médical spécialisé, qu'un tel assureur ne pourrait pas détenir des actions du capital-actions du centre médical spécialisé?

**M. Couillard:** Si les actes médicaux, les chirurgies ou les traitements médicaux sont dans le panier accessible à l'assurance, c'est effectivement notre compréhension et notre intention.

**Mme Harel:** Je comprends que votre intention, c'est que...

**M. Couillard:** ...est d'empêcher... Parce que ce que nous visons communément ici, là, c'est de nous prémunir contre la possibilité de conflit d'intérêts entre des producteurs de biens et services et la gestion d'une clinique particulière, ce que nous avons introduit ici.

Si on étudie maintenant les différents cas de figures des centres médicaux spécialisés, dans le cas d'un centre médical spécialisé avec médecins participants, il n'y a pas de conflit d'intérêts puisqu'il n'y a pas d'interaction de produits d'assurance dans le cheminement des patients. Si on est dans le domaine des médecins non participants, il n'y en a que si le centre en question pratique des interventions couvertes par l'assurance. Donc, il est, à ce moment-là, couvert par la phraséologie ou l'énoncé qui est dans le troisième alinéa, à notre avis.

**Le Président (M. Copeman):** Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'amendement?

**M. St-André:** Oui, j'aimerais poser quelques questions, M. le Président.

**Le Président (M. Copeman):** Oui, M. le député de L'Assomption.

**M. St-André:** J'aimerais qu'on nous donne des exemples de ce qu'est un «producteur ou [un] distributeur d'un bien ou d'un service relié au domaine de la santé et des services sociaux».

**M. Couillard:** On l'a dit tantôt. La députée de Rimouski a posé exactement la même question.

**M. St-André:** Je pense qu'on peut répéter.

**M. Couillard:** Bien, la réponse a été donnée, là. Exemple: compagnie pharmaceutique, compagnie d'instruments médicaux, professionnel offrant des soins privés pour le postopératoire. C'est assez bien... Ça a été expliqué tantôt.

**M. St-André:** Mais pourquoi est-ce qu'on ne l'écrit pas franchement comme cela dans le projet de loi?

**M. Couillard:** Parce que, si on fait ça, on va forcément en oublier. Il ne faut pas faire ça parce qu'à partir du moment où on énumère on est restrictif et là on est dans une situation où on risque de faire des oublis.

**M. St-André:** O.K. Est-ce qu'un médecin peut être considéré comme un producteur ou un distributeur d'un...

**M. Couillard:** ...sauf un médecin.

**M. St-André:** Comment?

**M. Couillard:** C'est marqué dans l'alinéa, «autre qu'un médecin».

**M. St-André:** Oui, oui, j'avais vu ça. C'est exactement pourquoi je pose la question, d'ailleurs.

**M. Couillard:** Bien non, parce qu'on...

**M. St-André:** Parce que j'imagine que, si on a rajouté «autre qu'un médecin», c'est parce qu'on présume...

**M. Couillard:** Bien, on se contredirait, là.

**M. St-André:** ...on présume qu'un médecin est justement un producteur ou un distributeur d'un bien de...

**M. Couillard:** Bien oui. Bien oui, mais on se contredirait massivement, là. On vient de dire qu'il faut qu'il y ait plus de 50 % des actionnaires ou détenteurs de parts qui soient des médecins. On n'est pas, dans le même souffle, pour dire qu'ils ne peuvent pas du tout participer à l'administration.

**M. St-André:** D'accord, O.K. Bon. Puis j'ai compris également les explications que le ministre a donné à ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, que cette

précision-là est rajoutée dans le projet de loi parce qu'on veut éviter justement des situations de conflit d'intérêts.

**M. Couillard:** Ce n'est pas pour ça qu'elle est là. Elle est là pour empêcher...

**M. St-André:** Non, non, mais c'est ce que le ministre vient de répondre à ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve il y a...

**M. Couillard:** Mais pas la question des médecins, pas l'exclusion des médecins. Ça n'a rien à voir avec le conflit d'intérêts.

**M. St-André:** Je ne parle pas de l'exclusion des médecins, là, je parle des producteurs et des...

**M. Couillard:** Ah! O.K., effectivement.

**M. St-André:** Le ministre a répondu tantôt qu'un producteur — qu'on avait rajouté cette précision-là, là, je veux bien qu'on se comprenne — ou un distributeur d'un bien ou d'un service relié au domaine de la santé, on l'exclut du capital-actions d'un...

**M. Couillard:** Dans certaines circonstances, pas dans toutes les circonstances, si le bien ou le service qui est fourni est requis pour la dispensation d'un service médical avant, lors ou à la suite de celle-ci. Donc, ce n'est pas parce qu'on est dispensateur, ou quelqu'un, ou une entreprise qui donne des services en santé qu'on est exclu. On est exclu si ces services interviennent avant, pendant ou après le traitement médical concerné.

**M. St-André:** Mais n'empêche que je retiens tout de même des explications du ministre tantôt que, si on a rajouté cette clarification-là dans la loi, c'est qu'on considère en soi qu'un producteur ou un distributeur d'un bien ou d'un service relié au domaine de la santé peut être en situation de conflit d'intérêts. C'est pour ça qu'on l'exclut du capital-actions.

**M. Couillard:** Pourrait dans certaines circonstances, si les services en question ont un impact direct ou participent à la prestation de l'acte médical. Par exemple, le meilleur exemple que je peux donner, c'est, dans le cas d'une chirurgie orthopédique, une compagnie qui vend des prothèses de hanche, par exemple, qui vend les prothèses elle-même. Ça, c'est l'exemple, je pense, le plus... Parce qu'il y a en a beaucoup, de compagnies, sur le marché qui compétitionnent, même dans nos hôpitaux, pour offrir leurs produits.

**M. St-André:** C'est vrai.

**M. Couillard:** Donc, on pourrait craindre une situation effectivement de conflit d'intérêts ou de monopole induit, là, si on avait une compagnie semblable dans la structure, quoiqu'elle ne serait pas majoritaire, il faut quand même le retenir, mais elle aurait quand même une voix importante au niveau de l'administration.

**M. St-André:** Mais ma question finalement, c'est: Pourquoi on présume que, dans le cas que le ministre

vient de le dire, là, un producteur de prothèses par exemple, on considère qu'il pourrait être en situation de conflit d'intérêts, mais que le médecin, lui... Puis on le rajoute en plus dans l'article, «autre qu'un médecin», hein, parce que justement on veut permettre au médecin d'être actionnaire dans un centre médical spécialisé. Pourquoi on part tout de suite de la prémisse que le médecin, lui, ne peut pas être en position de conflit d'intérêts?

**M. Couillard:** Parce que le médecin, lui, est couvert par son code déontologique qui couvre la question de conflit d'intérêts, ce qui n'existe pas pour une entreprise.

**La Présidente (Mme James):** Mme la députée de Rimouski.

**Mme Charest (Rimouski):** Moi, j'aurais une question dans le même sens. Je ne sais pas si vous avez terminé. Oui? Quand le ministre dit: Bon, un producteur de prothèses de la hanche, il ne peut pas être inclus dans ce type de personne, là, autre qu'un médecin si tel bien ou tel service peut être requis par la clientèle d'un centre, mais, si le centre ne fait pas la chirurgie de la hanche, mais il fait un autre type de chirurgie, est-ce que le producteur de la hanche pourrait être actionnaire?

**M. Couillard:** C'est que c'est très rare d'avoir une compagnie qui fait juste des prothèses de hanche. En général, c'est les compagnies d'instruments orthopédiques ou d'instruments médicaux en général. Donc, forcément, il va y avoir une interaction quelconque où probablement n'importe quelle chirurgie orthopédique est pratiquée, là. Il n'y a pas de compagnie qui fait seulement des prothèses de hanche ou seulement des prothèses de genou. On ne nommera pas les noms, là, mais en général ils font toutes sortes d'instruments médicaux, là.

● (17 h 20) ●

**Mme Charest (Rimouski):** Oui, mais vous savez bien comme moi que, quand il y a certaines opportunités en affaires qui s'ouvrent, que c'est très facile de faire une compagnie strictement pour les hanches puis strictement pour un autre type de prothèses ou d'orthèses. Vous savez, des compagnies à multiples entités administratives, ça existe comme de l'eau de roche, là, il y en a beaucoup. Alors, le fait que l'on dise ça ici, dans le projet de loi: Si un tel bien ou un tel service peut être requis par la clientèle avant ou après la dispensation, que ça ne pourrait pas susciter ce genre de multitude d'entreprises privées qui vont se spécialiser, mettons... Peut-être qu'aussi maintenant ils ont l'habitude de faire une série de prothèses parce que, bon, le marché étant payé par l'unique utilisateur qu'est le système public et le seul payeur de ce type de... en tout cas en majorité, là, ça devient autre chose, là. Parce que, là, il y a un marché de cliniques privées qui pourraient acheter éventuellement ce type de prothèses ou d'orthèses, peu importe, et là, à ce moment-là, ça pourrait les inciter... Ils vont dire: Bien, cette clinique-là ne fait pas tel type d'intervention, donc on ne produit pas les prothèses qu'ils ont besoin. On peut devenir, à ce moment-là, actionnaire propriétaire de la clinique comme telle.

**M. Couillard:** J'attirerais l'attention de la députée sur le phrasé du troisième alinéa où on dit «ne peut détenir,

directement ou indirectement». Donc, on se prémunit contre cet effet-là.

D'autre part, ce serait un fameux problème pour une compagnie de la taille de ces entreprises-là de se mettre à se fractionner pour cette raison-là, compte tenu des coûts que ça entraîne et des difficultés de rentabilité, là. Mais ce serait leur problème, pas celui du gouvernement. Mais, lorsqu'on introduit la notion de possibilité directe ou indirecte, on se prémunit contre ce genre de potentialité là.

**La Présidente (Mme James):** Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

**Mme Harel:** Ce sera quand même vraisemblablement des compagnies à numéro, n'est-ce pas, où il y aura du capital-actions, avec une majorité de médecins qui, selon la loi, formeront le conseil d'administration. Mais ce sera vraisemblablement des compagnies à numéro comme on en retrouve d'ailleurs déjà maintenant. Comment la surveillance va se faire? Comment la vérification des actionnaires va se faire? Et quelles seront les sanctions, s'il advient que le ministère découvre que des producteurs ou distributeurs de biens ou services, là, reliés au domaine du centre médical spécialisé détiennent du capital-actions?

**M. Couillard:** Pour ce qui est de la question des dispositions pénales, elles sont contenues à un article ultérieur qui est 531.3, introduit par... on verra quel article du projet de loi. On y arrivera éventuellement puis on pourra discuter du niveau des pénalités qui sont prévues, là.

Pour ce qui est de la question précise qui est à l'origine de l'intervention de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, il y a, dans le projet, me dit-on, il y a un pouvoir d'inspection qui permet de clarifier ces questions-là.

**Une voix:** Ah! Il y a des amendes de... C'est 37, à la page 17.

**M. Couillard:** Alors, 531.3, c'est quel article du projet de loi?

**Une voix:** 37. C'est l'article 37.

**M. Couillard:** 37. L'article 37. Voilà. Alors, on a des niveaux d'amendes qui sont installés là. On en discutera, à ce moment-là, s'ils sont appropriés. En général, lorsqu'ils sont fixés, c'est par concordance avec d'autres textes législatifs pour des objets semblables. On aura plus de détails lorsqu'on sera rendu à cet article-là, à l'article 37.

Et, pour ce qui est de l'inspection, à l'article 29 — est-ce que les collègues sont rendus à l'article 29? — on voit qu'on a un pouvoir d'inspection qui vérifie «si la présente loi et les règlements sont respectés» et qui donne la possibilité à la personne qui fait l'inspection d'examiner et tirer copie de tout document relatif aux activités exercées [...] cette installation ou ce centre; exiger tout renseignement relatif à l'application de la présente loi ainsi que la production de tout document s'y rapportant. Donc, on est prémuni également de ce côté-là. C'était quand même un bon travail législatif qui a été accompli par les collègues d'Ariel.

**Mme Harel:** Notre travail minutieux permet d'ailleurs...

**M. Couillard:** De le mettre en évidence.

**Mme Harel:** Exactement, de le mettre en évidence. Alors, on comprend donc qu'en vertu de l'article 29 ce qu'on appelle le voile corporatif pourra être levé.

**M. Couillard:** Il est moins pudique.

**Mme Harel:** Alors, on est prêts, je pense, à disposer de l'amendement.

**La Présidente (Mme James):** De l'amendement? O.K. Est-ce que l'amendement proposé par la députée d'Hochelaga-Maisonneuve est adopté?

**Mme Harel:** Adopté.

**M. Couillard:** Rejeté. Rejeté.

**La Présidente (Mme James):** O.K., c'est...

**Mme Harel:** Sur division...

**La Présidente (Mme James):** Oui, rejeté.

**Une voix:** Rejeté.

**La Présidente (Mme James):** Alors, passons au prochain. Est-ce qu'on revient à l'article? Est-ce qu'il y a des interventions...

**Mme Harel:** 333.3.

**La Présidente (Mme James):** 333? O.K. Alors, est-ce que l'article 333...

**Une voix:** ...

**La Présidente (Mme James):** Ah, O.K.

**Une voix:** ...

**La Présidente (Mme James):** On passe à... O.K., parfait. Alors, M. le ministre.

**M. Couillard:** Merci. Nous arrivons à 333.3, un article qui indique finalement l'étanchéité ou la distinction nette des mondes des médecins participants et non participants dans les centres médicaux spécialisés.

Je le lis — il n'y a pas d'amendement proposé actuellement pour cet article: «Un centre médical spécialisé ne peut être exploité que suivant l'une ou l'autre des formes suivantes:

«1° un centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29).»

En clair, ça veut dire des médecins participant au régime.

Ou — donc c'est l'une ou l'autre, pas l'une et l'autre, l'une ou l'autre: «2° un centre médical spécialisé où exercent exclusivement les médecins non participants au sens de cette dernière loi.

«L'exploitant d'un centre médical spécialisé doit, selon la forme sous laquelle le centre est exploité, s'assurer

du respect des exigences prévues aux paragraphes 1° ou 2° du premier alinéa.»

Voilà. Donc, il s'agit d'un article fondamental parce qu'il émet ou il exprime clairement le principe de l'étanchéité des deux mondes de pratique médicale.

**Mme Harel:** Alors, M. le Président, ce principe...

**Une voix:** D'étanchéité.

**Mme Harel:** ...d'étanchéité, ce principe d'étanchéité, comme le dit le ministre, est absolument fondamental, hein? C'est une assise sur laquelle repose l'économie générale de notre système de santé. C'est un des piliers de notre système de santé. Moi, la question que je me suis posée en prenant connaissance de cet article au moment de la lecture du projet de loi, c'est la suivante: Est-ce qu'un centre médical spécialisé avec participants et avec non-participants pourraient être logés à la même adresse civique?

**M. Couillard:** Bien, il faudrait qu'ils soient individuels, mais ils pourraient être théoriquement côte à côte dans le même édifice, par exemple, là, hein?

**Mme Harel:** Même adresse, par exemple, ça pourrait être la même adresse civique. Est-ce qu'ils pourraient partager un même loyer?

**M. Couillard:** Oui. Il me semble que... Bien, pas un même loyer, mais payer un loyer à la même personne, c'est-à-dire au propriétaire.

**Mme Harel:** C'est-à-dire se partager un même loyer, un centre, virtuellement. Parce qu'un centre médical spécialisé, c'est virtuel, en quelque part. C'est-à-dire, c'est une incorporation...

**Une voix:** Les mêmes équipements opératoires.

**Mme Harel:** Exactement. Est-ce qu'ils peuvent partager la même téléphoniste-réceptionniste?

(Consultation)

**M. Couillard:** Alors, on m'indique que, dans un article subséquent également, qui est 333.6.1, on indique qu'il doit y avoir une séparation claire des lieux physiques. Cependant, il n'y a rien qui empêche, et pour être explicite sur cette question, de partager, par exemple, la même réceptionniste, de la même façon que les différents locaux d'un édifice à bureaux peuvent mettre des services de réceptionniste en commun. Je pense que, là, ce ne serait pas raisonnable de ne pas permettre ça. Mais, si on va voir tout de suite le... on peut tout de suite aller voir... Alors, c'est un amendement, on me dit, alors ça va être un peu plus compliqué, là, mais disons qu'on pourra y revenir tantôt, lorsqu'on sera rendus là, c'est dans quelque temps, et, à ce moment-là on voit ce qui est prévu pour exercer cette chose-là.

Sur la question de l'étanchéité, M. le Président, c'est intéressant de remarquer qu'actuellement il n'y a pas de disposition légale de ce type-là qui consacre l'étanchéité. C'est-à-dire que théoriquement, actuellement, dans une clinique privée, on peut avoir en même temps des médecins

non participants et des médecins participants. Il n'y a rien qui l'empêche dans le cadre de la loi. Ce qui n'est pas permis, la seule façon dont l'étanchéité s'exprime sur le plan législatif actuellement, c'est de recevoir double paiement, de recevoir, pour une partie de sa pratique, un paiement de l'assurance maladie du Québec et, pour une autre partie de sa pratique, pour les mêmes actes, des actes assurés, du paiement d'une autre personne ou d'une assurance, par exemple. Ça, ce n'est pas permis.

Mais il n'y a rien actuellement, dans le cadre légal... Et d'ailleurs c'est pour ça qu'on va retrouver ces situations-là dans certaines cliniques chirurgicales où, sous le même toit ou dans le même lieu, dans la même entité, on retrouve à la fois des médecins participants et non participants. C'est la première fois qu'on fait, sur le plan législatif, cette distinction. Je dirais même que non seulement on consacre le principe d'étanchéité, ce qui était, comme l'a dit la députée, absolument important, notamment en ce qui a trait à l'interprétation de la Loi canadienne sur la santé, mais on y ajoute par rapport à la définition actuelle parce que la définition actuelle ne touche que le paiement, le paiement des actes et non pas le lieu physique de prestation.

● (17 h 30) ●

**Mme Harel:** Alors, je reviens à l'application de ce principe d'étanchéité qui est introduit dans le projet de loi, pour, disons, en vérifier l'application. On dit toujours que le diable se cache dans les détails. Alors, je ne doute pas de l'intention du ministre. Je pense que cette question d'étanchéité est fondamentale, la question est de savoir: Comment sera-t-elle appliquée en vertu, là, du projet de loi? Je disais tantôt qu'une... Bon. Une réceptionniste-téléphoniste peut-elle à la fois travailler pour le centre, le CMS, là, pour simplifier les choses, le centre médical spécialisé, le CMS avec médecins participants et non participants? La réponse, ce serait vraisemblablement oui. Est-ce que le personnel infirmier, est-ce que l'équipement pourraient être en même temps partagés?

**M. Couillard:** On dit non, et on va pouvoir voir plus loin qu'il faut que ce soient deux lieux séparés, deux lieux distincts.

**Mme Harel:** Ce serait dans l'amendement que ce serait introduit?

(Consultation)

**M. Couillard:** Bien, on m'indique que la lecture de l'article consacre l'instruction formelle, là, que c'est l'un ou l'autre et que le mot «exclusivement» est indiqué et est utilisé dans les deux cas. Alors, on ne peut pas en même temps faire des chirurgies dans un lieu puis dans l'autre avec le même équipement, finalement.

**Mme Harel:** Bien, c'est-à-dire que ce qui est exclusif, c'est uniquement le médecin, ce n'est pas pour autant le personnel infirmier, ce n'est pas pour autant l'équipement.

**M. Couillard:** Mais ça le couvre indirectement, puisque la définition, c'est un lieu où pratiquent exclusivement soit des médecins participants soit des médecins non participants, et, dans ces lieux-là, chacun d'entre eux, il

faut qu'il y ait des infirmières, des appareils médicaux. Donc, c'est une conséquence logique de la chose.

Maintenant, pour être très explicite, d'après moi, ça n'empêcherait pas, par exemple, une infirmière qui veut pratiquer en dehors du système de santé et dans les cliniques privées, comme il y en a beaucoup actuellement, de dire, par exemple, qu'elle veut travailler deux jours dans un centre médical spécialisé avec médecins participants et trois jours dans un centre avec non-participants. Ça, ce ne serait pas raisonnable non plus de l'empêcher de faire ça, mais il y a une distinction de lieu très nette, elle ne pourrait pas à la fois faire les deux le même jour.

**Mme Harel:** Et elle pourrait faire un avant-midi avec un puis un après-midi avec l'autre ou une heure avec un, une heure avec l'autre.

**M. Couillard:** Bien, une heure, ça va devenir difficile, là, mais disons une demi-journée, peut-être, oui, dans deux milieux différents.

**Mme Harel:** Mais théoriquement ce qui n'est pas... En fait, légalement, la seule interdiction, c'est pour les médecins. Pour les employés...

Une voix: Il n'y a rien.

**Mme Harel:** ...pour le personnel infirmier, pour le personnel, même pour l'hébergement. Est-ce que, concernant l'hébergement, ça pourrait être un hébergement qui soit accessible, commun aux CMS des...

**M. Couillard:** Non. De toute façon, comme je l'indiquais, il n'y aura pas aucun intérêt à faire, dans le cadre des médecins participants, des procédures assez lourdes pour justifier l'hébergement sur la seule base de la rentabilité. Mais de toute façon ce n'est pas possible.

Mais, pour revenir au début de la question, s'il n'y a pas de médecin, il n'y a pas d'infirmière, il n'y a pas d'employé, il n'y a pas d'appareil. C'est à ça que ça sert, ces centres-là, donner des traitements médicaux par des médecins. Donc, ce n'est pas des centres où il n'y aurait que des infirmières, de l'équipement médical, des employés. S'il y a des médecins, ça commence par la présence de médecins exclusivement participants ou exclusivement non participants. Bien, avec ces médecins, il y a du personnel, des équipements, naturellement, dans des lieux différents selon qu'on est dans un monde ou dans l'autre, alors qu'actuellement...

Parce que la situation que craint la députée existe actuellement, c'est-à-dire que, dans les cliniques médicales privées où coexistent les médecins participants et non participants, ils partagent ou elles partagent les infirmières, le personnel, l'équipement médical commun aux deux. C'est ce qui existe actuellement. Donc, à partir du moment...

**M. St-André:** Et le projet de loi va mettre un terme à cette situation-là?

**M. Couillard:** Bien, absolument, et parce qu'il faut faire un choix. D'ailleurs, ce n'est pas un choix, ils auront l'obligation. S'ils veulent continuer à pratiquer une des procédures décrites à la liste qu'on a mentionnée lors du premier article, ils n'auront pas le choix ou l'option

de vouloir ou ne pas vouloir être un centre médical spécialisé, il va falloir qu'ils détiennent un permis de centre médical spécialisé s'ils veulent continuer à faire ces interventions. À partir du moment où ils demandent un permis de centre médical spécialisé, ils devront faire le choix de faire un centre médical spécialisé à médecins exclusivement participants ou à médecins exclusivement non participants, ce qui en soi est un avantage ou une amélioration en termes de clarté et de séparation marquée par rapport à la situation qui prévaut actuellement.

**Mme Harel:** Mais tout ça peut n'être qu'une séparation sur papier.

**M. Couillard:** Non, il faut que ce soient des lieux différents, physiques, également — où est-ce qu'on retrouve le lieu, là, dans ça?

**Mme Harel:** Je ne vois pas la nécessité, l'obligation de lieux différents.

**M. Couillard:** O.K., voilà. Alors, si on regarde 333.1, revenons à l'arrière un petit peu — ils ont vraiment bien travaillé, les légistes — on dit: «Dans la présente loi, on entend par "centre médical spécialisé" un lieu...» Donc, un centre médical spécialisé est un lieu. On a fait le lien à 333.1, et, quand on arrive maintenant à 333.3, un centre médical spécialisé qui est un lieu est exclusivement médecins participants ou non participants. Donc, la boucle est bouclée, comme on disait.

**Mme Harel:** Est-ce que ça peut être le même lieu?

**M. Couillard:** Non, il faut que ce soient des lieux différents, on va le voir plus loin, je pense...

**Mme Harel:** Je ne le vois pas nulle part.

**M. Couillard:** Mais il y a un autre article avec un amendement.

**Mme Harel:** Oui, j'ai vu l'amendement à 333.6.

**M. Couillard:** La notion d'exclusivité est déjà dans cet article-là.

**Mme Harel:** Dans le?

**M. Couillard:** Dans le 333.3, il est déjà là. Parce qu'un centre médical spécialisé, c'est un lieu, on l'a vu avec 333.1, exclusivement des médecins participants ou exclusivement des médecins non participants, ce qui vient dire qu'on a deux types de lieux: un lieu avec des médecins participants ou un lieu avec des médecins non participants. En fait...

Une voix: ...

**M. Couillard:** C'est ça, on m'indique que c'est la bonne interprétation et l'intention claire également, outre l'interprétation. C'est assez intéressant en fait.

**Le Président (M. Copeman):** Mme la députée de Rimouski.

**Mme Charest (Rimouski):** Merci, M. le Président. La seule distinction, là, qui fait qu'un centre médical spécialisé va être différent l'un de l'autre, c'est le statut du médecin. Mais ça, là, les patients, eux autres, quand ils vont vouloir recevoir un service, je me pose la question, là: Qu'est-ce qui va faire que les gens vont savoir que ce médecin-là est non participant du système puis que l'autre, il l'est, participant? Il me semble que ça...

**M. Couillard:** La facture.

**Mme Charest (Rimouski):** Oui, mais la facture...

**M. Couillard:** Mais ils vont leur dire avant, là, tu sais. Regardez, je comprends... Je ne suis pas en train de minimiser l'inquiétude, là.

**Mme Charest (Rimouski):** Non, mais c'est parce que je trouve que, pour les gens, là, ça peut être problématique de se retrouver là-dedans. Il me semble que ce n'est pas suffisamment clair. Le statut du médecin est clair. Mais, pour le patient, là, qui va se retrouver dans ces services-là... Parce que la différence... Celui qui va avoir un médecin participant ne paiera pas.

**M. Couillard:** Il peut payer des frais accessoires.

**Mme Charest (Rimouski):** Qui vont être déterminés...

**M. Couillard:** On va voir plus loin, encadrés, etc., affichés, etc., là, oui.

**Mme Charest (Rimouski):** Plus loin, on va en reparler, on va revenir là-dessus. Et l'autre, il va tout payer?

**M. Couillard:** Oui, et ça va coûter cher.

**Mme Charest (Rimouski):** Bon. Puis, moi, je dis: Tant pis si ça peut coûter cher, suffisamment cher pour que les gens restent dans le système public, je vais être la première heureuse. Peut-être, je ne devrais pas dire ça de cette façon-là, mais...

**M. Couillard:** Ça va permettre aux gens de connaître les coûts.

**Mme Charest (Rimouski):** ...mais je trouve qu'on n'a pas... En tout cas, ça, c'est un autre débat qu'on fera plus loin.

**M. Couillard:** Je peux-tu juste faire une remarque? Parce que c'est intéressant. Juste de déterminer, à l'aide de cet exercice, combien ça coûte dans le système public, en soi ça a un effet pédagogique très intéressant et important pour la population. Une prothèse de hanche...

**Mme Charest (Rimouski):** On peut le faire avec d'autres moyens qu'instaurer deux systèmes de clinique...

**M. Couillard:** Oui, mais personne ne le savait: une prothèse de hanche, quand on a fait l'exercice, quand on fait l'exercice même de clinique associée, quand on fait l'exercice également de bilan puis d'entente de gestion et

par les volumes de chirurgies qu'on donne actuellement avec les budgets dans la salle d'opération, ça nous a amenés à déterminer les coûts unitaires, puis une prothèse de hanche, si je me souviens bien, c'est 10 000 \$ ou 11 000 \$, le coût unitaire qu'on paie, nous, là, qu'on se paie entre nous. Alors, ce n'est pas inutile que le monde prenne conscience des coûts réels de tout ça. Je m'excuse, je ne voulais pas interrompre votre démonstration, là.

**Mme Charest (Rimouski):** Non, mais, moi, je trouve qu'il y a place à la confusion pour les citoyens qui vont avoir affaire... et je ne suis pas convaincue de ce que vos juristes vous ont dit tout à l'heure, là, quand ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve vous a dit... Bon. Il y a deux endroits physiquement distincts. Mais, vous savez, on peut prendre la salle, ici, puis mettre un mur, là, qui s'ouvre puis qui se ferme, là, et on va avoir deux installations distinctes, c'est-à-dire deux locaux distincts, une adresse dans le fond, parce que c'est la même adresse, et le personnel infirmier, le personnel professionnel, parce qu'on peut avoir un ergo, une physio, dépendamment du type d'intervention, qui va être là avant ou après l'intervention, qui va se promener autant avec les médecins participants qu'avec les médecins non participants. Il me semble qu'on...

**M. Couillard:** Mais, vous savez, même s'ils étaient à deux adresses différentes, ça n'empêche pas ça théoriquement. Ce n'est pas ça qui est la question. La question, c'est: une séparation des lieux physiques et qu'on ne peut pas cohabiter, ce qu'on fait actuellement, là, il y a de la cohabitation massive actuellement, là.

**Mme Charest (Rimouski):** Oui, avec les cliniques affiliées.

**M. Couillard:** Alors, on ne peut pas cohabiter maintenant, dans le cadre des centres médicaux spécialisés, on ne peut pas faire cohabiter les médecins participants et non participants dans un même lieu, et c'est ça qui est important.

● (17 h 40) ●

**Mme Charest (Rimouski):** J'irais jusqu'à poser la question: Mais pourquoi les centres médicaux spécialisés, ce ne serait pas juste réservé aux médecins non participants? Puis là tout le monde saurait: c'est carrément privé, là, puis c'est privé du début à la fin. Et là, si on s'en va vers le privé, que ce soit clair. Je veux dire, moi, je ne suis pas d'accord avec ça, mais il me semble que, là, là, on met de l'embrouille, on met des nuages, là. Ce n'est pas clair. On n'éclaircit pas les affaires.

**M. Couillard:** Mais pour deux raisons. D'abord, les gens vont le savoir rapidement puis ils le savent rapidement. La personne qui va consulter la clinique d'orthopédie à Montréal, ce n'est pas long qu'elle sait que ça va lui coûter 12 000 \$. Tu sais, ça ne se fait pas par magie, ça. De la même façon que, dans les cabinets privés, ces cabinets-là, ce n'est pas marqué «cabinet privé» à la porte, et les gens savent très bien ce que c'est.

Deuxièmement, la raison pour laquelle ce n'est pas uniquement des centres médicaux spécialisés de médecins non participants, c'est qu'il faut encadrer également ce qui se fait dans les cliniques médicales privées

de médecins participants. C'est justement une des raisons pour lesquelles on fait ça. Parce qu'effectivement, si ce n'avait été que pour encadrer le travail des médecins non participants, on aurait pu se borner à cette définition-là. Mais ce n'est pas ce qu'on veut faire, on veut également encadrer, à cause du changement de la médecine, du changement technologique, changement de pratique, on veut encadrer la sécurité et la qualité des services également pour les centres médicaux spécialisés avec médecins participants qui pratiquent les chirurgies ou les actes qui vont être listés dans le règlement.

**Mme Charest (Rimouski):** Parce qu'il existe présentement des cabinets privés, qui existent depuis que l'assurance hospitalisation existe de toute façon, là, et ces médecins spécialistes là sont des participants au régime, et en quoi... Ça veut-u dire que tous ces cabinets-là vont devenir tel que prévu à l'article 333.3, ou si ça va disparaître, ou s'ils vont toujours exister?

**M. Couillard:** Il y aura encore des cabinets privés, mais actuellement un cabinet privé, ça peut être à la fois le bureau de votre dermatologue où vous allez consulter sur la rue et à la fois un endroit où il se fait de la chirurgie sous anesthésie générale. Alors, si on disait: On ne veut pas faire de CMS, on va faire juste des cabinets puis on va les faire doter d'un agrément, là il faudrait que vous fassiez la liste de tous les cabinets privés qui existent au Québec puis que vous déterminiez dans quel cas il faut créer une nouvelle catégorie de cabinet privé. En fait, ça revient strictement au même. Je ne sais pas si vous suivez mon... On dirait: Bien, les cabinets privés où on fait telle, telle chirurgie vont devoir avoir ceci, ceci, cela comme encadrement. C'est ce qu'on fait, sauf qu'au lieu de les appeler cabinet privé classe b ou classe II, on les appelle centre médical spécialisé. Alors ça, c'est un élément qui est tout à fait intéressant, là, et important, on simplifie. Votre suggestion ne simplifie pas, elle rend la complexité différente mais aussi grande.

Par ailleurs, il y a encore des cliniques, des cabinets qui vont continuer à faire de la chirurgie sous le vocable «cabinet» si les actes chirurgicaux qu'ils pratiquent ne sont pas dans la liste qui va être publiée par règlement. Vous comprenez? Si je fais de la chirurgie pour un ongle incarné, par exemple, dans mon cabinet privé et puis que ce n'est pas dans la liste de procédures qu'on veut, avec le Collège des médecins, voir mieux encadrées, je vais continuer d'appeler ça un cabinet privé.

**Mme Charest (Rimouski):** Et ça va continuer d'exister.

**M. Couillard:** Bien oui.

**Mme Charest (Rimouski):** Sans encadrement supplémentaire.

**M. Couillard:** Bien, parce qu'on aura justement décidé avec le Collège des médecins que ce type de procédure là ne nécessite pas d'encadrement supplémentaire. Il ne faut quand même pas exagérer, là, à dire que l'ensemble des petites chirurgies qui sont faites ont besoin d'un encadrement massif autre que celui qui est déjà fourni par le Code de déontologie des médecins. On est quand

même dans une liste de procédures qui, sans être minimale, n'est quand même pas massive, là, en termes de nombre.

**Mme Harel: M. le Président...**

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

**Mme Harel:** Est-ce qu'on doit comprendre, suite à l'échange, là, qui vient d'intervenir, là, entre le ministre et ma collègue la députée de Rimouski que, lorsque l'acte médical se fera en centre médical spécialisé, donc autorisé par le ministre comme étant un centre médical spécialisé et non pas une clinique privée, ce sera automatiquement couvert par la RAMQ si c'est médecin participant?

**M. Couillard:** Parce qu'un médecin participant ne peut réclamer d'honoraires pour un acte médical assuré — assuré — que s'il est payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec. C'est une des applications du principe d'étanchéité. Par contre, si ce sont des médecins participants qui pratiquent également des chirurgies non assurées, ils vont encore... les patients, comme c'est le cas maintenant, vont devoir défrayer les coûts. Mais, vous comprenez, ils pourront pratiquer ces chirurgies-là parce qu'ils auront décidé également de pratiquer des chirurgies qui sont dans la liste.

À partir du moment où ils deviennent un centre médical spécialisé, ils sont soumis aux obligations d'encadrement pour l'ensemble de leurs activités, et non pas seulement pour les activités de leur liste. Mais il va certainement y avoir des... En fait, il va y avoir deux circonstances où les gens vont devoir continuer à défrayer des coûts: soit il s'agit de services — on est dans les médecins participants — non assurés, soit il s'agit de services assurés avec frais accessoires. Et, dans le cas de cliniques associées — on verra le concept plus loin — il n'y a pas de frais accessoires — et le mot est important, on va y revenir — différents de ceux qu'ils paieraient s'ils étaient en centre hospitalier. Parce qu'il existe, en centre hospitalier, dans le système public, certains exemples de frais accessoires, exemple pour la chirurgie de la cataracte. Donc, ce sera la même chose, et pas plus, dans un centre médical associé.

**Mme Harel:** Et le mot «lieu», parce que je reviens à la définition que le ministre donnait du centre médical spécialisé comme étant un lieu — c'est à 333.1, là — un lieu aménagé hors d'une installation, mais ça peut être un lieu partagé comme ça peut être un lieu exclusif. Le mot «lieu» ne nous rassure pas sur le fait que...

**M. Couillard:** C'est l'effet cumulatif des deux articles qui amène à l'exclusivité des lieux: d'abord le lien entre centre médical spécialisé et un lieu physique, et ensuite l'exclusivité qui est amenée par 333.3. Donc, comme on vient de me le dire fort élégamment, c'est la conjonction des deux articles qui établit le principe.

**Le Président (M. Copeman):** M. le député de L'Assomption.

**M. St-André:** M. le Président, j'aimerais qu'on nous explique l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie. Il dit quoi, l'article 19?

**M. Couillard:** Ah! Excusez, c'est les ententes entre le gouvernement, le système de santé et les médecins. En fait, ce que ça veut dire...

**M. St-André:** Donc, des cabinets privés?

**M. Couillard:** Non, *médecins participants*. En fait, on pourrait dire «médecins participants», mais on dit «soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article» parce que c'est comme ça qu'on les décrit dans d'autres textes de loi, notamment dans la loi de santé et services sociaux.

**M. St-André:** D'accord. Purement à titre informatif, là, les cabinets privés, est-ce que c'est régi par la loi ou par des règlements?

**M. Couillard:** C'est régi par les ententes entre le gouvernement et les médecins. Par exemple, lorsque les actes sont posés, ils n'ont pas le même tarif selon qu'ils sont posés en centre hospitalier ou en cabinet. Ça, c'est un exemple.

**M. St-André:** D'accord. Puis les honoraires qui sont versés par la Régie de l'assurance maladie, si ma mémoire est bonne, sont ajustés en fonction de si le médecin pose son acte dans un cabinet privé, c'est ça?

**M. Couillard:** Il existe...

**M. St-André:** Entre autres, il y a une portion qui prévoit le loyer des...

**M. Couillard:** C'est ce qu'on appelle la composante technique du tarif.

**M. St-André:** O.K. D'accord.

**Mme Charest (Rimouski):** Est-ce qu'elle va être modifiée avec la loi n° 33, la composante technique?

**M. Couillard:** Ça ne change rien. Ça ne change rien, il va encore y avoir des tarifs différents, pour un médecin participant, selon qu'il pose son acte dans un cabinet ou dans un centre hospitalier.

**Mme Harel:** Mais ils vont encore nous dire que...

**M. Couillard:** Pardon?

**Mme Harel:** Ils vont encore dire que ce n'est pas indexé au coût de la vie, la composante.

**M. Couillard:** Ah! Ça fait partie des nombreuses récriminations.

**M. St-André:** O.K. Donc, sur ces dispositions-là, le centre médical spécialisé, ça va fonctionner à peu près comme un cabinet privé, là, si je comprends bien.

**M. Couillard:** ...une exception qui est intéressante parce que, lorsqu'on est dans une clinique associée, on indique que le service est réputé comme étant rendu dans l'établissement.

**M. St-André:** C'est ça, oui. Ça, j'ai bien compris ça.

**M. Couillard:** Donc, à ce moment-là, le tarif n'est pas le tarif avec le facteur technique, est le même que si c'était à l'hôpital. C'est bien logique parce que le contrat d'association entre l'hôpital et la clinique va rémunérer la clinique pour ses frais de fonctionnement. Donc, on ne peut pas le faire deux fois.

**M. St-André:** Mais là on n'est pas rendus là. Mais je dois comprendre quand même que, ce que vous dites, puisqu'il va y avoir un contrat entre l'établissement puis la clinique affiliée, un contrat qui va être signé entre l'établissement puis la clinique privée: ces ententes-là pourraient prévoir que les tarifs seraient différents.

**M. Couillard:** Non, ils ne peuvent pas, ils ne peuvent pas parce que — vous allez voir quand on va être rendus à cet article-là — on indique que le service médical est réputé être rendu dans l'établissement, pour les fins de facturation. Donc, on ne pourra pas demander des tarifs différents. Et en fait le contrat, le contrat d'association, outre cette disposition légale, ne comprendra pas d'entente sur les tarifs. Il comprendra les ententes sur le coût unitaire de la chirurgie ou de la procédure, excluant les tarifs, le médecin continuant de les tarifier à la Régie de l'assurance maladie du Québec mais ne pouvant pas, dans le cadre d'une clinique associée, y ajouter le facteur technique que normalement il pourrait faire.

**Mme Charest (Rimouski):** ...payer par le ministère.

**M. Couillard:** Actuellement, c'est déjà payé par la Régie de l'assurance maladie du Québec, dans une clinique privée. N'importe quel acte qu'on pose dans une clinique privée s'accompagne d'un facteur technique de correction, qui est insuffisant, nous disent les médecins, mais qui est quand même là.

**M. St-André:** ...comprendre, ça me semble important, là, ce que vous dites. Un médecin qui va pratiquer dans un centre médical spécialisé affilié n'aura pas la composante technique.

**M. Couillard:** Pour les actes faisant l'objet du contrat. Ça veut dire que, si la clinique a un contrat pour faire de la cataracte...

**M. St-André:** Je peux-tu me permettre juste de poser une question comme ça? Alors, quel intérêt le médecin va avoir à signer un tel type d'entente avec l'établissement, à ce moment-là, si...

• (17 h 50) •

**M. Couillard:** Bien, l'intérêt est clair, parce que théoriquement son tarif supplémentaire de technique, là, dans un cabinet, ça lui sert à payer... nous, on dit une bonne partie, eux, ils disent une partie infime de leurs dépenses. En fait, ça va être plus intéressant pour lui parce qu'il est probable que le contrat d'association va beaucoup mieux refléter les dépenses réelles associées au fonctionnement de la clinique.

**Une voix:** Ils vont couper les dépenses.

**M. St-André:** Dans un cabinet privé, là, actuellement, il n'y a bien sûr que les médecins qui sont propriétaires.

**M. Couillard:** Il n'y a rien qui empêche d'autres personnes d'être propriétaires d'une clinique privée actuellement, à ce que je sache.

**M. St-André:** Ah! Ce n'est pas régi par une loi ou règlement, ça?

**M. Couillard:** Je ne pense...

(Consultation)

**M. Couillard:** Alors, c'est ça, déjà c'est comme... c'est-à-dire que théoriquement une clinique peut être la propriété d'une compagnie, là, sans même qu'il y ait de prescription actuellement sur le nombre de médecins qui doivent siéger à la direction, parce que la clinique, c'est un lieu physique qui peut être loué à des médecins qui pratiquent leur profession.

**M. St-André:** Donc, il n'y a aucune disposition qui prévoit, par exemple, dans un cabinet privé, comme on s'appête à le faire pour les centres médicaux spécialisés où le pourcentage du capital-actions est encadré... Dans un cabinet privé, finalement, une entreprise, un investisseur privé pourrait investir 100 % dans le capital-actions d'une...

**M. Couillard:** Il pourrait investir dans le lieu physique, c'est-à-dire que c'est déjà comme ça, là, pour l'exemple que donnait notre consœur plus tôt pour la grande chaîne d'alimentation. Théoriquement, il pourrait dire: Bien, moi, je suis propriétaire de tant de pieds carrés puis je vais louer ça à un groupe de médecins qui vont faire une clinique. D'ailleurs, il y a des cliniques privées dans toutes sortes de lieux, hein? On en a parlé abondamment, vous vous souvenez, avec le débat sur les loyers, d'ailleurs qui a été réactivé par le dépôt de l'excellent projet de loi de mon collègue ministre de la Justice sur la question.

**M. St-André:** Bon. Mais n'empêche que je reviens à ce que ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve posait comme question. Je regarde ça, puis, moi non plus, ça ne m'apparaît pas clair qu'un centre médical spécialisé composé de médecins participants et un centre médical spécialisé composé de médecins non participants, ça va être nécessairement des lieux séparés. Je comprends que clairement ce sont des entités juridiques différentes, mais ce n'est pas parce que c'est des entités juridiques différentes qu'ils ne pourront pas occuper les mêmes lieux.

**M. Couillard:** Si on n'avait pas l'article 333.1 et qu'on ne disait pas qu'un centre médical spécialisé est un lieu, effectivement cette confusion pourrait exister. Mais, comme on a l'article 333.1, avec 333.3 on fait la jonction entre le fait qu'un centre médical spécialisé est un lieu, premièrement, et que, deuxièmement, étant un lieu, il doit être exclusivement un lieu où pratiquent des médecins participants ou exclusivement un lieu où pratiquent des médecins non participants.

**M. St-André:** Mais je me fais l'avocat du diable, là, M. le Président, là. 333.1 dit: «Dans la présente loi, on entend par "centre médical spécialisé" un lieu aménagé hors d'une installation maintenue par un établissement...», puis là on comprend que c'est un établissement de santé et de services sociaux, comme un hôpital, par exemple. Alors ça, tout ce que ça dit finalement, c'est que c'est un lieu qui est à l'extérieur...

**Une voix:** D'un hôpital.

**M. St-André:** ...d'un établissement de santé...

**Une voix:** D'un CLSC, d'un...

**M. St-André:** ...mais ça ne dit pas que, sur un des lieux...

**Une voix:** C'est un lieu séparé.

**M. St-André:** ...on ne peut pas retrouver deux centres médicaux spécialisés, là. Je me fais l'avocat du diable un peu, peut-être, là, mais ça m'apparaît important justement en vertu du principe de l'étanchéité défendu par ma collègue, puis que vous partagez, là, si j'ai bien compris.

**M. Couillard:** Pourriez-vous reprendre votre question? Elle m'a échappé pendant que j'étais à la discussion. Je m'excuse, ce n'est pas par manque de respect, là, c'est que je voudrais vous répondre correctement.

**M. St-André:** Non, non, non. Je vais essayer d'être clair. 333.1 dit: «Dans la présente loi, on entend par "centre médical spécialisé" un lieu aménagé hors d'une installation maintenue par un établissement...», un établissement de santé, un hôpital par exemple. Donc, ça, tout ce que ça dit, c'est que le centre médical spécialisé doit être à l'extérieur de l'établissement de santé, mais ça ne dit pas en soi que deux centres médicaux spécialisés, deux entités juridiques différentes finalement, un participant, l'autre non participant, ne pourraient pas se retrouver dans un même lieu physique.

**M. Couillard:** Non, parce que ça, c'est dit à 333.3.

**M. St-André:** Bien, c'est parce que 333.3, en ce qui me concerne, tout ce que ça dit, c'est qu'un centre médical... ça fait une distinction claire entre deux entités juridiques différentes: un centre médical spécialisé de médecins participants, puis un centre médical spécialisé de non-participants. Ça, ce sont deux entités juridiques différentes, mais ça ne dit pas en soi que ça ne peut pas être dans un même lieu, parce que 333.1 dit simplement qu'un centre médical spécialisé doit être ailleurs que dans un hôpital.

**M. Couillard:** Il commence par dire que c'est un lieu. C'est ça qui est fondamental dans 333.1.

**M. St-André:** Oui, un lieu.

**M. Couillard:** Puis l'autre chose, c'est que, si on regarde à l'article 19 qui introduit 440 dans un amendement,

on indique que «le permis délivré à l'exploitant d'un centre médical spécialisé indique la forme sous laquelle le centre est exploité, les traitements médicaux spécialisés pouvant y être dispensés, l'adresse du lieu où il est exploité et, le cas échéant», etc. Donc, il y a non seulement un lien entre centre médical spécialisé et lieu, mais un lien entre lieu et adresse. Maintenant, l'adresse pourrait être: suite 101, suite 102, là, tu sais, c'est clair, là, comme déjà c'est le cas actuellement. Il ne faut quand même pas être exagéré dans les séparations géographiques, là. Mais je pense que la prescription législative est assez claire quant à l'exclusivité non seulement du type de médecin — vous avez entièrement raison — mais également de lieux différents avec adresses différentes.

**Mme Harel:** En fait, M. le Président, ce que le ministre nous dit, c'est qu'il faut lire le paragraphe deux de l'article 333.3 comme suit, là: «Un centre médical spécialisé est un lieu où exercent exclusivement des médecins non participants...» C'est comme ça qu'il faut lire les articles les uns par rapport aux autres, hein? Parce que ce que vous nous dites, c'est que c'est donc déjà défini à 333.1, et vous ne le reprenez pas. Parce que vous auriez pu le répéter en disant: «Un centre médical spécialisé est un lieu où exercent exclusivement...»

**M. Couillard:** Parce qu'on l'a déjà dit, donc on ne parle pas deux fois, on l'a déjà dit.

**Le Président (M. Copeman):** Avant d'entreprendre un nouvel article, je pense qu'on est mieux d'ajourner nos travaux, hein, chers collègues, je pense, dans les circonstances.

Alors, j'ajourne les travaux de la commission sine die. Pardon, excusez-moi, non, non, excusez-moi. J'ajourne les travaux de la commission jusqu'à demain, 9 h 30, afin d'effectuer un autre mandat. Merci.

*(Fin de la séance à 17 h 57)*