

Avis

Mémoire sur le projet de
loi n° 34, Loi modifiant
diverses dispositions
législatives concernant
les centres médicaux
spécialisés et les
laboratoires d'imagerie
médicale générale

Mai 2009

Le Conseil du statut de la femme est un organisme de consultation et d'étude créé en 1973. Il donne son avis sur tout sujet soumis à son analyse relativement à l'égalité et au respect des droits et du statut de la femme. L'assemblée des membres du Conseil est composée de la présidente et de dix femmes provenant des associations féminines, des milieux universitaires, des groupes socio-économiques et des syndicats.

Les membres du Conseil sont Christiane Pelchat, présidente, Francyne Ducharme, Roxane Duhamel, Marjolaine Étienne, Francine Ferland, Carole Gingras, Guylaine Hébert, Rakia Laroui, Ludmilla Prismy, Catherine des Rivières-Pigeon et Charlotte Thibault.

Coordination

Marie-Andrée Allard

Recherche et rédaction

Mariangela Di Domenico

Francine Lepage

Révision et soutien technique

Francine Bérubé

Éditeur

Conseil du statut de la femme

Direction des communications

800, place D'Youville, 3^e étage

Québec (Québec) G1R 6E2

Téléphone : 418 643-4326 ou 1 800 463-2851

Télécopieur : 418 643-8926

Internet : www.csf.gouv.qc.ca

Courrier électronique : publication@csf.gouv.qc.ca

Toute demande de reproduction totale ou partielle doit être faite au Service de la gestion des droits d'auteur du gouvernement du Québec à l'adresse suivante : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

ISBN : 978-2-550-56196-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-56197-2 (version électronique)

© Gouvernement du Québec

Ce document est imprimé sur du papier recyclé contenant 30 % de fibres postconsommation.

*T*ABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER – LES CMS COMME LIEU DE DISPENSATION DES TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS ASSURÉS : DES ZONES D’OMBRE ET DES INQUIÉTUDES QUI DEMEURENT ...	7
1.1 Interrogations sur les finalités du projet de loi n° 33	7
1.2 Les inquiétudes soulevées.....	8
1.2.1 Des conditions propices à l’imposition de frais afférents au détriment du principe d’équité dans l’accès aux soins	8
1.2.2 Les dangers associés au déplacement des traitements spécialisés ambulatoires vers des installations privées à but lucratif	9
1.2.3 L’ouverture à l’assurance privée duplicative.....	10
CHAPITRE II – UN CAS D’ESPÈCE : LES SERVICES D’AVORTEMENT	13
2.1 Le principe de l’accessibilité gratuite et universelle.....	14
2.1.1 La conversion des cliniques médicales en CMS.....	14
2.1.1.1 Confusion sur la gratuité des actes.....	14
2.1.2 La conversion des centres de santé des femmes en CMS.....	17
2.1.2.1 Leur spécificité	17
2.1.2.2 Les défis de la conversion des centres de santé des femmes.....	18
2.1.3 Considérations du Conseil du statut de la femme	19
2.2 Le principe de l’intégrité physique des femmes dans tous les types d’avortement.....	20
2.2.1 Avortement par médication et avortement par induction.....	20
2.3 La pérennité des services d’interruption de grossesse	22
CHAPITRE III – LE PROJET DE LOI N° 34 : UN RESSERREMENT SOUHAITABLE DES RÈGLES ENCADRANT LES CMS.....	25
3.1 Une responsabilité attribuée dorénavant à l’ensemble du gouvernement	25

3.1.1	Ce que prévoit le projet de loi n° 34.....	25
3.1.2	Commentaires du Conseil du statut de la femme	25
3.2	Un champ d’action mieux délimité pour les CMS	25
3.2.1	Ce que prévoit le projet de loi n° 34.....	25
3.2.2	Commentaires du Conseil du statut de la femme	26
3.3	Plus de pouvoir pour les médecins qui exercent leur profession dans le CMS et moins pour les investisseurs.....	26
3.3.1	Ce que prévoit le projet de loi n° 34.....	26
3.3.2	Commentaires du Conseil du statut de la femme	26
3.4	Les responsabilités de l’exploitant mieux précisées.....	26
3.4.1	Ce que prévoit le projet de loi n° 34.....	26
3.4.2	Commentaires du Conseil du statut de la femme	27
3.5	Pour les CMS et les laboratoires, un permis et un rapport d’activité annuel garants d’un meilleur contrôle gouvernemental	27
3.5.1	Ce que prévoit le projet de loi n° 34.....	27
3.5.2	Commentaires du Conseil du statut de la femme	28
3.6	Un droit d’hébergement limité pour les CMS avec médecins non participants	28
3.6.1	Ce que prévoit le projet de loi n° 34.....	28
3.6.2	Commentaires du Conseil du statut de la femme	28
3.7	Le maintien de l’étanchéité de pratique malgré la reconnaissance de certains privilèges	28
3.7.1	Ce que prévoit le projet de loi n° 34.....	28
3.7.2	Commentaires du Conseil du statut de la femme	29
CONCLUSION		31
LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME		33
BIBLIOGRAPHIE		35

INTRODUCTION

Le Conseil du statut de la femme est heureux de transmettre à la Commission des affaires sociales ses commentaires sur le projet de loi n° 34, Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale.

Le Conseil souhaite également revenir sur les enjeux que les nouvelles orientations législatives touchant l'organisation et le financement des soins de santé soulèvent pour l'ensemble de la société et pour la population féminine en particulier, puisque ce projet de loi se situe dans la lignée des modifications qui ont été adoptées à la suite du jugement de la Cour suprême dans l'Affaire Chaoulli-Zeliotis.

Rappelons que le Conseil s'est prononcé sur ces questions à diverses reprises ces dernières années par la voie d'un mémoire, de lettres et d'études¹. Dans ses écrits, le Conseil rappelle le profond attachement que la plupart des femmes éprouvent pour les principes à la base de notre système public de santé, un système universel, financé collectivement et dont l'accès est fonction des besoins et non du statut ou de la capacité financière. Pour le Conseil, la meilleure façon d'assurer des services accessibles et d'égale qualité pour l'ensemble de la population, quels que soient le patient et l'endroit où ils sont dispensés, est que toutes et tous, nantis comme défavorisés, aient accès aux mêmes services hospitaliers et médicaux, dans les mêmes lieux de pratique et dans les mêmes conditions, dans le cadre du système public de santé.

Le Conseil se demande donc si les dispositions de la loi, qui accréditent une nouvelle catégorie d'installations de type privé et à but lucratif – les centres médicaux spécialisés (CMS) – comme lieu de dispensation des traitements médicaux spécialisés et qui mettent en place des conditions propices à un accroissement éventuel du financement privé en santé, sont de nature à fragiliser les principes qui sont à la base de notre système public. Seront-elles défavorables aux femmes qui requièrent des soins pour assurer leur santé reproductive ou en raison de leur longévité tout en disposant, souvent, d'un revenu inférieur à celui des hommes, à celles qui assument un rôle d'aidante auprès de leurs proches ou, encore, aux travailleuses qui forment la grande majorité de la main-d'œuvre du secteur de la santé et des services sociaux?

¹ Conseil du statut de la femme, *Mémoire sur le document de consultation Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, [recherche et rédaction : Francine Lepage], Québec, le Conseil, avril 2006, 54 p.
Conseil du statut de la femme, *Lettre au président de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi n° 33*, 11 septembre 2006, 7 p.
Conseil du statut de la femme, *Lettre au ministre de la Santé et des Services sociaux sur le projet de règlement sur les centres médicaux spécialisés*, 15 janvier 2008, 6 p.
Conseil du statut de la femme, *Lettre au ministre de la Santé et des Services sociaux sur le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé En avoir pour notre argent*, 18 avril 2008, 10 p.
Conseil du statut de la femme, *Pour en avoir « vraiment » pour notre argent : un système public de santé – Réflexion sur le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé En avoir pour notre argent*, [recherche et rédaction : Francine Lepage], Québec, le Conseil, mai 2008, 29 p.
Conseil du statut de la femme, *L'avortement au Québec : état des lieux au printemps 2008 – Étude*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], Québec, le Conseil, septembre 2008, 53 p.

La question des services d'avortement est également abordée parce qu'elle est emblématique au regard des enjeux identifiés. En effet, le cas des services d'avortement illustre pertinemment les manquements du réseau public qui, pour parer à ses insuffisances, a dû s'appuyer historiquement sur des cliniques médicales privées à but lucratif et à but non lucratif.

Dans son mémoire, le Conseil fait part, d'abord, des zones d'ombre et des inquiétudes qui subsistent malgré la présentation du projet de loi n° 34 à la suite de l'adoption du projet de loi n° 33, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, et du Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé. Le Conseil s'interroge, entre autres, sur la place qui sera réservée aux CMS comme lieu de dispensation des traitements spécialisés assurés et sur les conséquences d'un recours à ces installations privées à but lucratif sur le régime public.

Le Conseil se penche, ensuite, sur les services d'avortement. Il examine le nouvel encadrement juridique et médical qui est proposé et se questionne sur les garanties offertes en termes de qualité, d'accessibilité, de gratuité et de pérennité des services.

Enfin, le Conseil traite du projet de loi n° 34. Il souligne les améliorations qu'il recèle et les commente.

CHAPITRE PREMIER

LES CMS COMME LIEU DE DISPENSATION DES TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS ASSURÉS : DES ZONES D'OMBRE ET DES INQUIÉTUDES QUI DEMEURENT

Pour le Conseil, les modifications législatives adoptées à la suite du jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis comportent des zones d'ombre qui soulèvent des inquiétudes en dépit du dépôt du projet de loi n° 34.

1.1 INTERROGATIONS SUR LES FINALITÉS DU PROJET DE LOI N° 33

Pour tenter d'y voir plus clair, il est utile de retracer le fil des initiatives gouvernementales. Dans son livre vert *Garantir l'accès*², le gouvernement proposait un plan d'amélioration de l'accès aux services qui reposait sur l'offre d'une garantie d'accès aux services, une ouverture à l'assurance duplicative limitée à trois actes au départ et un recours à un certain nombre de cliniques spécialisées affiliées dans le cadre de la garantie d'accès. En outre, il s'engageait à donner suite au jugement de la Cour suprême en respectant l'objectif prioritaire du maintien d'un système public universel et équitable.

Avec le projet de loi n° 33 qui a suivi, le gouvernement a institué un mécanisme de garantie d'accès dans le secteur hospitalier et reconnu une nouvelle catégorie d'installations, les CMS, comme lieu de dispensation exclusif pour les traitements médicaux spécialisés offerts à l'extérieur d'un établissement public. De plus, le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé a défini, pour ces nouvelles installations, un champ d'action qui s'étend à une cinquantaine de traitements spécialisés, soit bien au-delà des trois actes prévus à la Loi, certains de ces traitements faisant partie du panier des services assurés, d'autres non.

On comprend qu'il était nécessaire de mieux encadrer, légalement et médicalement, la pratique des cliniques spécialisées et des médecins qui offrent des services médicaux non couverts par le régime public. Cependant, faute de s'appliquer uniquement aux médecins non participants et aux services non assurés, ces nouvelles dispositions ont mis en place des conditions favorables au développement, à l'extérieur des établissements publics, d'infrastructures privées à but lucratif aptes à dispenser toute une gamme de chirurgies spécialisées assurées. Il ne s'agit plus de simples cabinets de médecins, mais bien d'installations munies de plateaux techniques qui sont autorisées par règlement à faire diverses interventions spécialisées comme la mastectomie, la dilatation et le curetage, l'hystérectomie vaginale simple, la chirurgie bariatrique, les chirurgies à des fins de transsexualisme, etc. Le lien entre ce champ d'action relativement vaste imparti aux CMS et l'objectif initial – qui était d'instaurer progressivement un mécanisme de garantie d'accès à l'intérieur de chaque établissement hospitalier, en commençant par certains traitements ciblés – est alors loin d'être évident.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité – Document de consultation*, Québec, le Ministère, février 2006, 63 p.

Pour l'instant, on ignore la place qu'occuperont les CMS dans le secteur de la santé dans un proche avenir et dans le futur. Le Conseil verrait d'un mauvais œil que de plus en plus de traitements spécialisés assurés soient dispensés, à l'extérieur des établissements publics, dans des installations privées à but lucratif. En effet, s'il faut saluer les avancées médicales et techniques qui permettent de traiter efficacement un plus grand volume de patients sous un mode ambulatoire, cette évolution dans les façons de faire ne doit pas avoir pour effet de modifier fondamentalement la nature de notre régime de santé, fondé sur la gestion publique, l'intégralité, l'universalité et l'accessibilité des services. Le Conseil croit donc qu'il faut limiter la sortie des traitements médicaux spécialisés assurés des établissements publics. Dans la section suivante, il expose les principales inquiétudes qui justifient cette prise de position.

1.2 LES INQUIÉTODES SOULEVÉES

1.2.1 DES CONDITIONS PROPICES À L'IMPOSITION DE FRAIS AFFÉRENTS AU DÉTRIMENT DU PRINCIPE D'ÉQUITÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS

Ce nouveau cadre de dispensation des traitements médicaux spécialisés offre-t-il toutes les garanties que le principe d'équité dans l'accès aux soins sera respecté?

Le gouvernement a fait la promotion des CMS en annonçant que, pour le patient traité par un médecin participant, il n'en coûterait pas plus cher que s'il avait été soigné à l'hôpital. Le projet de loi n° 33 adopté précise bien que les sommes d'argent qui peuvent être réclamées aux patients traités en CMS dans le cadre d'une entente de clinique médicale associée sont celles qui auraient été normalement exigées en établissement (art. 349.5, LSSSS³). Ce patient bénéficiera de plus des mêmes recours qu'en établissement public (art. 349.3, LSSSS).

Toutefois, de telles garanties (coûts et recours identiques) ne sont pas prévues dans la Loi pour le patient dont l'intervention en CMS n'aura pas fait l'objet d'une telle entente avec un établissement public. De plus, le gouvernement ne s'est pas engagé, non plus, à ce que toutes les interventions en CMS dispensées par des médecins participants fassent l'objet d'une entente (art 333.1, LSSSS), même si la Loi lui permettait de le faire.

Dans ces circonstances, le patient soigné dans un CMS hors entente par un médecin participant se verra-t-il réclamer des frais importants pour un traitement qui lui était offert auparavant gratuitement dans un centre hospitalier? Le transfert, de l'hôpital vers le CMS, sera-t-il l'occasion de privatiser une partie du financement des traitements médicaux spécialisés? Au-delà des frais présentement autorisés en clinique (pansements et produits anesthésiants), qui paiera pour les coûts d'établissement et les autres frais en CMS (coûts d'infrastructure et d'équipement, frais administratifs, rémunération du personnel infirmier, coût des tests et des examens radiologiques habituellement non couverts à l'extérieur d'un établissement public, etc.) dans le cas des interventions

³ Loi sur les services de santé et les services sociaux.

effectuées hors entente si le Ministère ne devait s'engager, pour l'essentiel, qu'à défrayer l'acte professionnel du médecin participant?

On sait que le gouvernement n'a pas permis aux cliniques d'imposer de nouveaux frais pour l'instant et que certaines cliniques qui facturaient des frais non autorisés ont été rappelées à l'ordre par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Toutefois, il semble bien que la pratique de réclamer des frais significatifs est toujours présente dans le cas de certains traitements reçus hors entente. Par exemple, est-il normal qu'une patiente traitée par un médecin participant dans une clinique spécialisée ait à payer la somme de 400 \$ pour une chirurgie à un tunnel carpien? Cette perspective que l'utilisateur ait à défrayer une partie des coûts pour les traitements reçus en CMS hors entente n'est pas à écarter du revers de la main si l'on considère, de plus, une modification qui a été introduite dans la version finale du projet de loi n° 33 (art. 44)⁴.

Pour le Conseil, il ne faudrait pas que l'imposition de frais aux patients traités en CMS hors entente mène à un système de santé à deux vitesses – un système dans lequel l'État, en déboursant pour l'acte médical lui-même, subventionnerait les services des patients qui sont en mesure de payer de tels frais, leur permettant ainsi de passer avant ceux qui attendent d'être référés par un établissement public. Pour le Conseil, le recours à la chirurgie d'un jour ne saurait justifier une entorse aux principes d'universalité et d'accessibilité.

1.2.2 LES DANGERS ASSOCIÉS AU DÉPLACEMENT DES TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS AMBULATOIRES VERS DES INSTALLATIONS PRIVÉES À BUT LUCRATIF

La Loi définit les CMS comme des lieux détenus et exploités majoritairement par des médecins investisseurs. Le rôle des CMS sera-t-il marginal ou assisterons-nous, notamment dans les régions les plus peuplées, à un transfert important des interventions d'un jour, des installations publiques vers ces lieux privés de pratique? Il pourrait en résulter une différence dans les conditions d'accès aux services sur le territoire qui serait difficilement explicable⁵.

Par ailleurs, on sait que les progrès et les gains de productivité en santé dans l'avenir emprunteront beaucoup la voie de la chirurgie et des traitements ambulatoires. Il ne serait donc pas souhaitable que le gouvernement s'en remette largement à l'initiative, au leadership et à l'expertise des médecins investisseurs et autres actionnaires pour le

⁴ Selon notre interprétation, cette modification introduite avant l'adoption du projet de loi n° 33 pourrait avoir pour effet d'annuler la portée du jugement Bénard du 17 août 2006 qui a conduit au remboursement, par l'assurance maladie, des frais afférents qui avaient été imposés à des patientes ayant eu recours à des services d'avortement en clinique privée. À ce propos, consultez, au chapitre 2 du présent mémoire, le point 2.1.1.1 Confusion sur la gratuité des actes.

⁵ Il semble que les CMS se développeront surtout dans les grands centres urbains, notamment dans la région montréalaise. Il ne faudrait pas qu'un traitement différencié entre les patients s'instaure en fonction de leur lieu de résidence, ceux des milieux moins peuplés continuant d'être soignés sans frais en centre hospitalier et ceux des grandes villes étant plus souvent traités en CMS moyennant le paiement de frais afférents.

développement de ce secteur de pointe. Outre une certaine perte de contrôle et d'expertise pour le réseau public, le Conseil identifie d'autres effets négatifs potentiels :

- situation où les deniers publics servent à développer et à rentabiliser un secteur privé à but lucratif en santé, avec ses effets possibles sur les fonds attribués aux établissements publics et les coûts globaux du système;
- conditions propices à l'exercice d'une vive concurrence de la part des CMS pour le recrutement de la main-d'œuvre spécialisée en santé avec le risque d'accentuer la pénurie d'effectifs et la lourdeur de la tâche dans le réseau public, les pressions sur la rémunération et celles en faveur de la mixité de pratique pour les médecins, sans égard aux problèmes d'équité soulevés;
- risque que les médecins propriétaires des CMS soient partagés entre le meilleur intérêt des patients et la rentabilisation de leurs investissements;
- accroissement prévisible des difficultés inhérentes à la coordination des services de santé et à la répartition des ressources humaines et financières sur le territoire et entre les différentes installations (établissements publics, CMS avec entente, CMS sans entente, CMS fonctionnant avec des médecins non participants).

1.2.3 L'OUVERTURE À L'ASSURANCE PRIVÉE DUPLICATIVE

Rompant avec le passé, le projet de loi n° 33 a autorisé la vente d'assurance privée duplicative pour trois traitements médicaux spécialisés lorsqu'ils sont dispensés en CMS par des médecins non participants, une ouverture qui pourra être étendue, par règlement, à d'autres traitements par la suite. De plus, le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé accorde aux CMS fonctionnant avec des médecins ayant un statut de non-participant le droit exclusif d'héberger leurs patients.

Bien qu'une extension de l'assurance duplicative à d'autres traitements ne semble pas à l'ordre du jour pour l'instant, une niche de marché, réservée aux médecins non participants, a été créée. On peut imaginer que, dans des conditions favorables, une offre de services médicaux et hospitaliers à but lucratif, parallèle à celle du réseau public, pourrait se développer au profit de ceux qui sont en mesure de payer. Par exemple, si une situation budgétaire difficile devait amener le Ministère à réduire le temps d'accès des médecins participants aux blocs opératoires et aux plateaux techniques et provoquer un allongement important des listes d'attente, certains d'entre eux pourraient trouver avantageux de se retirer du régime public. Dans une telle situation, la levée de toute interdiction concernant la vente d'assurance privée duplicative et de contrat de régimes collectifs favoriserait sans aucun doute un accroissement de l'offre privée des services de santé.

Selon le Conseil, le gouvernement doit se garder de favoriser directement ou indirectement le développement d'un secteur privé à but lucratif en santé qui serait

parallèle au secteur public. Un tel secteur, qui serait accessible principalement aux mieux nantis, pourrait en amener un certain nombre à se désolidariser du système public de santé, financé collectivement, ce qui risquerait de le fragiliser. On pourrait alors assister à une hausse totale des dépenses en santé, mais sans qu'il y ait un accroissement correspondant de l'offre globale de soins. Un tel système dual serait défavorable à la majorité des femmes et à l'ensemble de la société.

Afin que le système de santé s'inscrive sans ambiguïtés dans le respect des principes d'équité dans l'accès aux soins et de solidarité dans le financement public des services, le **Conseil du statut de la femme recommande :**

- 1. Que le gouvernement mise avant tout sur les cliniques externes des hôpitaux et sur les centres ambulatoires publics ou à but non lucratif pour la dispensation des traitements médicaux spécialisés assurés par le régime public.**
- 2. Que le gouvernement veille à ce que tous les traitements médicaux spécialisés assurés offerts en CMS par des médecins participants fassent l'objet d'une entente afin que le lieu de l'intervention n'ait pas d'effets notables sur le coût dévolu au patient et les recours dont il dispose.**
- 3. Que le gouvernement n'élargisse d'aucune façon la portée de la loi et du règlement concernant l'assurance privée duplicative ou les régimes collectifs d'avantages sociaux.**

Le chapitre suivant traite des services d'avortement qui illustrent bien les difficultés d'un réseau public qui n'a pu répondre de façon satisfaisante à tous les besoins.

CHAPITRE II

UN CAS D'ESPÈCE : LES SERVICES D'AVORTEMENT

Lorsque transposées à la question de la dispensation des services d'avortement, les préoccupations et les interrogations qui se dégagent de l'analyse précédente du Conseil sont loin de se résorber, mais tendent plutôt à se renforcer.

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

- inégalité et disparité régionales des ressources du réseau public;
- lenteur des établissements publics à organiser des services : ce n'est qu'au début des années 2000 que les régions des Laurentides et de la Chaudière-Appalaches ont mis en place des services d'avortement alors que dans l'Outaouais, seule la ressource privée communautaire les dispense, bien qu'il y ait six centres hospitaliers et cinq CLSC sur ce territoire;
- rôle complémentaire des cliniques médicales privées à but lucratif et à but non lucratif moyennant des déboursés d'argent de 40 \$ à 350 \$ pour un avortement de 1^{er} trimestre, et ce, jusqu'au 14 janvier 2008;
- fragilisation de la prestation des services d'avortement quand survient un bris d'équipement ou une pénurie de personnel dans une région où seul un établissement dispense ces services.

Bref, les citoyennes québécoises ont eu des services d'avortement qui n'ont pas toujours été assortis d'une accessibilité gratuite et universelle, pas plus qu'elles n'ont eu ces services dispensés dans le même type d'installation et aux mêmes conditions. Cette situation accablante dure maintenant depuis 40 ans.

Comme le prévoit la Loi, à partir du 1^{er} octobre 2009, sans égard au type d'anesthésie utilisé, les interruptions de grossesse, à moins d'être dispensées dans un centre hospitalier, devront obligatoirement l'être dans un CMS. Les avortements ne pourront donc plus être pratiqués dans les quatre cliniques médicales⁶ ni dans les trois centres de santé des femmes⁷ qui les font présentement à moins que ces lieux de pratique ne se convertissent en CMS.

⁶ Ces cliniques médicales privées à but lucratif sont toutes sises sur le territoire de l'Île de Montréal et sont : la Clinique médicale Fémina, la Clinique médicale de L'Alternative, la Clinique Morgentaler et la Clinique médicale L'envolée.

⁷ Les trois centres de santé des femmes sont des organismes communautaires privés à but non lucratif; il s'agit de la Clinique des femmes de l'Outaouais, du Centre de santé des femmes de la Mauricie et du Centre de santé des femmes de Montréal, respectivement sis dans les villes de Gatineau, de Trois-Rivières et de Montréal.

À défaut d'augmenter l'offre de services d'avortement dans le réseau public, le Conseil souhaite que la dispensation des services d'avortement dans ces nouvelles installations se situe dans la continuité des principes⁸ fondamentaux auxquels le Québec a souscrit en matière de santé reproductive : l'accessibilité gratuite et universelle des services et le droit des femmes à leur intégrité physique.

2.1 LE PRINCIPE DE L'ACCESSIBILITÉ GRATUITE ET UNIVERSELLE

2.1.1 LA CONVERSION DES CLINIQUES MÉDICALES EN CMS

Pour le Conseil, s'appuyer sur le principe de l'accessibilité gratuite et universelle invoqué dans les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* donne la garantie que la conversion en centres médicaux spécialisés des quatre cliniques médicales qui dispensent présentement des services d'avortement ne renverra pas les femmes à la situation discriminante qui prévalait avant le 14 janvier 2008. En effet, leur enlever et les priver de l'entière gratuité qui a été consentie aux avortements lorsque dispensés en cliniques médicales sous prétexte que ces installations se convertiraient en CMS serait carrément impossible à justifier.

En effet, jusqu'au 14 janvier 2008, les quatre cliniques médicales⁹ ont réclamé des montants s'élevant jusqu'à 350 \$ dans le cas des avortements de 1^{er} trimestre. Ces montants étaient exigés pour couvrir les frais d'échographie et des produits anesthésiants, mais servaient également à couvrir des frais de fonctionnement et d'administration de la clinique médicale et ceux attribuables aux services professionnels infirmiers ou autres.

Or, la mise sur pied d'un centre de coordination des avortements de 1^{er} trimestre, en 2007, afin d'assurer la garantie d'accès jointe aux ententes conclues de gré à gré avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a permis d'allouer des quotas d'actes aux quatre cliniques médicales; ce faisant, les femmes n'ont plus aucuns frais à déboursier pour leur avortement dans ce type d'installation.

2.1.1.1 CONFUSION SUR LA GRATUITÉ DES ACTES

Aussi perfectibles que devront devenir les quotas d'actes afin de répondre pleinement aux besoins des femmes en services d'avortement, le Conseil s'interroge néanmoins s'ils

⁸ Ces principes sont ceux de la politique québécoise en matière de planification des naissances, énoncée en 1972, et ont été actualisés dans les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* de 1995.

⁹ Rappelons que ces quatre cliniques médicales sont des lieux de pratique privée à but lucratif, en ce sens que les avortements sont faits hors des installations des centres hospitaliers ou des CLSC qui appartiennent et qui sont exploités par des médecins participant au régime public, c'est-à-dire qui facturent la Régie de l'assurance maladie du Québec les divers codes d'acte liés à l'avortement puisqu'il fait partie du panier des services assurés. Ces professionnels décident donc de leur marche à suivre et du développement de leurs cliniques qui, au cours des années, sont même devenues des lieux de formation par préceptorat pour les médecins qui le souhaitent.

seront transférés *ipso facto* dans les CMS qui détiendront un permis pour pratiquer des interruptions de grossesse. Autrement dit, les femmes auront-elles encore accès à ces services de base gratuitement lorsque dispensés en CMS ou devront-elles assumer les frais accessoires et les frais d'établissement? La gratuité des avortements qui est effective depuis le 14 janvier 2008 dans les quatre cliniques médicales cessera-t-elle le 1^{er} octobre 2009, soit au moment où elles œuvreront en tant que CMS? La gratuité des services d'avortement aura-t-elle quelque 20 mois ou est-elle une réalité permanente?

Pour le Conseil, cette perspective que les femmes aient de nouveau à payer des frais dans le cas des avortements effectués dans un CMS hors entente n'est pas à éliminer du revers de la main. D'une part, la LSSSS prévoit la possibilité de conclure des ententes avec l'exploitant d'un cabinet privé de professionnels ou un CMS afin de devenir une clinique médicale associée seulement en autant que le médecin qui dispense des services dans cette clinique ou dans ce CMS soit préalablement titulaire d'une nomination lui permettant d'exercer dans un centre hospitalier¹⁰. Comme à l'heure actuelle, nombre de médecins généralistes qui dispensent les services d'avortement en clinique médicale ne répondent pas à ce critère, comment se concluront les ententes pour la gratuité de ces services?

D'autre part, le Conseil considère que la modification apportée dans la version finale du projet de loi n° 33 sur la relation entre les actes assurés et ceux non assurés (article 44 du projet de loi n° 33 qui modifie l'article 22 du règlement de la Loi sur l'assurance maladie) aurait pour conséquences d'annuler et d'invalider la portée du jugement Bénard, du 17 août 2006.

Rappelons que ce jugement de la Cour supérieure a attiré l'attention sur les frais afférents liés aux avortements lorsqu'ils sont effectués dans les cliniques médicales et au Centre de santé des femmes de Montréal. À la question : « Les femmes qui, depuis 1999, doivent déboursier des sommes pour avoir accès à un avortement au Québec ont-elles droit à un remboursement? » le tribunal a condamné le gouvernement du Québec à payer aux femmes la somme de 10,8 millions de dollars plus les intérêts accumulés depuis la date¹¹ de la signification de la requête autorisant l'Association pour l'accès à l'avortement à exercer un recours collectif.

Parmi les motifs de ce jugement, un en particulier établissait qu'un acte médical, même non assuré comme l'ultrasonographie (échographie) lorsque pratiqué hors d'un établissement public, parce qu'il est consubstantiel à l'avortement qui, lui, est assuré au sens de la Loi sur l'assurance maladie, devient assuré. De plus, un autre motif faisait valoir que les services d'anesthésie en vertu de l'alinéa s) de l'article 22 de la Loi sur l'assurance maladie excluent tout service d'anesthésie s'il est offert sur un acte non assuré; or, comme l'avortement est assuré, l'anesthésie est donc couverte.

¹⁰ Se référer aux articles sur les fonctions reliées aux services des cliniques médicales associées, en particulier les articles 349.1 et 349.6 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

¹¹ La date de référence est le 1^{er} mai 2002.

Bref, pour le tribunal, tout acte consubstantiel de l'avortement devient couvert lorsqu'il est requis pour pratiquer un acte assuré comme l'avortement. Par conséquent, le coût supplémentaire réclamé aux femmes englobe, dans les faits, le service médical qu'est l'avortement qui, lui, est un service assuré.

Alors que la décision gouvernementale de ne pas interjeter appel de ce jugement, en septembre 2006, laissait présumer l'avènement de la gratuité des services d'avortement en clinique médicale et au Centre de santé des femmes de Montréal, tel n'a pas été pourtant le cas. D'ailleurs, une période de confusion s'est installée entre ce moment et celui de l'adoption de la version définitive du projet de loi n° 33, le 13 décembre 2006; en effet, pendant ces quelques mois, les intentions du gouvernement entourant l'issue de la gratuité des services d'avortement en clinique médicale n'ont pas été claires jusqu'au moment où, *in extremis*, le ministre de la Santé et des Services sociaux a rompu son silence lors des derniers échanges¹² intervenus à l'Assemblée nationale sur l'adoption du projet de loi n° 33.

Ainsi, pendant ces débats, le ministre de la Santé et des Services sociaux a précisé que certaines modifications apportées à la version définitive du projet de loi n° 33 comblaient le vide juridique laissé par le récent jugement de la Cour supérieure sur l'interruption de grossesse et sur la relation entre les actes assurés et non assurés lorsqu'ils sont pratiqués dans un contexte extérieur au centre hospitalier. En effet, une de ces modifications au projet de loi n° 33 que le ministre a mises de l'avant est celle qui est contenue dans l'article 44, lequel établit ceci : « Un service non assuré ou un service non considéré comme assuré est réputé demeurer un service non assuré ou un service non considéré comme assuré même s'il est requis avant la dispensation d'un service assuré, lors de sa dispensation ou à la suite de celle-ci. »

En fait, la réponse du gouvernement au jugement de la Cour supérieure a restreint l'interprétation avancée par le tribunal mais, du même souffle, le ministre a pris soin d'affirmer que l'accès à l'avortement sera libre et gratuit en clinique privée pourvu que les femmes y soient dirigées par le réseau public.

Les modalités de la Loi créent un contexte dans lequel l'issue de la gratuité des avortements, lorsque effectués en CMS, est incertaine; conséquemment, il importe au Conseil qu'elle soit précisée le plus rapidement possible, car cette lacune place les femmes devant les trois situations suivantes :

- ou les avortements seront entièrement payés par le régime public lorsqu'ils seront effectués en CMS conformément à une entente ou conformément à l'obligation qui sera faite aux femmes d'être référées par le réseau public par l'entremise du Centre de coordination des avortements de 1^{er} trimestre;

¹² Extraits des débats de l'Assemblée nationale du 12 décembre 2006 à 0 h 30 sur le projet de loi n° 33 : prise en considération du rapport de la Commission des affaires sociales qui en a fait l'étude détaillée et qui a transmis les amendements.

- ou les avortements seront partiellement payés par le régime public lorsqu'ils seront effectués en CMS hors entente par des médecins participant au régime public et rétribués par la RAMQ, mais où des frais accessoires importants devront être acquittés, comme cela a toujours été le cas dans les cliniques médicales, jusqu'à très récemment;
- ou, encore, les avortements seront entièrement payés par les femmes lorsqu'ils seront offerts dans un CMS où pratiquent des médecins qui ne participent pas au régime public.

2.1.2 LA CONVERSION DES CENTRES DE SANTÉ DES FEMMES EN CMS

2.1.2.1 LEUR SPÉCIFICITÉ

Autant le statut juridique des cliniques médicales se prête à leur conversion en CMS, autant celui des trois centres de santé des femmes nous semble incompatible à une telle transformation.

En effet, le Centre de santé des femmes de Montréal, le Centre de santé des femmes de la Mauricie et la Clinique des femmes de l'Outaouais sont trois organismes privés du réseau communautaire¹³ à but non lucratif incorporés en vertu de la 3^e partie de la Loi sur les compagnies. Chaque centre de santé des femmes est une personne morale dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisatrices des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert.

Dans les trois centres de santé des femmes, les médecins qui y pratiquent des avortements le font sur une base qui, bien que régulière, reste ponctuelle, et ont un statut qui s'apparente à celui de « travailleur autonome ». Depuis 1995, par entente, les médecins qui pratiquent des avortements dans les centres de santé communautaire de femmes ne sont plus soumis à une réduction de leurs honoraires lorsqu'ils atteignent leur plafond trimestriel¹⁴. La gratuité des services d'avortement à la Clinique des femmes de l'Outaouais a été effective dès 1995 et quelques années plus tard, en 1999, à la Centre de santé des femmes de la Mauricie. Leur financement est assuré par des ententes faites de gré à gré avec leur agence respective qui subventionne leurs activités de fonctionnement et leurs services professionnels par l'entremise du programme de soutien aux organismes communautaires. Le même mode de financement prévaut aussi pour le Centre de santé des femmes de Montréal, mais la demande d'avortement est telle que l'enveloppe réservée est insuffisante et fait en sorte que les femmes ont payé, jusqu'au 14 janvier 2008, un montant autour de 40 \$.

¹³ Se référer à l'article 334 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

¹⁴ Contrairement aux prescriptions contenues à l'annexe 9, articles 5 et 5.4, de l'entente intervenue avec les omnipraticiens intitulée *Conditions d'application des tarifs*.

En plus, à maintes occasions, le Conseil a fait valoir que les interventions faites par les centres de santé des femmes s'inscrivent à l'intérieur d'une approche globale et multidisciplinaire de la santé dans laquelle les dimensions « sociétales » aussi bien que personnelles des phénomènes sociosanitaires sont prises en considération. Visant l'autonomie reproductive des femmes, ces centres ont développé des façons de faire différentes de celles du réseau public, entre autres, en matière de planification des naissances, d'interruption de grossesse de 1^{er} trimestre, d'autosanté, de dépistage et de traitements des infections transmises par le sang; ils ont, par le fait même, contribué à diversifier passablement la gamme des services traditionnellement offerts aux femmes.

2.1.2.2 LES DÉFIS DE LA CONVERSION DES CENTRES DE SANTÉ DES FEMMES

Comme l'a montré la section précédente de notre mémoire, aucune des caractéristiques d'un CMS ne s'accorde avec le statut privé à but non lucratif des centres de santé des femmes :

- D'abord, la LSSSS, amendée à la suite de l'adoption du projet de loi n° 33, donne à ces nouvelles installations un statut privé à but lucratif, ce qui est un changement majeur; ensuite, elle les définit comme des lieux qui doivent être détenus et exploités majoritairement par des médecins investisseurs. Or, les médecins travaillant au centre de santé utilisent les installations de l'organisme communautaire sans en être ni les actionnaires ni les propriétaires. Selon quelles modalités un médecin non investisseur pourra-t-il emprunter les installations et y travailler?
- Au-delà de cet imbroglio juridique à devoir démêler, qu'advient-il de la gestion participative et collective du centre? Cette question a tout son sens, car les règles applicables aux CMS prévoient que, si un tel centre est exploité par une personne morale ou par une société, les affaires de ce centre doivent être administrées par un conseil d'administration ou un conseil de gestion interne, selon le cas, formé majoritairement de médecins membres du Collège des médecins du Québec qui doivent en tout temps constituer la majorité du quorum d'un tel conseil. Y aura-t-il une place pour la participation collective des membres du Centre de santé des femmes de Montréal et de ses travailleuses? Ou leur participation sera-t-elle confinée dans les activités autres que celles qui sont liées à l'avortement? Quel sort sera réservé à l'approche globale en matière de santé des femmes si la pratique de l'avortement devient le fait du seul CMS?
- De plus, comme tout CMS doit aussi nommer un médecin comme directeur général, la rentabilisation de l'investissement privé en avortement peut devenir une priorité au lieu que ce soit le développement d'approches nouvelles en matière de contraception, d'éducation ou de prévention auprès de groupes particuliers. Si seule la prestation des services d'avortement était régie par entente, les autres activités du centre de santé continueraient-elles d'être subventionnées?

- Enfin, si la conversion des centres de santé des femmes en CMS implique aussi des nouvelles normes pour les équipements ou pour les aménagements de salles, comment donc ces organismes communautaires répondront à ces obligations? Le Conseil estime qu'à l'heure actuelle, les centres de santé des femmes n'ont pas les ressources financières pour se réorganiser matériellement et qu'il appartient au gouvernement de les soutenir monétairement dans ces changements.

Par ailleurs, devant l'éventualité que les trois centres de santé des femmes ne puissent se convertir en CMS, cela signifiera que l'offre de services d'avortement diminuera d'autant. En 2006, ces ressources ont pris en charge presque 8 % des avortements de Montréal (1 057), la totalité des avortements de l'Outaouais (1 376) et 52 % de ceux de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec (482). C'est presque 3 000 (2 915) avortements qui devront être redistribués. Pour la région de l'Outaouais, cela veut dire qu'elle risque de se retrouver sans ressource en avortement; or, à l'heure actuelle, le réseau public, qu'il soit en Outaouais ou ailleurs, est incapable d'améliorer son offre de services, faute de ressources.

2.1.3 CONSIDÉRATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

De l'avis du Conseil, la conversion des cliniques médicales et des centres de santé des femmes en CMS arrive dans un contexte où de lourdes incertitudes n'ont pas été levées : que ce soit celle de la gratuité ou de la non-gratuité des actes médicaux en CMS ou que ce soit celle de la difficile, voire irréaliste, mutation exigée des organismes communautaires.

Aussi, le Conseil juge qu'il serait outrageant qu'à la faveur d'une nouvelle transformation du réseau de la santé et des services sociaux, la société québécoise se retrouve devant les mêmes problèmes qui ont caractérisé la pratique de l'avortement depuis 40 ans, et ce, en dépit du jugement Bénéard qui a statué sur la gratuité des avortements lorsque pratiqués hors des centres hospitaliers.

Afin de résorber les imprécisions et les incertitudes de la loi actuelle, le **Conseil du statut de la femme recommande :**

- 4. Que le gouvernement exclue les centres de santé des femmes offrant présentement des services d'avortement de l'obligation de se convertir en centres médicaux spécialisés, tout en prévoyant un permis encadrant les services d'avortement qui y sont dispensés.**
- 5. Que le gouvernement veille à ce que les services d'avortement soient accessibles partout au Québec et entièrement gratuits pour tout l'épisode de soins, quel que soit le type d'installation où ils sont dispensés par des médecins participants.**
- 6. Que, conséquemment, la conversion en centres médicaux spécialisés des cliniques privées offrant présentement des services d'avortement n'entraîne l'imposition d'aucuns frais pour les femmes.**

2.2 LE PRINCIPE DE L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE DES FEMMES DANS TOUS LES TYPES D'AVORTEMENT

Comme il a eu l'occasion de le préciser précédemment, le Conseil est convaincu que les mécanismes d'encadrement des CMS, leurs règles précises de fonctionnement et leurs obligations clairement établies sont garants d'une plus grande sécurité des personnes et, en ce sens, le principe de l'intégrité physique des femmes qui recourent à l'avortement se trouve renforcé. Malgré cet avantage, le Conseil reste néanmoins perplexe devant le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé qui assimile l'interruption de grossesse à une chirurgie gynécologique et à un traitement spécialisé; il n'y a pas si longtemps, en 1995, les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* identifiaient les interruptions de grossesse comme des services de base de première ligne et la National Abortion Federation, qui est l'organisme de contrôle et de référence aux États-Unis, les désigne non pas comme des avortements chirurgicaux, mais bien comme des avortements par aspiration/succion.

Jusqu'à présent, l'avortement est un acte médical pratiqué par des médecins généralistes lorsque fait hors d'une installation hospitalière et requiert un plateau technique léger, tel qu'en fait état les lignes directrices émises par le Collège des médecins du Québec en 2004. Dans son état des lieux de 2008 sur la question de l'avortement, le Conseil faisait valoir que l'interruption de grossesse a un caractère qui présente une certaine urgence parce l'âge gestationnel est un facteur déterminant dans le choix des méthodes abortives et, conséquemment, sur le bien-être des femmes.

En 2006, la presque totalité (98 %)¹⁵ des 28 198 grossesses de 1^{er} et de 2^e trimestre ont été interrompues par des méthodes reconnues pour être légères comme la dilatation-aspiration, la dilation-évacuation chirurgicale et l'extraction menstruelle; l'anesthésie locale du bloc cervical ou du bloc paracervical est le premier choix de même que la sédation consciente, alors que l'anesthésie péridurale ou rachidienne est suggérée si l'âge gestationnel est avancé.

2.2.1 AVORTEMENT PAR MÉDICATION ET AVORTEMENT PAR INDUCTION

Par ailleurs, outre ces méthodes abortives sous anesthésie, en 2006, on a utilisé la méthode d'induction par voie veineuse ou intra-utérine dans un peu plus de 2 % des avortements de 14 semaines et plus¹⁶; c'est une solution de rechange à l'approche chirurgicale que la Corporation des médecins conseille d'utiliser pour des grossesses de 20 semaines et c'est une méthode qui requiert une hospitalisation de quelques jours.

Une autre méthode de rechange à l'approche chirurgicale, différente de l'induction, est l'avortement par médication : au printemps 2008, au Québec, deux centres hospitaliers et un cabinet médical pratiquent des avortements médicaux à l'aide de méthotrexate et

¹⁵ Toutes les statistiques sur la fréquence des avortements sont extraites de : Conseil du statut de la femme, *L'avortement au Québec : état des lieux au printemps 2008 – Étude, op. cit.*

¹⁶ Le découpage des statistiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec ne permet pas d'établir les stades de gestation avec plus de précisions.

de misoprostol, seule combinaison permise au Canada, alors que celle du mifépristone (mieux connue par la désignation RU 486¹⁷) et du misoprostol¹⁸ est interdite. Les deux sont reconnues pour être des médicaments abortifs utilisés pour interrompre des grossesses précoces de 49 jours; à ce stade de gestation, le taux de réussite des deux combinaisons est de 95 % alors qu'il chute à 82 % si elles sont prises entre le 50^e et le 56^e jour de grossesse. Ces avortements se chiffrent approximativement à 250¹⁹ et correspondent plus ou moins à 1 % de l'ensemble des avortements pratiqués dans chacun de ces trois établissements. Sous prétexte que la RAMQ n'a pas encore assigné un code d'acte à l'avortement médical, les femmes continuent malheureusement encore aujourd'hui d'en assumer les frais. Actuellement, les femmes qui choisissent l'avortement médical doivent déboursier un montant de 350 \$.

Or, à la lecture du Règlement sur les traitements spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé, on ne peut dire précisément si ce dernier prévoit inclure aussi les avortements par médication et par induction. Cette situation préoccupe le Conseil, car il se demande si ces actes médicaux seront exclus des mécanismes de contrôle et du financement gratuit.

S'il est soustrait à l'obligation d'être effectué en CMS, l'avortement médical sera aussi soustrait à l'encadrement prévu dans ce type d'installation. Cela veut donc dire que ces avortements pourront se faire dans tout cabinet médical du réseau privé qui le souhaite; or, quels seront les mécanismes d'inspection mis en place afin de vérifier s'il y a respect des protocoles reconnus comme ceux élaborés par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ou par la National Abortion Federation, dont celui intitulé *Medical Management of Abortion*? Cette situation pose aussi toute la question des coûts que les femmes vont devoir défrayer si elles recourent à un avortement médical.

Est-ce qu'une clinique médicale ou un CMS pourra exiger des sommes d'argent pour un avortement médical, soit un avortement non prévu au Règlement? Pourquoi un traitement différencié pour ce type d'avortement et pourquoi les femmes qui y recourent n'ont-elles pas droit aux mécanismes de protection mis en place pour les avortements chirurgicaux?

En 2006, 590 avortements ont été effectués par induction toutes méthodes; des 2 263 avortements réputés de second trimestre (14 semaines et plus), les avortements induits en représentent un peu plus du quart (26 %). Ce n'est donc pas un phénomène si

¹⁷ Le traitement à base du RU 486 est en usage aux États-Unis depuis 1994, en Europe depuis 1988 et dans plusieurs pays de l'Asie depuis les années 1990. Cette méthode d'interruption de grossesse connaît une augmentation importante d'utilisatrices. En France, les avortements médicaux représentaient 38 % de l'ensemble des avortements en 2003 et 42 % l'année suivante. En Angleterre, ils augmentent de façon continue : ils représentaient 5 % de l'ensemble des avortements en 1995 et dix ans après, en 2005, 24 %. En Écosse, 59 % de tous les avortements de 2005 étaient médicaux, alors que c'était le cas de 16 % en 1992.

¹⁸ À noter que la combinaison mifépristone-misoprostol est permise par la Federal Food and Drug Administration des États-Unis, alors que cette instance de régulation n'autorise l'emploi du misoprostol seul que pour la prévention des ulcères.

¹⁹ Cette approximation est conséquente au fait que certains avortements médicaux donnent lieu à des avortements chirurgicaux.

marginal. Aussi, même si peu probable, le silence entourant les lieux de pratique désignés pour les avortements induits pourrait conduire à une situation dans laquelle des médecins non participants qui, maintenant, ont obtenu le droit d'héberger leurs patientes en CMS pourraient techniquement offrir l'avortement par induction. Seul le refus de délivrance d'un permis pour ce type d'avortement est, à ce moment-ci, garant qu'une telle pratique ne peut se mettre sur pied.

Compte tenu de l'ambiguïté qui résulte de l'imprécision quant aux lieux désignés pour effectuer les avortements par médication et ceux par induction, le **Conseil du statut de la femme recommande** :

7. **Que le ministère de la Santé et des Services sociaux établisse un protocole d'encadrement de la pratique des avortements par médication et par induction et en assure la pleine gratuité.**

2.3 *LA PÉRENNITÉ DES SERVICES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE*

Le Conseil souhaiterait que les réponses qui soient apportées dorénavant par le gouvernement ne tiennent plus ni de l'aléatoire ni du ponctuel mais qu'au contraire, elles visent une pérennité véritable et effective des services d'avortement. Or, le Conseil observe aujourd'hui que le développement des services d'avortement hors des établissements publics risque encore une fois d'être disparate.

D'abord, il est à prévoir que les CMS s'implanteront davantage dans des milieux urbains; ce seront sans doute les Montréalaises qui seront traitées différemment. Ensuite, mentionnons que si les quotas d'actes sont transférés aux CMS, l'offre disponible dans ces nouvelles installations se limitera aux quotas d'actes négociés. Or, ce qui inquiète le Conseil, c'est que si la demande de services est plus forte que l'offre, la possibilité que l'accessibilité à ces services soit réduite est bien réelle.

Pour le Conseil, il est urgent que l'État enlève tous les obstacles et toutes les contraintes qui nuiraient à l'accessibilité à l'avortement en vertu des droits fondamentaux de liberté, d'égalité, de sécurité et d'intégrité conférés par les chartes canadienne et québécoise. Aussi, dans un Québec moderne, il trouve très préoccupant qu'un tel service soit, premièrement, assujéti non seulement à des ententes négociées de gré à gré, mais de surcroît à très court terme entre les cliniques médicales, les centres de santé des femmes et leur agence de la santé respective et, deuxièmement, qu'un tel service soit financé à même le programme de soutien aux organismes communautaires.

Le Conseil se montre particulièrement critique à l'endroit de l'instabilité sur laquelle reposent des services qui, de son avis, sont incontournables pour l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes. De plus, cela crée un climat d'incertitude et d'insécurité qui marginalise l'acte médical qu'est l'avortement et qui, par le fait même, en restreint l'accessibilité.

Notre mémoire a permis de mettre de l'avant les valeurs et les principes qui prévalent en matière de santé reproductive; il en ressort que le Conseil est confiant qu'en bout de piste, ce seront eux qui nous guideront dans la recherche de solutions permanentes et équitables pour les femmes.

Le Conseil trouve important de rappeler qu'en défrayant les coûts de leur avortement depuis le début des années 1970, en raison de l'incapacité du réseau public à leur dispenser (comme le montre, entre autres, le jugement de la Cour supérieure), les femmes ont subi une injustice profonde et ont dû affronter un système à deux vitesses bien avant tout le monde au Québec, et ce, sans soulever la protestation des plus fervents défenseurs du réseau public. Pour le Conseil, cette situation est le reflet de la discrimination systémique subit par les femmes.

À simple titre indicatif, le prix défrayé pour les avortements de 1^{er} trimestre pratiqués entre la seule période allant de 1999 à 2005 a été chiffré à 10 860 556 \$ par la Cour supérieure dans le cadre du recours collectif. Il y a là une injustice historique que même le remboursement des frais dans le cadre du recours collectif ne réussit pas à aplanir.

À bien des égards, cette situation illustre aussi, avant le fait, certaines dérives d'un système de santé ne répondant pas aux besoins spécifiques de sa population. Le Conseil a eu l'occasion de faire valoir que les Québécoises sont attachées à leur système de santé et de services sociaux où le besoin détermine l'accès aux services et non la capacité de payer ou le statut. Lorsqu'il examine l'organisation des services d'avortement et leur dispensation, il reformulerait cette affirmation en y ajoutant « qu'elles y sont attachées envers et contre tout », car il doit se rendre à l'évidence que le réseau public les a mal desservies et leur a été même préjudiciable.

CHAPITRE III

LE PROJET DE LOI N° 34 : UN RESSERREMENT SOUHAITABLE DES RÈGLES ENCADRANT LES CMS

Dans le troisième et dernier chapitre de ce mémoire, le Conseil analyse le contenu du projet de loi n° 34 sur lequel se penche actuellement la Commission des affaires sociales, sans revenir sur les problèmes qui ont été identifiés dans le chapitre précédent en matière de services d'avortement. Le Conseil approuve, dans l'ensemble, le contenu de ce projet de loi n° 34 parce qu'il resserre les règles de fonctionnement des cliniques spécialisées qui deviendront des CMS et en précise mieux le champ d'action et les obligations. Il attire l'attention sur sept points.

3.1 UNE RESPONSABILITÉ ATTRIBUÉE DORÉNAVANT À L'ENSEMBLE DU GOUVERNEMENT

3.1.1 CE QUE PRÉVOIT LE PROJET DE LOI N° 34

Ce n'est plus le ministre, mais bien le gouvernement, qui aura dorénavant la responsabilité de déterminer les traitements médicaux spécialisés qui peuvent être dispensés dans un CMS (art. 1) et ceux qui peuvent être couverts par un contrat d'assurance ou un régime d'avantages sociaux (art. 27).

3.1.2 COMMENTAIRES DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Le Conseil approuve ce transfert de responsabilité, du ministre de la Santé et des Services sociaux à l'ensemble des membres du gouvernement, sur des matières qui sont loin de faire l'unanimité dans la société. En effet, le Conseil croit qu'un recours important à des lieux privés à but lucratif comme les CMS pour la dispensation des traitements médicaux spécialisés assurés et qu'une extension de l'assurance privée duplicative fragiliseraient le système public de santé et affaibliraient les principes d'universalité et d'accessibilité sur lesquels il s'appuie. Pour le Conseil, avant toute ouverture additionnelle, il y a donc lieu de faire appel à la réflexion et à la discussion de tous les membres du gouvernement sur ces questions, au lieu de s'en remettre seulement au ministre de la Santé et des Services sociaux.

3.2 UN CHAMP D'ACTION MIEUX DÉLIMITÉ POUR LES CMS

3.2.1 CE QUE PRÉVOIT LE PROJET DE LOI N° 34

Comme le prévoyait la première version du projet de règlement sur les traitements médicaux spécialisés, le projet de loi n° 34 propose de revenir à une liste fermée des traitements pouvant être dispensés dans un CMS. De plus, un article précise que les traitements médicaux spécialisés non prévus au règlement ne pourront être offerts que

dans un établissement exploité par un centre hospitalier (art. 2). Mentionnons que le règlement édicté le 18 juin 2008 fait plutôt référence à une définition ouverte.

3.2.2 COMMENTAIRES DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Avec le changement proposé, l'ajout d'un nouveau traitement à la liste de ceux qui peuvent être dispensés en CMS nécessitera l'adoption d'un règlement. Il y aura donc une prépublication du projet de règlement dans la *Gazette officielle du Québec*. Pour le Conseil, le processus sera plus transparent et démocratique puisqu'il permettra aux personnes concernées et à la population d'être informées des intentions gouvernementales, d'en discuter et de faire parvenir leurs commentaires au ministère responsable avant que la décision ne soit entérinée, le cas échéant.

3.3 PLUS DE POUVOIR POUR LES MÉDECINS QUI EXERCENT LEUR PROFESSION DANS LE CMS ET MOINS POUR LES INVESTISSEURS

3.3.1 CE QUE PRÉVOIT LE PROJET DE LOI N° 34

Le conseil d'administration ou le conseil de gestion interne du CMS doit être formé en majorité de médecins exerçant leur profession dans le centre, et non plus simplement de médecins membres du Collège des médecins (art. 3).

Le directeur médical du CMS doit être choisi parmi les médecins exerçant dans le centre (art. 5) ou dans le laboratoire d'imagerie médicale générale (art. 19), et non plus simplement parmi les médecins membres du Collège des médecins.

Les actionnaires d'une personne morale ou les associés d'une société qui exploite un CMS (art. 3) ou un laboratoire d'imagerie médicale générale (art. 17) ne peuvent, par convention, restreindre le pouvoir des administrateurs de cette personne morale.

3.3.2 COMMENTAIRES DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Ces modifications sont souhaitables selon le Conseil. En effet, il y a tout lieu de croire que la sécurité des patients et la qualité des soins dispensés seront mieux assurées si les décisions les touchant sont prises par les médecins qui pratiquent dans le CMS ou le laboratoire plutôt que par les investisseurs.

3.4 LES RESPONSABILITÉS DE L'EXPLOITANT MIEUX PRÉCISÉES

3.4.1 CE QUE PRÉVOIT LE PROJET DE LOI N° 34

L'exploitant, et non seulement le directeur médical, doit s'assurer que les services médicaux dispensés dans le CMS (art. 4) ou dans un laboratoire d'imagerie médicale générale (art. 18) respectent les standards de qualité et de sécurité généralement

reconnus (art. 4). On précise également que le directeur médical assume ses responsabilités sous l'autorité de l'exploitant (art. 5 et art. 19).

L'exploitant d'un CSM qui opère avec des médecins non participants doit offrir, directement ou par l'intermédiaire d'une ressource privée, tous les services préopératoires et les services postopératoires reliés à la chirurgie ou au traitement médical spécialisé offert, à l'exclusion des complications, ainsi que tous les services de réadaptation et de soutien à domicile nécessaires au complet rétablissement du patient. De plus, le coût des services médicaux obtenus ne peut être assumé par la RAMQ (art. 6); les services rendus dans ce cadre par un laboratoire sont considérés comme des services non assurés par l'assurance maladie (art. 35).

3.4.2 COMMENTAIRES DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Le Conseil souscrit aux changements proposés. Les premiers définissent mieux les responsabilités de l'exploitant. Les seconds précisent les obligations du médecin non participant, qui est responsable, directement ou indirectement, de tout l'épisode de soins et des conséquences en découlant pour le patient. Sauf dans le cas de complications, le patient qui requiert les services d'un médecin non participant devra recevoir tous ses soins en dehors du système public et défrayer la totalité des coûts engendrés par l'intervention. Pour le patient, le recours à un médecin non participant pourra apparaître ainsi moins intéressant que dans la situation où une partie des coûts des soins pouvait être assumée par le système public. Conséquemment, on peut penser que la demande pour les services d'un médecin non participant sera moins forte que s'il en était autrement. L'attrait d'un statut de non-participant risque ainsi d'être réduit, ce qui ne peut que favoriser la rétention des médecins dans le système public de santé au profit du plus grand nombre.

3.5 POUR LES CMS ET LES LABORATOIRES, UN PERMIS ET UN RAPPORT D'ACTIVITÉ ANNUEL GARANTS D'UN MEILLEUR CONTRÔLE GOUVERNEMENTAL

3.5.1 CE QUE PRÉVOIT LE PROJET DE LOI N^o 34

Les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un CMS doivent être précisés au permis (art. 7). Les types d'examen d'imagerie médicale générale qui sont autorisés en laboratoire d'imagerie seront précisés par règlement du ministre (art. 16); le permis d'un laboratoire devra préciser les types d'examen qui peuvent y être effectués (art. 21).

L'exploitant d'un CMS doit remettre au ministre et à l'agence, à chaque année, un rapport complet de ses activités de l'année précédente (art. 8).

Le médecin n'a pas le droit d'être rémunéré en vertu du régime d'assurance maladie du Québec pour un service assuré qu'il a fourni dans un CMS exploité sans permis ou dont le permis a été révoqué ou non renouvelé, sauf s'il s'agit d'activités professionnelles permises dans un cabinet de professionnels. Il en va de même pour le médecin qui

pratique dans un laboratoire d'imagerie médicale générale exploité sans permis ou dont le permis a été révoqué ou non renouvelé (art. 27).

3.5.2 COMMENTAIRES DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Avec ces modifications, le gouvernement pourra avoir une connaissance plus précise de la nature et du volume des services qui sont dispensés dans les CMS et les laboratoires et de la main-d'œuvre qui y travaille. Il sera ainsi en mesure d'exercer un meilleur contrôle et une meilleure évaluation de leurs activités, ce qui semble essentiel étant donné le rôle capital qu'il doit assumer au regard de la planification des services et de la répartition des ressources humaines et financières dans le réseau et sur l'ensemble du territoire.

3.6 UN DROIT D'HÉBERGEMENT LIMITÉ POUR LES CMS AVEC MÉDECINS NON PARTICIPANTS

3.6.1 CE QUE PRÉVOIT LE PROJET DE LOI N° 34

Le permis d'un CMS où exercent des médecins non participants ne peut indiquer un nombre de lits supérieur à cinq (art. 9).

3.6.2 COMMENTAIRES DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

On sait que les CMS avec médecins non participants ont, contrairement à ceux qui font appel à des médecins participants, le droit d'héberger leurs patients. Comme le Conseil ne souhaite pas qu'un réseau de petits hôpitaux privés à but lucratif se développe parallèlement au réseau public, le Conseil approuve cette modification à la Loi visant à limiter la capacité d'hébergement permise dans ces CMS.

Il reste que les CMS avec médecins non participants ont la possibilité de transférer leurs patients dans des centres de convalescence et de réhabilitation privés après l'intervention. De plus, des médecins exerçant dans la région montréalaise ont à leur disposition un hôpital privé bien équipé de 17 lits qui a pu, pour des raisons historiques, conserver son permis de centre hospitalier, obtenu en 1973. De ce fait, la limite suggérée de cinq lits, bien que valable, apparaît quelque peu théorique.

3.7 LE MAINTIEN DE L'ÉTANCHÉITÉ DE PRATIQUE MALGRÉ LA RECONNAISSANCE DE CERTAINS PRIVILÈGES

3.7.1 CE QUE PRÉVOIT LE PROJET DE LOI N° 34

Le projet de loi n° 34 ne modifie pas la règle générale d'étanchéité de pratique qui s'applique aux médecins exerçant en CMS selon laquelle un CMS fonctionne uniquement avec des médecins participants ou uniquement avec des médecins non participants. Cependant, le projet de loi propose de permettre, à certaines conditions, au médecin participant qui dispensait des services dans une clinique médicale spécialisée

où pratiquaient des médecins non participants de continuer d'y exercer sa profession, même si cette clinique est devenue un CMS avec médecins non participants.

Cette reconnaissance ne pourra être demandée que si le médecin participant, le 31 décembre 2007, travaillait dans un CMS où le nombre de médecins non participants était égal ou supérieur à celui des médecins participants (art. 30). Elle ne vaudra que pour le médecin en question et ne pourra être cédée. Elle ne sera accordée que dans les cas où l'exploitant du CMS a obtenu son permis le 30 septembre 2009 au plus tard. De plus, les services médicaux rendus dans ce CMS par ce médecin participant seront considérés comme ayant été dispensés par un médecin non participant au sens de la Loi sur l'assurance maladie et ne seront donc pas remboursés par le régime public. Enfin, le médecin en question devra continuer à remplir toutes ses responsabilités s'il est rattaché à un hôpital (art. 31).

3.7.2 COMMENTAIRES DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Le Conseil est en accord avec toutes les restrictions proposées. Elles paraissent essentielles si l'on veut favoriser vraiment une étanchéité de pratique entre les CMS avec médecins participants et les CMS avec médecins non participants.

Au-delà de la reconnaissance de privilèges évoquée plus haut, on comprend que les médecins participants ne pourront plus offrir des traitements médicaux spécialisés dans des CMS fonctionnant avec des médecins non participants, que ces traitements fassent partie ou non du panier des services assurés. On comprend également qu'un médecin non participant ne pourra pas exercer sa profession dans un CMS faisant appel à des médecins participants. On comprend, enfin, qu'un médecin participant travaillant en CMS pourra y dispenser des services médicaux faisant ou non partie du panier des services assurés, pourvu que ceux-ci soient inscrits au permis du CMS.

En résumé, tout en demeurant circonspect quant au rôle que les CMS seront appelés à jouer comme lieu de dispensation des traitements médicaux spécialisés assurés, le Conseil approuve les précisions et les resserrements proposés par le projet de loi n° 34. Selon le Conseil, ces modifications circonscrivent mieux le champ d'action des CMS et leurs responsabilités, notamment en ce qui a trait aux CMS fonctionnant avec des médecins non participants. De plus, elles rendent possible un meilleur contrôle gouvernemental sur les activités des CMS.

Dans le but de resserrer les dispositions de la loi, le **Conseil du statut de la femme recommande :**

- 8. Que le législateur adopte les modifications proposées par le projet de loi n° 34 qui visent à mieux circonscrire le champ d'action des CMS et leurs responsabilités, notamment de ceux fonctionnant avec des médecins non participants, et à assurer un meilleur contrôle gouvernemental sur leurs activités.**

Cela dit, le Conseil souhaiterait que, dans un avenir rapproché, les membres de l'Assemblée nationale soient en mesure d'analyser, à l'aide d'un rapport d'évaluation détaillé, les effets des dispositions législatives adoptées à la suite du jugement de la Cour suprême sur le système public de santé, et ce, à la lumière des principes de gestion publique, d'intégrité, d'universalité et d'accessibilité. Ce rapport devrait notamment permettre d'éclairer les questions suivantes : évolution du volume et de la nature des traitements médicaux spécialisés dispensés en établissement public et en CMS avec ou sans entente, nombre et portée des ententes de cliniques médicales associées, coûts comparatifs des traitements effectués en CMS, évolution de la non-participation chez les médecins, comparaison des frais encourus par l'utilisateur pour l'épisode de soins selon le lieu de l'intervention et le territoire (CMS avec ou sans entente ou établissement public, manquements et recours exercés par l'utilisateur selon le lieu de l'intervention, etc.).

Afin de permettre aux membres de l'Assemblée nationale d'apprécier les effets de la création des centres médicaux spécialisés sur le système public de santé, le **Conseil du statut de la femme recommande :**

9. **Que le législateur inscrive un nouvel article dans le projet de loi n° 34 prévoyant :**
 - **Qu'un rapport d'évaluation détaillé de l'impact, sur le système public de santé, des dispositions législatives adoptées à la suite du jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis soit produit au plus tard cinq ans après l'attribution des premiers permis de centres médicaux spécialisés; et**
 - **Que ce rapport soit déposé à l'Assemblée nationale pour étude par une commission parlementaire compétente.**

C O N C L U S I O N

Pour la majeure partie de la population féminine, l'organisation et le financement publics des soins de santé représentent un acquis social précieux, la caractéristique d'une société moderne, équitable et solidaire qu'il importe de préserver.

Dans son mémoire, le Conseil a analysé le contenu du projet de loi n° 34 qui vise à resserrer les règles de fonctionnement des centres médicaux spécialisés. Il a également trouvé important de revenir sur le cadre plus large des modifications législatives qui ont été adoptées depuis le prononcé du jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaouilli-Zeliotis. En effet, le Conseil a fait état des incertitudes et des inquiétudes qui perdurent concernant les traitements médicaux spécialisés, malgré les améliorations suggérées par le projet de loi n° 34. La question des services d'avortement a également retenu son attention parce qu'elle illustre bien les enjeux identifiés pour les femmes.

LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

Au sujet de la dispensation des traitements médicaux spécialisés

Afin que le système de santé s'inscrive sans ambiguïtés dans le respect des principes d'équité dans l'accès aux soins et de solidarité dans le financement public des services, le **Conseil du statut de la femme** recommande :

- 1. Que le gouvernement mise avant tout sur les cliniques externes des hôpitaux et sur les centres ambulatoires publics ou à but non lucratif pour la dispensation des traitements médicaux spécialisés assurés par le régime public.**
- 2. Que le gouvernement veille à ce que tous les traitements médicaux spécialisés assurés offerts en CMS par des médecins participants fassent l'objet d'une entente afin que le lieu de l'intervention n'ait pas d'effets notables sur le coût dévolu au patient et les recours dont il dispose.**
- 3. Que le gouvernement n'élargisse d'aucune façon la portée de la loi et du règlement concernant l'assurance privée duplicative ou les régimes collectifs d'avantages sociaux.**

Au sujet des services d'avortement

Afin de résorber les imprécisions et les incertitudes de la loi actuelle, le **Conseil du statut de la femme** recommande :

- 4. Que le gouvernement exclue les centres de santé des femmes offrant présentement des services d'avortement de l'obligation de se convertir en centres médicaux spécialisés, tout en prévoyant un permis encadrant les services d'avortement qui y sont dispensés.**
- 5. Que le gouvernement veille à ce que les services d'avortement soient accessibles partout au Québec et entièrement gratuits pour tout l'épisode de soins, quel que soit le type d'installation où ils sont dispensés par des médecins participants.**
- 6. Que, conséquemment, la conversion en centres médicaux spécialisés des cliniques privées offrant présentement des services d'avortement n'entraîne l'imposition d'aucuns frais pour les femmes.**

Compte tenu de l'ambiguïté qui résulte de l'imprécision quant aux lieux désignés pour effectuer les avortements par médication et ceux par induction, le **Conseil du statut de la femme** recommande :

7. **Que le ministère de la Santé et des Services sociaux établisse un protocole d'encadrement de la pratique des avortements par médication et par induction et en assure la pleine gratuité.**

Au sujet du projet de loi n° 34 présentement sous étude :

Dans le but de resserrer les dispositions de la loi, le **Conseil du statut de la femme recommande :**

8. **Que le législateur adopte les modifications proposées par le projet de loi n° 34 qui visent à mieux circonscrire le champ d'action des CMS et leurs responsabilités, notamment de ceux fonctionnant avec des médecins non participants, et à assurer un meilleur contrôle gouvernemental sur leurs activités.**

Afin de permettre aux membres de l'Assemblée nationale d'apprécier les effets de la création des centres médicaux spécialisés sur le système public de santé, le **Conseil du statut de la femme recommande :**

9. **Que le législateur inscrive un nouvel article dans le projet de loi n° 34 prévoyant :**
 - **Qu'un rapport d'évaluation détaillé de l'impact, sur le système public de santé, des dispositions législatives adoptées à la suite du jugement de la Cour suprême dans l'affaire Chaouilli-Zeliotis soit produit au plus tard cinq ans après l'attribution des premiers permis de centres médicaux spécialisés; et**
 - **Que ce rapport soit déposé à l'Assemblée nationale pour étude par une commission parlementaire compétente.**

BIBLIOGRAPHIE

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *L'avortement au Québec : état des lieux au printemps 2008 - Étude*, [recherche et rédaction : Mariangela Di Domenico], Québec, le Conseil, septembre 2008, 53 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. Lettre au ministre de la Santé et des Services sociaux sur le projet de règlement sur les centres médicaux spécialisés, 15 janvier 2008, 6 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. Lettre au ministre de la Santé et des Services sociaux sur le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé *En avoir pour notre argent*, 18 avril 2008, 10 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. Lettre au président de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi n° 33, 11 septembre 2006, 7 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Mémoire sur le document de consultation Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, [recherche et rédaction : Francine Lepage], Québec, le Conseil, avril 2006, 54 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Pour en avoir « vraiment » pour notre argent : un système public de santé - Réflexion sur le rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé En avoir pour notre argent*, [recherche et rédaction : Francine Lepage], Québec, le Conseil, mai 2008, 29 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité - Document de consultation*, Québec, le Ministère, 2006, 63 p.