



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

CAS - 13 R
C.P. - P.L. 33
SERVICES DE SANTÉ

**RÉSUMÉ DU MÉMOIRE DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS
AUXILIAIRES DU QUÉBEC (OIIAQ) CONCERNANT LE PROJET DE LOI N° 33**

*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux
et d'autres dispositions législatives*

Commission des affaires sociales

Mardi, 17 octobre 2006

L'OIIAQ soumet encore bien humblement que, du strict point de vue juridique, l'introduction d'une garantie d'accès est suffisante pour se conformer aux exigences imposées par la décision du plus haut tribunal du pays. En effet, nous demeurons convaincus qu'une proposition gouvernementale d'amélioration de l'accès aux services afin de réduire les délais d'attente est et pourrait être une avenue tout à fait acceptable et qu'il n'était pas nécessaire de faire une ouverture, même partielle, en autorisant la souscription d'une assurance privée pour certaines chirurgies et ce, afin de se conformer au jugement rendu par la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli et Zélotis.

Cependant, nous signalons de nouveau que le projet de loi ne comporte aucune obligation pour le gouvernement de prendre des mesures plus concrètes pour « garantir » l'accès à un médecin spécialiste et à des soins post-opératoires à domicile dans un délai « raisonnable ».

De plus et même si l'Ordre a constaté que les dispositions du projet sont fidèles à certaines préoccupations exprimées par les groupes et organismes lors de la consultation du printemps dernier, il comporte des lacunes importantes comme l'absence d'enchâssement dans le cadre du projet de loi du délai maximal d'attente. Cet aspect du projet doit être bonifié pour les motifs indiqués à notre mémoire.

D'autre part, nous sommes relativement satisfaits des dispositions du projet de loi encadrant les activités des centres médicaux spécialisés (CMS). En regard des cliniques médicales associées (CMA), nous sommes aussi heureux de constater que pour assurer l'intégrité du système de santé et pour éviter d'aggraver la pénurie de personnel au sein du réseau de la santé notamment en regard des effectifs médicaux et infirmiers, le projet de loi exige que le ministre s'assure qu'une telle association ne se fasse pas au détriment « de la capacité de production du réseau public de santé de disposer de la main-d'œuvre requise pour son fonctionnement » et que le médecin a l'obligation de répondre à tous les besoins

et de remplir ses obligations envers l'établissement public qui lui reconnaît des privilèges et ce, avant de dispenser des services médicaux dans une CMA.

En terminant, nous estimons que toute privatisation additionnelle des services déjà offerts par notre système de santé, doit non seulement être précédée d'un vaste débat au sein de la population, mais aussi faire l'objet de discussions par tous les parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec et non par les seuls membres d'une commission parlementaire. Il s'agit ici d'une question de principe : soit favoriser la participation démocratique la plus large possible de la population et de tous les élus à des débats cruciaux pour notre système de santé.



Mémoire de l'OIIAQ
Projet de loi no 33 – Loi modifiant la
Loi sur les services de santé et des services sociaux
et d'autres dispositions législatives
Commission des affaires sociales
Mardi, 17 octobre 2006





Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

MÉMOIRE CONCERNANT LE PROJET DE LOI N° 33
*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux
et d'autres dispositions législatives*

Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du
Québec présenté à la Commission des affaires sociales
de l'Assemblée nationale du Québec le 17 octobre 2006

28 septembre 2006

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre	Titre	Page
Chapitre I	Introduction	2
Chapitre II	Les mécanismes de garantie d'accès à des services	3
Chapitre III	La centralisation de la gestion des listes d'attente	7
Chapitre IV	L'encadrement des centres médicaux spécialisés	8
Chapitre V	La contribution des cliniques médicales associées	10
Chapitre VI	La modification de l'article 11 de la <i>Loi sur l'assurance hospitalisation</i>	12
Chapitre VII	La modification de l'article 15 de la <i>Loi sur l'assurance maladie</i>	13
Chapitre VIII	La création d'un compte santé et services sociaux et d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie	14
Chapitre IX	Conclusion	15-16

I - Introduction

Nous voulons d'abord remercier les membres de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec de nous donner l'occasion de nous faire entendre dans le cadre de la présente commission parlementaire et de vous exposer notre position concernant le projet de loi n° 33 portant le titre *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*.

Cette présentation s'inspirera en partie, à tout le moins, des commentaires déjà formulés devant la présente commission le printemps dernier dans le cadre de notre mémoire concernant le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'efficience, d'équité et de qualité*.

Par le projet de loi n° 33, le gouvernement propose concrètement les moyens législatifs qu'il compte mettre de l'avant pour donner suite au jugement rendu par la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli et Zieliotis.

II - Les mécanismes de garantie d'accès à des services

Au même titre que plusieurs personnes qui ont comparu à l'étape précédente devant la présente commission, nous nous questionnons encore sur l'obligation du gouvernement du Québec de faire une ouverture, même partielle, en autorisant la souscription d'une assurance privée pour certaines chirurgies et ce, afin de se conformer au jugement rendu par la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli et Zélotis.

Nous soumettons encore bien humblement que du strict point de vue juridique, l'introduction d'une garantie d'accès, selon des modalités que nous commenterons un peu plus loin dans notre mémoire, est suffisante pour se conformer aux exigences imposées par la décision du plus haut tribunal du pays.

Même si certains en doutent, nous partageons l'avis de ceux qui soutiennent que l'ouverture même limitée aux assurances privées n'était pas nécessaire pour en arriver à une conformité. En effet, nous demeurons convaincus qu'une proposition gouvernementale d'amélioration de l'accès aux services afin de réduire les délais d'attente est et pourrait être une avenue tout à fait acceptable.

Quoiqu'il en soit, nonobstant cette réserve, nous estimons que le gouvernement devra d'abord et avant tout, prendre tous les moyens nécessaires pour remplir fidèlement la garantie d'accès proposée.

Cependant, nous signalons de nouveau que le projet de loi ne comporte aucune obligation pour le gouvernement de prendre des mesures plus concrètes pour « garantir » l'accès à un médecin spécialiste et à des soins post-opératoires à domicile dans un délai « raisonnable ».

Comme nous l'avons déjà indiqué dans notre mémoire précédent, des reportages ont mentionné que trop souvent, cette lourde responsabilité

incombe aux aidants naturels¹ qui comblent 80% des besoins en matière de services à domicile. Ce constat a récemment été fait par des chercheurs soulignant que les soins à domicile sont peu développés au Québec.²

De même, le projet de loi ne prévoit pas de texte ou de disposition comportant de façon expresse la mention d'un délai maximal en regard de la garantie d'accès alors que le document de consultation le prévoyait.³ Conséquemment, nous nous questionnons sur la forme que prend cette garantie d'accès dans le cadre du projet de loi.

Selon nous, il est opportun voire essentiel que le délai maximal soit inscrit à la loi étant donné que la garantie d'accès est justement proposée pour conférer un droit à la population. Cet enchâssement de la garantie à la loi pourrait mieux répondre ou remédier à des délais qui ont été déclarés comme attentatoires ou mettant en péril les droits reconnus par la *Charte des droits et libertés*⁴ suivant la décision de la Cour suprême.⁵

¹ Émission Enjeux, Radio-Canada. Selon le reportage, il appert que la grande majorité de ces aidants sont des femmes âgées de 35 à 64 ans.

² Louise-Hélène Trottier, André-Pierre Constandriopoulos et François Champagne, Dans le cadre du colloque : *Après le jugement Chaoulli : Les délais d'attente dans le système de santé*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal, p. 2.

³ *Garantir l'accès : un défi d'efficience, d'équité et de qualité*, p. 47 et 48. Le document mentionne qu'il s'agirait d'un délai maximum. D'autres délais médicalement acceptables seraient aussi applicables à l'égard de divers types de chirurgie. Dans sa lettre de présentation du document de consultation, le premier ministre parle de l'instauration d'une garantie (p. 3).

⁴ *Charte des droits et libertés de la personne*, chap. C-12, art. 1.

⁵ Rappelons sommairement que la Cour suprême a invalidé l'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie* et notamment déclaré que ces dispositions portaient atteinte aux droits à la vie et à l'intégrité prévus par l'article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec.

Cette approche s'inspirerait également de la situation existante en Grande-Bretagne où les garanties d'accès sont précisées et rendues publiques.⁶

Nous avons toutefois noté que le ministre s'est réservé un pouvoir d'intervention (PL, art. 16 introduisant l'article 431.2.) lui permettant de donner des directives et de prendre des mesures afin qu'un « service médical spécialisé » non disponible dans un délai d'attente raisonnable puisse être rendu dans un délai qu'il juge raisonnable. La notion de « service médical spécialisé » n'est pas définie par le projet de loi. Elle ne semble pas limitée aux trois chirurgies mentionnées dans le document de consultation.

Cependant et suivant ses remarques finales, le ministre a laissé sous-entendre que ce pouvoir particulier n'avait pas pour effet d'étendre formellement, à tout le moins pour le moment, la garantie d'accès à d'autres services que les trois chirurgies préalablement déterminées. Nous jugeons que le texte de l'article 431.2 devrait être revu pour définir plus clairement les chirurgies visées par la garantie d'accès ainsi que le pouvoir d'intervention du ministre lui permettant d'établir des mécanismes particuliers d'accès.

D'autre part, ce « délai raisonnable » n'est pas précisé. Devons-nous comprendre qu'il s'agit du premier délai de 6 mois ou du délai optimal de 9 mois indiqués au document de consultation ? Cette disposition nous semble vague et floue puisqu'elle ne précise pas un délai maximal pour l'ensemble des chirurgies visées par la garantie d'accès. La notion de « délai raisonnable jugé par le ministre » est reprise au 3^e alinéa de ce même article et la même remarque s'applique.

De plus, les moyens envisagés pour respecter la garantie d'accès sont décrits au 2^e alinéa de l'article 431.2. Ce n'est qu'à cette étape et lorsque le service n'est pas rendu dans un délai raisonnable, que le

⁶ Document de consultation, p. 39. Voir aussi le site Web du NHS - www.dh.gov.uk .

directeur des services professionnels doit proposer au patient une offre alternative de services. En principe, selon le document de consultation, le délai de 6 mois serait alors déjà expiré et ne serait plus jugé raisonnable.⁷

Dans une telle éventualité, le projet de loi (art. 431.2) confie alors au ministre de la santé et des services sociaux le pouvoir discrétionnaire d'assumer le coût de tout service obtenu par un patient auprès d'une autre ressource, soit un centre médical spécialisé ou un établissement de santé situé à l'extérieur du Québec. La portée de ce pouvoir ministériel ne semble cependant pas claire puisqu'il n'est pas expressément mentionné qu'il faut préalablement épuiser les autres moyens et excéder le délai jugé raisonnable pour y avoir recours.

⁷ Document de consultation, p. 48.

III - La centralisation de la gestion des listes d'attente

Nous voyons évidemment d'un très bon œil la centralisation des listes d'attente, initiative qui a été suggérée par plusieurs groupes et organismes. Elle représenterait un outil essentiel pour mieux gérer ces listes.

Ainsi, c'est par l'addition de l'article 185.1 à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* que chaque établissement ayant une mission de centre hospitalier devra prévoir, à même son plan d'organisation, l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés. Ce mécanisme déterminerait les modalités d'inscription du patient à une liste d'attente, la détermination de la date prévisible de son intervention et le mode de communication de cette date au patient. Ce mécanisme serait sous l'autorité d'un responsable relevant du directeur des services professionnels.

Le suivi de cette liste inscrit au deuxième alinéa de l'article 185.1 qui est assuré périodiquement par le directeur général, devrait, selon nous, obligatoirement prévoir la mise à jour continue de cette liste. Nous souhaitons que tel soit le cas étant donné que la disposition est silencieuse à cet égard. Les chefs de département ont la même responsabilité de s'assurer au sein de leur département, du respect des règles et modalités de fonctionnement du mécanisme central de l'accès aux services institué par l'article 185.1.

Nous comprenons également par l'effet d'une autre modification à la loi, que cette liste pourra faire l'objet d'ajustements en fonction des directives données par le ministre en vertu de l'article 431.2.

Par ailleurs, dans le but d'assurer l'étanchéité du système public et du système privé, l'article 10 du projet de loi prévoit une modification à la LSSSS interdisant à un établissement public ou un établissement privé conventionné, de louer ou de permettre l'utilisation de ses installations par un professionnel non participant au régime d'assurance maladie.

IV - L'encadrement des centres médicaux spécialisés

De nombreux intervenants ont exprimé des réserves voire des inquiétudes concernant l'encadrement des activités des centres médicaux spécialisés (CMS).

Les CMS qui sont des entités privées, sont officiellement reconnus par l'article 11 du projet de loi par l'introduction de l'article 333.1 à la LSSSS. La loi permet d'y réaliser les trois chirurgies déjà mentionnées dans le document de consultation ainsi que tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement du ministre. Les critères permettant au ministre de déterminer d'autres traitements médicaux sont indiqués au 2^e alinéa de l'article 333.1. Nous reviendrons un peu plus loin dans notre mémoire, sur les mécanismes applicables dans une telle éventualité.

Dans un autre ordre d'idées, nous sommes satisfaits de constater que la LSSSS tel qu'elle sera amendée, précisera les règles de propriété et d'exploitation d'un CMS. En effet, il est prévu que seul un médecin membre du Collège des médecins du Québec peut exploiter un CMS et que lorsqu'une personne morale ou une société l'exploite, elle doit être contrôlée par des médecins membres du Collège des médecins du Québec et qu'ils doivent même constituer la majorité du quorum de son conseil d'administration.

Répondant également à d'autres inquiétudes, le projet de loi mentionne aussi qu'un CMS ne peut être qu'un lieu où exercent des médecins soumis à une entente conclue en application de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* ou encore des médecins non participants en vertu de cette même loi. Cet établissement devra obtenir un permis (PL, art. 17 modifiant l'art. 437 de la LSSSS) dont le coût est temporairement fixé à 500 \$ par le projet de loi (art. 50). Ce permis d'une durée de 5 ans pourra cependant être renouvelé (PL, art. 21 modifiant l'art. 442 de la LSSSS),

mais il sera sujet à certaines sanctions, notamment la suspension ou la révocation (art. 446.1.).

De même, le projet de loi crée des infractions pénales pour certaines contraventions à la loi (PL, art. 21 ajoutant les articles 531.2. et 531.3 à la LSSSS).

Par ailleurs et conformément au document de consultation, le CMS devrait fournir, suite à la chirurgie, tous les autres services préopératoires et postopératoires découlant de cette chirurgie. Il en est de même pour tous les services de réadaptations requis.

Pour s'acquitter de cette dernière responsabilité, il est prévu que le CMS pourrait faire appel à une autre entité privée alors que cela n'a pas été prévu pour les services préopératoires et postopératoires. Dans les remarques finales du ministre, nous constatons que cette prestation peut être assurée directement ou indirectement.⁸

Est-ce que le CMS devra les assurer directement compte tenu du libellé du texte ? Ainsi, il serait possible que les examens préopératoires soient réalisés par une entreprise privée de même que les services de réadaptation et de soins à domicile. Le texte (1^{er} alinéa, 2^e phrase) semble laisser croire que le recours à cette pratique par le CMS serait uniquement permis pour les services de réadaptation et de soutien à domicile.

De plus, le CMS serait aussi soumis à l'obligation, dans un délai de trois ans du début de son exploitation, de se soumettre à la procédure d'agrément réalisée par un organisme reconnu par le ministre (PL, art. 11 introduisant l'article 333.4).

⁸ Commission des affaires sociales, Remarques finales de M. Philippe Couillard, ministre de la santé et des services sociaux, 7 juin 2006.

V - La contribution des cliniques médicales associées

L'article 12 du projet décrit la contribution des cliniques médicales associées (CMA). Cette clinique médicale est décrite comme étant :

- un cabinet privé de professionnels;
- un laboratoire;
- un centre médical spécialisé nouvellement reconnu en vertu du projet de loi (art. 333.3).

Dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de la région, il est maintenant prévu que l'agence de santé et de services sociaux du territoire peut proposer au ministre de la santé et des services sociaux une association entre un établissement qui exploite un centre hospitalier et une clinique médicale. Dans cette éventualité, l'agence est aussi partie de l'entente (art. 349.3.). Plusieurs dispositions du projet déterminent les liens qu'ils peuvent développer dans le cadre d'une telle association.

Nous sommes heureux de constater que pour assurer l'intégrité du système de santé et pour éviter d'aggraver la pénurie de personnel au sein du réseau de la santé notamment en regard des effectifs médicaux et infirmiers, l'article 12 du projet de loi (introduisant l'article 349.2) exige que le ministre s'assure qu'une telle association ne se fasse pas au détriment « de la capacité de production du réseau public de santé de disposer de la main-d'œuvre requise pour son fonctionnement ».

Le projet de loi va même jusqu'à exiger que ce type d'association soit développée en choisissant la clinique médicale offrant des services médicaux spécialisés selon le meilleur rapport qualité/coût (art. 349.2, 2^e alinéa). L'entente d'une durée maximale de 5 ans, doit obligatoirement prévoir divers éléments (art. 349.3 1^o à 7^o). Les services rendus sont

soumis à la procédure d'examen des plaintes (art. 349,3, 2^e alinéa) au même titre qu'un établissement public.

Cette entente peut être résiliée lorsque l'agence estime que la CMA ne s'acquitte pas de ses obligations conformément à l'entente ou dispense des services jugés non sécuritaires (art. 349.9). Il semble d'après la rédaction de cette disposition, que le droit de résiliation est conféré uniquement à l'agence et non à l'établissement de santé. Nous soumettons que ce droit de résiliation devrait aussi être reconnu à l'établissement d'autant plus que le ministre peut de son côté demander à l'agence de résilier l'entente pour les mêmes motifs que ceux mentionnés au premier alinéa de l'article 349.10.

De plus, les médecins qui exercent dans une CMA doivent avoir conclu une entente en vertu de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., chap. A-29) et ils ne peuvent dispenser des services qu'aux usagers qui lui sont référés par l'établissement auquel la CMA est associée (art. 349.5). Il y a aussi prohibition expresse pour cette dernière de réclamer des sommes autres que celles qu'un établissement public peut réclamer dans un pareil cas, à moins que l'entente ne précise le versement de sommes additionnelles.

De la même manière, nous constatons que le projet de loi (PL, art. 12 introduisant l'art. 349.7) encadre l'exercice médical en imposant au médecin la responsabilité de répondre à tous les besoins et de remplir ses obligations envers l'établissement public qui lui reconnaît des privilèges et ce, avant de dispenser des services médicaux dans une CMA.

Enfin, la CMA doit remettre à l'établissement auquel elle est associée une liste des médecins dispensant des services pour la CMA et tenir cette liste à jour (art. 349.8.).

VI - La modification de l'article 11 de la *Loi sur l'assurance hospitalisation*

Le projet de loi comporte une disposition modifiant l'article 11 de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* (L.R.Q., chap. A-28).

Nous comprenons que sauf pour une question de forme, la loi reconduit l'interdiction de maintenir un contrat d'assurance ou un régime d'avantages sociaux visant des services hospitaliers déjà assurés.

À l'exception de la modernisation du texte, nous avons noté que la prohibition vise plus spécifiquement l'assureur et que l'amende payable de 100 \$ en cas de contravention à cette loi, a été remplacée par le paiement d'une amende de 50 000 \$ à 100 000 \$. Nous sommes donc d'accord avec la reformulation du texte de l'article 11.

VII - La modification de l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie*

Il en est tout autrement de la modification envisagée à *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., chap. A-29) par l'article 40 du projet de loi (les articles 15 et 15.1 remplacent l'actuel article 15). Cette disposition autorise la conclusion d'un contrat d'assurance ou d'un régime d'avantages sociaux couvrant les services assurés pour effectuer les chirurgies spécifiquement mentionnées à la loi (arthroplastie-prothèse totale de la hanche ou du genou, une extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intra-oculaire ou tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement du ministre).

C'est par le biais de l'article 15.1 introduit à la LSSSS que le gouvernement, par règlement, pourra étendre l'autorisation de conclure un contrat d'assurance à d'autres traitements médicaux spécialisés. Nous comprenons qu'un tel règlement sera soumis à l'étude de la commission parlementaire compétente avant son adoption.

Comme nous l'évoquions en avril dernier devant la présente commission, nous maintenons qu'il serait souhaitable que tout autre élargissement des services médicaux pouvant être couverts par un contrat d'assurance ou un régime d'avantages sociaux, soit autorisé par un amendement spécifique à la LSSSS et non par le biais d'un règlement.

Nous estimons en effet que toute privatisation additionnelle des services déjà offerts par notre système de santé, doit non seulement être précédée d'un vaste débat au sein de la population, mais aussi faire l'objet de discussions par tous les parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec et non par les seuls membres d'une commission parlementaire, même si nous avons beaucoup de respect et de déférence pour ses membres.

VIII - La création d'un compte santé et services sociaux et d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie

Alors que ces hypothèses avaient été présentées dans le document de consultation, nous n'avons pas retrouvé dans le projet de loi des dispositions concernant la création d'un compte santé et services sociaux et d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie⁹.

En ce qui concerne d'abord la création d'un compte santé et services sociaux qui, nous l'avons compris, n'a aucune incidence financière, nous doutons que la mise en place d'un compte santé et services sociaux présenterait davantage de transparence, d'autant plus que le ministre de la santé peut à maintes occasions, lors de l'étude des crédits et dans le cadre de ses fonctions ministérielles, sensibiliser le public sur les coûts du système de santé et ses sources de financement.

En ce qui a trait à la création d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, les discussions du printemps dernier ne semblent pas avoir permis d'en appuyer l'idée. Nous croyons qu'il s'agit d'une bonne décision de l'écarter, compte tenu de la très grande réticence exprimée face à cette mesure.

Par souci d'une plus grande transparence et d'un meilleur contrôle des dépenses publiques, notre Ordre réitère que le MSSS devrait continuer à financer les coûts de fonctionnement du réseau de la santé, incluant les soins devant être dispensés aux personnes âgées, à même le Fonds consolidé du revenu de la province de Québec.

⁹ Document de consultation, p. 59, par. 6.6.

IX - Conclusion

De manière générale, l'Ordre a constaté que les dispositions du projet sont fidèles à certaines préoccupations exprimées par les groupes et organismes lors de la consultation du printemps dernier. Cependant, il comporte des lacunes importantes comme l'absence d'enchâssement dans le cadre du projet de loi du délai maximal d'attente. Cet aspect du projet doit être bonifié pour les motifs indiqués à notre mémoire.

Nous souhaitons également que ce projet de loi fasse l'objet d'une attention particulière, afin d'en assurer une stricte application surtout en regard du respect de la garantie d'accès. Il faut souligner que cela s'avère d'autant plus important que le gouvernement ne doit pas se vulnérable à d'autres poursuites basées sur les conclusions du jugement de la Cour suprême.

Comme le ministre de la Santé et des Services sociaux l'a aussi souligné dans ses remarques finales en juin dernier dans le cadre de la consultation préalable, nous insistons également sur l'importance d'utiliser de façon optimale les ressources financières et humaines du réseau de la santé. Cela implique nécessairement la modification des lois et pratiques pour reconnaître davantage la complémentarité et le travail en équipe interdisciplinaire des intervenants en santé, notamment les médecins, infirmières et infirmières auxiliaires.

Le Québec devra compter sur des ressources financières plus importantes pour faire face à ses nombreuses responsabilités dans le domaine de la santé. Il est à espérer que les discussions en cours avec le gouvernement fédéral lui procureront très prochainement des ressources additionnelles pour soutenir ses efforts en ce sens.

En terminant, nous estimons que toute privatisation additionnelle des services déjà offerts par notre système de santé, doit non seulement être précédée d'un vaste débat au sein de la population, mais aussi faire l'objet de discussions par tous les parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec et non par les seuls membres d'une commission

parlementaire. Il s'agit ici d'une question de principe : soit favoriser la participation démocratique la plus large possible de la population et de tous les élus à des débats cruciaux pour notre système de santé.

OIIAQ, 531, RUE SHERBROOKE EST, MONTRÉAL (QUÉBEC) H2L 1K2

