



MÉMOIRE

**Des cliniques publiques
financées publiquement**

MÉMOIRE

**Des cliniques publiques
financées publiquement**

**DÉPOSÉ À LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION
PARTICULIÈRE
PORTANT SUR LE PROJET DE LOI 33
LOI MODIFIANT LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX ET D'AUTRES
DISPOSITIONS LÉGISLATIVES**

LE 12 SEPTEMBRE 2006

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

RÉSUMÉ

Faisant suite à la décision Chaoulli et au Livre blanc intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, le projet de loi 33 du gouvernement libéral propose trois moyens pour remédier aux listes d'attente : un mécanisme central de gestion de l'accès, la création de cliniques médicales spécialisées avec médecins participants et avec médecins non participants et l'assurance privée duplicative.

Pour répondre adéquatement à la décision de la Cour suprême, seul le premier moyen proposé par le gouvernement libéral, soit le mécanisme central de gestion de l'accès, est indiqué et suffisant puisque le tribunal a basé sa décision sur l'existence de délais d'attente déraisonnables.

En réalité, les deux autres moyens proposés par le gouvernement, soit les cliniques médicales spécialisées et l'assurance privée duplicative, sont non seulement superflus mais ils mettent en péril jusqu'à un certain point le système public de santé et de services sociaux. Plutôt que d'achever le virage ambulatoire, cette réforme jamais terminée faute de moyens financiers et qui devait mener à la création de centres ambulatoires publics, le gouvernement du Québec opte plutôt pour deux solutions privées : d'une part, le développement de cliniques médicales spécialisées avec médecins participants qui pourront être associées au réseau public par contrat à la manière de l'Alberta et, d'autre part, il autorise le développement de l'offre entièrement privée de services de santé en permettant le développement de petits hôpitaux privés avec permis d'hospitalisation soutenus par un financement privé, notamment par l'autorisation de l'assurance privée duplicative. Sous prétexte de dissiper un « flou juridique », les deux types de cliniques médicales spécialisées introduisent plutôt de la « confusion juridique » puisque seul le mode de rémunération des médecins permet de différencier les deux types de cliniques.

Ces cliniques médicales spécialisées diffèrent des traditionnels cabinets de médecins. En effet, la réforme du Code des professions débutée en 2000 permet maintenant aux professionnels d'exercer au sein de compagnies formées au Québec, au Canada ou à l'étranger. À côté des cabinets de médecins, ce sont donc des cliniques médicales multinationales, cotées en bourse qui pourront s'implanter au Québec, dans la mesure

où elles sont majoritairement contrôlées par des médecins, lesquels n'ont pas à résider ni à pratiquer au Québec d'ailleurs.

Les décisions sur la procédure de sélection des fournisseurs relèveraient du ministre de la Santé et des Services sociaux. Pour l'instant du moins, la procédure d'appel d'offres public serait écartée. Le ministre de la Santé et des Services sociaux peut-il assurer que cette exclusion sera permanente?

Si le projet de loi 33 était adopté tel quel, les cliniques médicales spécialisées pourraient exercer un rôle très large, non seulement en matière de chirurgies mais également en regard de tout l'épisode de soins. De plus, la porte est ouverte à la sous-traitance de toute la chirurgie ambulatoire, et ce, par simple voie réglementaire. À moins qu'il s'agisse d'offrir ces services en partenariats public-privé comme le fait la Grande-Bretagne. Cette option ne peut être exclue d'emblée. Les décisions seraient vraisemblablement prises par les régies régionales, les représentants des médecins et le ministre, sans que les établissements et les élus qui les gèrent n'aient leur mot à dire. Les établissements n'exerceraient qu'un rôle d'exécutant et de surveillance. Rien ne garantit que la sous-traitance de la chirurgie n'entraînerait pas la sous-traitance des budgets des établissements publics.

En aucun cas le gouvernement libéral ne peut invoquer la décision de la Cour suprême pour justifier ces orientations qui ne sont en définitive que des orientations politiques favorisant la libéralisation du secteur de la santé et des services sociaux et le développement d'un secteur marchand dans ce qui a été jusqu'ici une des plus importantes sphères du secteur public.

AVANT-PROPOS

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) est une fédération syndicale qui regroupe 56 500 professionnelles en soins. Elle représente la majorité des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes, des perfusionnistes, des puéricultrices et des gardes-bébés.

Les membres de la Fédération, qui proviennent de tout le Québec, exercent dans des établissements publics du réseau de la santé, établissements qui représentent la plupart des missions de ce réseau. L'expertise de l'organisation se compose donc d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services du réseau de la santé et des services sociaux.

La FIIQ a toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué le processus de réforme du système de santé et de services sociaux au Québec. Elle a toujours soutenu une ouverture du réseau à la participation démocratique, fait valoir l'importance de la prévention et de la promotion de la santé et revendiqué, pour le Québec, le maintien d'un système de santé et de services sociaux public, empreint des valeurs sociales-démocrates. Depuis 2003, elle a vivement dénoncé la réingénierie de l'État et les projets de loi à caractère néolibéral du gouvernement Charest. Au niveau fédéral, devant la commission Romanow, la FIIQ y a précisé le rôle attendu du gouvernement fédéral dans le devenir du système de santé. En outre, la Fédération a toujours mis en garde le gouvernement contre les répercussions des diktats de l'économie et de la mondialisation néolibérale, sur des décisions aussi déterminantes que celles qui concernent l'avenir des soins de santé.

Témoins privilégiées du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de connaître les multiples effets des inégalités socio-économiques sur la santé, de même que les effets parfois déplorables des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. La FIIQ, en tant qu'organisation syndicale, représente une très vaste majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles de la santé, travailleuses du réseau public et usagères des services.

Elle vise, par ses orientations et ses décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et plus de justice sociale.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
AVANT-PROPOS	iii
INTRODUCTION	1
DES CLINIQUES PUBLIQUES FINANCÉES PUBLIQUEMENT	3
CRÉATION DE CLINIQUES MÉDICALES SPÉCIALISÉES	5
♦ Les cliniques médicales spécialisées : aussi des multinationales	5
♦ De « flou juridique » à « confusion juridique » : deux types de cliniques médicales spécialisées, un même nom	6
♦ Des cliniques médicales : pour quoi faire?.....	8
♦ Rôle de l'Agence régionale, de l'établissement et des médecins.....	10
♦ Enjeu lié au calcul des « coûts unitaires »	12
♦ À propos des ententes avec les CMA.....	13
• Quel processus de sélection pour les cliniques?.....	13
• Des services cliniques et de laboratoire en PPP : une solution?.....	14
• Comment s'opérera le financement des cliniques?.....	17
• Éviter de garantir un minimum de services à l'entreprise privée	18
• Le règlement des différends : l'arbitrage commercial.....	19
♦ De nouveaux pouvoirs pour le ministre.....	20
LES RESSOURCES HUMAINES	22
LES ASSURANCES DUPLICATIVES	24
CONCLUSION	27
RECOMMANDATIONS	29

INTRODUCTION

Pour fixer l'origine du débat actuel, il faut remonter au milieu des années 1990. Deux événements, sans rapport apparent l'un avec l'autre doivent être rappelés. D'une part, un médecin, Jacques Chaoulli, après avoir tenté de mettre sur pied un petit hôpital privé et après une grève de la faim, décide de s'en prendre au système public de santé et de services sociaux par la voie judiciaire. Après avoir été débouté en Cour supérieure et en Cour d'appel, la Cour suprême a accepté d'entendre sa requête.

D'autre part, à la même période, le gouvernement fédéral dans sa lutte contre le déficit revoyait son programme de transferts aux provinces en matière de santé et services sociaux et faisait d'importantes compressions dans le financement destiné au secteur de la santé et des services sociaux. En conséquence, devant cet important manque à gagner, le gouvernement du Québec, à la suite du sommet socio-économique, faisait à son tour des compressions majeures dans les budgets des établissements de santé et fermait, dans la même foulée, de nombreux établissements de santé. Le gouvernement du Québec comptait faire un « virage ambulatoire », créer des cliniques ambulatoires, bref offrir les services autrement. Dans un contexte de lutte au déficit, les budgets n'ont jamais été au rendez-vous.

C'est donc sur cette trame de fond que le 9 juin 2005, dans une décision très divisée, à quatre contre trois, la Cour suprême retenait l'argument à l'effet que *« l'interdiction de l'assurance privée pour les médecins non participants au régime de financement public des soins de santé est incompatible avec les droits à la vie, à la sûreté et à l'intégrité, protégés par la Charte québécoise des droits et libertés, lorsque les pouvoirs publics soumettent les patients à des temps d'attente déraisonnables d'accès aux soins. »*¹

Ce jugement de la Cour suprême, auquel le gouvernement du Québec devait se conformer au plus tard le 9 juin 2006, après avoir obtenu un délai d'exécution de 12 mois, est fondé essentiellement sur la présence de listes d'attente déraisonnables. Rappelons qu'*« en l'absence de ces délais d'attente déraisonnables, le tribunal n'aurait pu conclure à l'incompatibilité entre les droits protégés par la Charte québécoise et l'interdiction de l'assurance privée. »*² En conséquence, la seule obligation qui est faite

au gouvernement du Québec par ce jugement consiste à trouver une solution aux listes d'attente déraisonnables.

C'est donc dans ce contexte que le gouvernement libéral présentait en février dernier un Livre blanc intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, et ce, après avoir rejeté l'idée de recourir à la clause dérogatoire. Une consultation générale a suivi au printemps. Celle-ci a manifestement suscité l'intérêt public, si l'on en juge par le nombre de participants,. Il serait tout à fait utopique de vouloir parler de consensus dans le cadre de cette commission parlementaire. Les opinions exprimées en commission parlementaire ont plutôt été à l'image de la décision de la Cour suprême : profondément divisées, tant à propos de la garantie d'accès, que des cliniques médicales spécialisées ou de l'assurance privée duplicative.

Néanmoins, le projet de loi 33 était déposé juste avant l'ajournement de la session parlementaire en juin 2006 et soumis à une consultation restreinte, visiblement en vue d'une adoption rapide. Essentiellement, le projet de loi 33 vise trois objectifs : instaurer un mécanisme central de gestion de l'accès; créer des centres médicaux spécialisés et autoriser l'assurance privée duplicative pour certains services. Concrètement, ce projet de loi reprend les thèmes discutés en commission parlementaire et tranche en faveur de la minorité d'intervenants qui militent pour le développement d'un système de santé privé parallèle.

Dans le texte qui suit, nous aborderons successivement les trois thèmes mentionnés plus haut et tenterons d'en comprendre la portée véritable.

■ DES CLINIQUES PUBLIQUES FINANÇÉES PUBLIQUEMENT

Dans le Livre blanc intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité* déposé en février 2006, le gouvernement faisait une proposition en trois temps pour améliorer l'accès aux services : une garantie d'accès, la création de cliniques médicales affiliées et une assurance privée duplicative. Avec le projet de loi 33, le gouvernement du Québec concrétise les trois éléments de cette proposition initiale, soit :

- « l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés » (PL 33, art. 7, insertion de l'art. 185.1);
- la création de centres médicaux spécialisés pour permettre d'effectuer une 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 (PL 33, art. 11, insertion de l'article 333.1);
- l'autorisation de l'assurance privée duplicative « pour effectuer une arthroplastie-prothèse totale de la hanche ou du genou, une extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intra-oculaire ou un autre traitement médical spécialisé déterminé conformément à l'article 15.1 ainsi que ceux qui sont requis, le cas échéant, pour dispenser les services préopératoires, postopératoires, de réadaptation et de soutien à domicile » (PL 33, art. 40 qui modifie l'art. 15 de la LAM).

Du point de vue de la FIIQ, l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services dans le réseau des établissements publics semble tout à fait indiqué et suffisant pour répondre adéquatement au jugement rendu par la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli/Zeliotis. Il importe cependant que la mise en place de ce mécanisme ne soit pas que symbolique et qu'elle puisse se réaliser dans des conditions qui permettent une réelle amélioration de l'accès aux services. Autrement dit, il ne suffit pas de mettre en place un tel mécanisme, encore faut-il que les autres paramètres de l'accès, soit l'accessibilité aux infrastructures et aux traitements soit bonifiée.

Au mécanisme central de gestion de l'accès, le projet de loi 33 ajoute deux autres éléments qui ne trouvent en rien leur justification dans le jugement ci-haut mentionné. En effet, la mise en place de cliniques chirurgicales spécialisées avec médecins participants et avec médecins non participants, de même que l'autorisation de l'assurance privée duplicative nécessaire à leur survie constitue une décision politique sans lien avec le jugement de la Cour suprême.

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec tient à rappeler qu'elle a toujours favorisé et continue de favoriser la mise en place de solutions publiques. À cet égard, elle considère que les réformes entreprises dans le secteur public de la santé et des services sociaux n'ont pas été menées à terme, faute de moyens financiers. Au lieu de réinvestir dans le système public de santé, le gouvernement, à travers le projet de loi 33, se propose de développer l'entreprise privée de la santé qui, à terme, ne pourra que drainer les ressources publiques et en conséquence, affaiblira le système public de santé. Le jugement de la Cour suprême est donc utilisé par le gouvernement libéral pour introduire la pratique médicale mixte, public-privé, dans le réseau de la santé, ce avec quoi la FIIQ est en complet désaccord.

Les cliniques ambulatoires publiques telles que proposées lors de réformes antérieures doivent constituer le créneau privilégié des réinvestissements publics dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Il en va de la pérennité du système québécois de santé et de services sociaux lui-même.

■ CRÉATION DES CLINIQUES MÉDICALES SPÉCIALISÉES

Outre le mécanisme de gestion de l'accès, le projet de loi 33, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, prévoit la création de cliniques médicales spécialisées (CMS). La proposition de créer ces cliniques n'aurait pas été possible si d'importantes modifications n'avaient été apportées au Code des professions depuis le début des années 2000.

◆ Les cliniques médicales spécialisées : aussi des multinationales

Soulignons simplement que la nouveauté du Code des professions consiste à permettre aux professionnel-le-s de former des compagnies pour exercer leur profession; les professionnel-le-s de la santé ne font pas figure d'exception³. C'est donc dans cette nouvelle conjoncture que le projet de loi 33 doit être compris. De plus, il semble bien que le projet de loi 33 n'écarte pas la possibilité que les cliniques médicales spécialisées puissent être inscrites à la bourse des valeurs mobilières⁴.

De l'avis de la FIIQ, le gouvernement du Québec profite de la conjoncture introduite par le jugement Chaoulli pour ouvrir la porte aux multinationales de la santé, nationales et étrangères, qu'il s'agisse de compagnies comme le Groupe Santé Medisys Inc. de Montréal, dont l'action se transige à la Bourse de Toronto⁵, la Copeman Healthcare Inc. de Colombie-Britannique, la Générale de Santé de France dont les actions sont cotées à la Bourse de Paris, ou encore la suédoise, CAPIO, cotée à la Bourse de Stockholm⁶.

Par ailleurs, le projet de loi 33 prévoit que « *le producteur ou le distributeur d'un bien ou d'un service relié au domaine de la santé et des services sociaux, autre qu'un médecin visé au premier alinéa, ne peut détenir, directement ou indirectement, d'actions du capital-actions d'une personne morale exploitant un centre médical spécialisé ou de parts d'une société exploitant un tel centre* ». Or, comment définir l'expression « relié au domaine de la santé et des services sociaux »? Il apparaît assez clair pour l'Office des professions du Québec que les industries opérant dans le domaine pharmaceutique pourraient être considérées comme reliées et seraient exclues. Mais qu'en est-il des entreprises opérant dans le domaine de l'hébergement pour les personnes âgées? Qu'en est-il du domaine du maintien à domicile où les entreprises s'implantent de plus

en plus faute d'investissements publics adéquats? Le Groupe Santé Sedna, implanté dans l'hébergement et les soins de longue durée par sa filiale le Groupe Champlain, de même que dans les soins infirmiers et d'assistance par sa filiale Accès Services Santé, cherche maintenant à développer le domaine des services médicaux et des soins spécialisés⁷.

Il est bon de rappeler « *que chacune des juridictions américaines, l'Ontario et l'Alberta, exigent que toutes les actions d'une société par actions professionnelles soient détenues par des membres de cette profession.* »⁸ Pourquoi le gouvernement du Québec veut-il aller si loin et permettre que des actions soient détenues par des personnes autres que des médecins?⁹

À travers le projet de loi 33, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec estime que le gouvernement libéral ouvre toute grande la porte aux multinationales de la santé et de ce fait à la marchandisation des services de santé. Le projet de loi 33 est donc en flagrante contradiction avec le jugement de la Cour suprême qui ne remettait nullement en question la prestation publique des soins de santé. La FIIQ ne peut qu'exprimer sa vive opposition à cette proposition gouvernementale.

◆ **De « flou juridique » à « confusion juridique » : deux types de cliniques médicales spécialisées, un même nom**

Lors de la conférence de presse tenue pour la présentation du projet de loi 33 concernant la garantie d'accès le 15 juin 2006, le ministre de la Santé et des Services sociaux avait qualifié de « flou juridique », voire de « sorte d'anarchie » en terme de structure, l'existence de cliniques privées financées à même des fonds privés. À titre d'exemple, il évoquait le cas de la clinique d'orthopédie à Montréal qui opère avec un permis de cabinet privé¹⁰. En effet, détenteurs de permis de cabinet médical, les médecins exploitant ces cliniques gèrent en réalité de petits hôpitaux privés avec court séjour. La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec croit souhaitable que ces cliniques soient mieux encadrées pour garantir la qualité des soins qui y sont prodigués et la sécurité des patients qui y séjournent. Toutefois, le projet de loi tel que rédigé est loin de satisfaire à cet objectif de clarification de la situation. Au contraire : au « flou juridique » succède la « confusion juridique ».

En désignant sous le même vocable de « centre médical spécialisé » (PL 33, art. 11, insertion de l'article 333.3), les cliniques médicales opérées par des médecins participants et les cliniques médicales sous la direction de médecins non participants, le projet de loi, sous prétexte de dissiper un flou juridique, introduit de la confusion. En effet, comment un patient pourra-t-il distinguer une clinique avec médecins participants d'une clinique avec médecins non participants? Pour le patient, il s'agit du pareil au même. Une telle confusion des termes ne peut que mener à la confusion des genres.

En effet, en créant ces deux types de centres médicaux spécialisés avec médecins participants et avec médecins non participants, le ministre répond à une requête formulée par de nombreux participants en commission parlementaire à l'effet de maintenir l'étanchéité de la pratique médicale. Or, la création d'une telle confusion ne pourrait servir qu'à faciliter la levée de cette étanchéité dans quelques années si l'on se fie aux déclarations que faisait le ministre de la Santé et des Services sociaux¹¹.

En réalité, ce qui distinguera réellement l'une de l'autre c'est la provenance de la rémunération : dans un cas (médecins participants) le financement est public; dans l'autre (médecins non participants), il est privé et pourra provenir de l'assureur.

Pour exploiter un centre médical spécialisé, il faut être détenteur d'un permis délivré par le ministre (PL 33, art. 17, modifie l'art. 437). S'agit-il du même permis selon que le centre est exploité par des médecins participants ou des médecins non participants? Il semble bien que le projet de loi ne fasse pas de distinction en matière d'exploitation entre les médecins participants et les médecins non participants. Il en est de même en ce qui a trait à l'utilisation de la dénomination « centre médical spécialisé » (PL 33, art. 18, modification de l'article 438). Encore une fois, ces deux matières sont sujettes à l'introduction d'une confusion qui n'est pas souhaitable.

La FIIQ croit que le projet de loi doit être plus clair quant à la distinction des cliniques médicales publiques et privées, sinon à terme, les cliniques médicales spécialisées risquent de devenir du pareil au même. Le mode de financement, opaque pour le grand public, ne peut représenter la seule distinction entre les deux types de cliniques médicales spécialisées.

◆ **Des cliniques médicales : pour quoi faire?**

Lors de la commission parlementaire sur Garantir l'accès, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, s'est exprimé ainsi sur le rôle qu'il envisageait pour les cliniques médicales spécialisées dans le système de santé du Québec :

« Les chirurgies visées par la garantie d'accès ne seront pas faites en clinique affiliée — c'est une autre erreur fréquente dans la lecture; probablement qu'il a été mal rédigé, le document, que ce n'est pas clair — sauf probablement la chirurgie des cataractes, mais il n'est pas question de faire des chirurgies de hanche et de genou dans des cliniques affiliées, c'est des chirurgies à trop grande infrastructure. C'est des chirurgies à faible infrastructure qui vont être faites là pour dégager de la place dans le centre hospitalier pour faire plus de prothèses de hanche et de genou. »¹²

Contrairement à toute attente, le projet de loi 33 vise à autoriser non seulement tout l'épisode de soins entourant les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte en clinique médicale spécialisée, mais en plus, il y ajoute « *tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement du ministre* » (PL 33, art. 11, insertion de l'article 333.1, al. 1). Les critères de décision identifiés pour cette prise de décision s'énoncent ainsi : la prise en compte du risque, l'importance du personnel et de l'équipement, le type d'anesthésie et la durée de l'hébergement habituellement requise.

Tel que libellé, il apparaît que cet article ouvre la porte à la sous-traitance d'un ensemble beaucoup plus vaste de traitements vers les centres médicaux spécialisés, pouvant même aller jusqu'à l'ensemble de la chirurgie ambulatoire. Une telle ouverture s'éloigne considérablement des promesses du ministre de la Santé et des Services sociaux. En effet, lors de la commission parlementaire du printemps dernier, le ministre avait affirmé que les cliniques médicales spécialisées ne seraient utilisées que pour des volumes de chirurgies excédentaires. De plus, face aux difficultés soulevées par les participants à la commission parlementaire, le ministre était revenu sur le fait que les arthroplasties s'y feraient : « *on ne souhaite pas que les prothèses de hanche et de genou soient faites dans les cliniques affiliées* »¹³. Il avait plutôt affirmé que les cliniques seraient utilisées pour « *dégager de la chirurgie mineure, pour faire plus de temps opératoire, pour faire*

des prothèses dans les hôpitaux »¹⁴. Or, voici que le projet de loi y autoriserait à la fois la chirurgie mineure, les cataractes et les arthroplasties.

L'éventuel transfert de la chirurgie ambulatoire vers les cliniques médicales spécialisées se ferait donc par simple voie réglementaire, à la discrétion du ministre, sans aucune consultation publique. Le gouvernement libéral est-il en train de préparer le terrain au transfert, c'est-à-dire à la sous-traitance, de l'ensemble de la chirurgie ambulatoire vers les cliniques médicales spécialisées, comme cela avait déjà été évoqué en 2002¹⁵? Faut-il rappeler que, pour l'année financière 2003-2004, les établissements publics du Québec ont effectué près de 300 000 chirurgies d'un jour¹⁶. Ce serait alors un immense marché qui s'ouvrirait à l'entreprise privée.

Plus loin dans le projet de loi, d'autres désignations sont introduites pour parler des centres médicaux spécialisés : lorsqu'un centre est lié par contrat à un établissement, il devient une « clinique médicale associée » (CMA) (PL 33, art. 12, insertion de l'article 349.1). Peuvent également être associés, un cabinet privé de professionnel-le-s et un laboratoire. C'est donc dire que les examens de laboratoire pourraient être sous-traités au même titre que la chirurgie, à moins qu'il ne s'agisse de partenariats public-privé.

Sous couvert d'offrir une garantie d'accès pour trois chirurgies, le projet de loi 33 est à imprimer des modifications majeures au système de santé et de services sociaux du Québec. Le gouvernement libéral n'a jamais reçu de mandat pour opérer de tels changements au nom de la population du Québec. Ces articles du projet de loi doivent être réécrits puisque leur portée va bien au-delà des annonces ministérielles officielles.

◆ **Rôle de l'Agence régionale, de l'établissement et des médecins**

Le projet de loi 33 attribue un rôle important aux agences régionales, aux chefs de médecine spécialisée et au ministre dans la prise de décision de recourir ou non aux centres médicaux spécialisés. En effet, le projet de loi dispose qu'« *une agence peut proposer au ministre, après consultation de la table des chefs de département de médecine spécialisée, que tout établissement qui exploite un centre hospitalier et qu'elle détermine puisse s'associer à une clinique médicale pour y faire dispenser certains services médicaux spécialisés aux usagers de cet établissement* » (PL 33, art. 12, insertion de l'article 349.1). Outre les arthroplasties et les cataractes, il faut encore ajouter la possibilité de recourir aux centres médicaux spécialisés pour « *tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement du ministre* » (PL 33, art. 11, insertion de l'article 333.1). Outre la prise en considération des critères retenus relatifs aux risques associés au traitement, à l'importance du personnel et de l'équipement, au type d'anesthésie, à la durée de l'hébergement, le ministre devra consulter le Collège des médecins du Québec. Ainsi, le projet de loi fait fi des établissements eux-mêmes, du personnel et de leurs représentants, de même que de la population concernée. Pour l'heure, la méthode de consultation apparaît hautement questionnable et l'ajout de « *tout autre traitement médical spécialisé* » apparaît non approprié. On notera au passage qu'une clinique médicale pouvant être associée peut être, outre un centre médical spécialisé avec médecins participants, un cabinet privé de professionnels ou un laboratoire. Ce qui élargit passablement les possibilités d'association.

La proposition de l'agence régionale ne semble pas devoir être liée aux temps d'attente pour un traitement alors qu'il s'agit là du principal motif utilisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux et par le premier ministre pour justifier le recours aux cliniques médicales associées, à la fois lors du lancement du Livre blanc sur Garantir l'accès et lors de la présentation du projet de loi 33.

Alors que le ministre de la Santé et des Services sociaux avait promis, et ce à plusieurs reprises, que les établissements auraient le choix de se prévaloir ou non des services de cliniques médicales spécialisées, que la décision leur reviendrait¹⁷, voici que le projet de loi 33 leur impose le recours non seulement aux centres médicaux spécialisés, mais également le recours aux cabinets privés et aux laboratoires. De plus, le projet de loi les

oblige à mettre sur pied « des mécanismes de surveillance [...] s'assurer de la qualité et de la sécurité des services médicaux dispensés dans la clinique » (PL 33, art. 12, insertion de l'article 349.3, al. 1, par. 4). Le projet de loi donne donc aux établissements publics un pouvoir de surveillance sur des cliniques ayant par ailleurs un statut autonome en vertu des contrats à être signés. Il faut bien se demander de quelle sorte d'autorité morale et surtout légale disposeront les établissements pour assurer un mandat de surveillance auprès des cliniques médicales associées? Les cliniques médicales associées qui jouissent d'un statut légal autonome sont-elles dans l'obligation d'accepter la surveillance en provenance des établissements? Par ailleurs, à qui reviendra l'obligation de financer ce mécanisme de surveillance? Sera-t-il à l'entière charge du secteur public? Est-ce qu'il s'agit vraiment d'un mandat qui doit être confié à un établissement public plutôt qu'aux divers ordres professionnels? Qu'en est-il des cliniques médicales spécialisées avec médecins non participants? Ces cliniques seront-elles soumises également à un mécanisme de surveillance quelconque?

La décision de sous-traitance reviendrait donc à l'agence régionale, aux représentants régionaux des médecins spécialistes et au ministre. La décision serait prise somme toute au-dessus de la tête de l'établissement, alors que c'est à ce dernier que reviendrait ni plus ni moins les obligations relatives à la surveillance du bon fonctionnement des services en termes de qualité et de sécurité pour les patient-e-s et c'est sans compter le mandat relatif au traitement des plaintes.

De plus, autre situation incongrue, les cliniques disposeraient d'une période de trois ans après l'obtention de leur permis d'exploitation, sur un contrat d'une durée totale de cinq ans, pour obtenir un agrément (PL 33, art. 24, insertion de l'art. 446.1, par. 2). Dans le cas où l'agrément serait refusé, le ministre peut au choix « suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le permis » (PL 33, art. 24, insertion de l'art. 446.1) ou « ordonner d'apporter les correctifs nécessaires dans le délai qu'il fixe » (PL 33, art. 25, insertion de l'art. 447, al. 1). Il faut bien convenir que le projet de loi 33 est très laxiste relativement à la qualité des services et à la sécurité des patient-e-s lorsque la situation québécoise est comparée à celle qui prévaut en Alberta. En effet, le Calgary Health Region a exigé de ses opérateurs qu'ils obtiennent leur agrément avant qu'elle ne signe des contrats avec eux¹⁸.

Le libellé de ces deux articles est loin de traduire l'engagement du ministre de la Santé et des Services sociaux relatif aux chirurgies ou aux volumes excédentaires¹⁹ ou encore celui relatif à la décision des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de déplacer ou non les chirurgies dans un centre médical spécialisé. Le projet de loi 33 s'est donc considérablement éloigné de l'esprit de la proposition initiale soumise par le ministre de la Santé et des Services sociaux au printemps 2006. En ce sens, le projet de loi trahit les engagements du ministre.

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec croit qu'il faut rétablir un véritable pouvoir d'intervention de l'établissement dans les décisions qui le concernent. Ce pouvoir pourrait s'exercer par la voie de son conseil d'administration qui regroupe une bonne variété d'intervenant-e-s de tous les horizons.

◆ **Enjeu lié au calcul des « coûts unitaires »**

Le projet de loi 33 prévoit qu'une entente entre l'exploitant de la clinique médicale et l'agence et tout établissement concerné doit être signée. Cette dernière doit comprendre entre autres « *le montant unitaire versé par l'agence pour couvrir les frais reliés à chaque service médical spécialisé dispensé dans la clinique, selon sa nature, ainsi que les modalités de versement de ce montant* » (PL 33, art. 12, insertion de l'article 349.3, al. 1, par. 3).

Comment s'effectuera le calcul des coûts unitaires? Que prendront-ils en compte? Qui les effectuera? Seront-ils fixes ou variables pour la durée du contrat? Qu'advient-il en cas de complications? Ce sont là autant de questions qui ne trouvent pas de réponse dans le projet de loi 33.

Le projet de loi précise que c'est l'agence qui paiera la clinique. D'où proviendra l'argent? S'agit-il de sommes qui seront amputées aux établissements publics puisque c'est l'agence qui distribue les budgets aux établissements? Le financement des établissements publics sera-t-il sous-traité aux cliniques comme le suggérait le Groupe Santé Sedna? Ces questions ne trouvent pas non plus de réponse dans le projet de loi.

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec estime que les critères de calcul des coûts unitaires doivent tenir compte de tous les coûts réels encourus. Nous savons par exemple que les établissements publics ont des responsabilités que ne risquent pas d'assumer les cliniques médicales affiliées. Dans ce sens, le calcul des coûts unitaires ne doit pas faire en sorte de donner un avantage comparatif au secteur privé du fait qu'il n'assume pas telle ou telle responsabilité. La section précédente fait état de quelques-unes de ces responsabilités.

◆ **À propos des ententes avec les CMA**

• **Quel processus de sélection pour les cliniques?**

Le projet de loi 33 dispose que « *la décision du ministre d'accepter la proposition de l'agence doit préciser la procédure qui devra être suivie par l'agence pour déterminer la clinique médicale offrant des services médicaux spécialisés selon le meilleur rapport qualité/coût* » (PL 33, art. 12, insertion de l'art. 349.2, al. 2). En la matière, il est prévu que cet alinéa s'applique malgré la Loi sur les contrats des organismes publics²⁰ en matière de marchés publics et de partenariats public-privé. C'est donc dire qu'à court terme, le gouvernement du Québec n'irait pas en appel d'offres public pour l'octroi de contrats de chirurgies ou autres traitements, au contraire de l'Alberta.

En effet, depuis que l'Alberta a adopté le *Health Care Protection Act* en 2000²¹, le Calgary Health Region signe des contrats de prestation de services avec l'entreprise privée dans plusieurs domaines, qu'il s'agisse des services de résonance magnétique, de physiothérapie, de maintien à domicile ou de chirurgies ambulatoires. Ces derniers se retrouvent dans des domaines aussi variés que la chirurgie orthopédique, l'avortement ou l'anesthésie podiatrice et dentaire. Plus de 24 ententes-cadres sont présentement en vigueur pour la seule région de Calgary²². Il y aurait en Alberta 53 établissements chirurgicaux extra-hospitaliers agréés²³.

En février 2006, le Calgary Health Region est allé en appel d'offres en vertu de l'Accord sur le commerce intérieur (ACI) pour des services de chirurgies orthopédiques²⁴. Cet appel d'offres a permis de renouveler, pour une durée de cinq ans, le contrat de la

compagnie Network Health Inc. qui opère en Alberta sous le nom de « Health Resource Centre – Calgary »²⁵.

Si le gouvernement libéral emprunte la voie des services de santé et des services sociaux contractuels à la manière albertaine comme il le propose dans le projet de loi 33, le ministre de la Santé et des Services sociaux peut-il donner à la population l'assurance que l'exclusion des processus d'appel d'offres sera permanente?

- **Des services cliniques et de laboratoire en PPP : une solution?**

Le projet de loi 33 n'est pas clair quant au mode de financement des cliniques médicales associées. En effet, cet aspect est passé sous silence bien que le secteur de la santé et des services sociaux n'ait pas été exclu de l'application de la Loi sur l'agence des partenariats public-privé du Québec²⁶. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a toutefois affirmé en Commission parlementaire qu'« *une clinique spécialisée affiliée ça fait partie du système public de santé du Québec. C'est financé par l'État.* »²⁷. S'agit-il de la construction et de la gestion de la clinique elle-même ou seulement des services à y être dispensés?

Bien malin qui pourra savoir si le projet de loi 33 prévoit la construction de cliniques avec la participation de fonds publics. La présidente du Conseil du trésor avait pourtant fait une telle ouverture en 2004 dans le cadre du dévoilement de son plan de modernisation de l'État²⁸. Telle est également l'ambition du Groupe Opmedic Inc. En effet, cette compagnie dont les actions ordinaires se négocient à la Bourse de Toronto²⁹ depuis le 23 décembre 2005, « *souhaite évaluer le développement d'un partenariat public-privé pour étendre les activités de sa division OPMEDIC Laval vers des chirurgies ciblées en ophtalmologie pour les cataractes et en orthopédie pour les arthroplasties du genou et de la hanche.* »³⁰ Aux dires du président d'Opmedic, il ne s'agirait là que de la pointe de l'iceberg : « *« On a entr'ouvert la porte et on va voir beaucoup plus de possibilités de partenariat public-privé que les trois types de chirurgies annoncées », soulignant au passage qu'il existe des listes d'attentes avec des délais supérieurs à un an pour beaucoup d'autres chirurgies.* »³¹

En Angleterre, en dépit de la politique gouvernementale officielle qui précise l'exclusion des services cliniques des *Private Finance Initiative (PFI)*, un projet pilote a été démarré il y a quelques années. En 2000, le secrétaire à la santé annonçait un développement des PFI d'une valeur de £2,3 milliards pour inclure les chirurgies générales, les pharmacies communautaires, les centres de santé, les installations de moyen et long terme³². Est-ce un modèle semblable que propose le projet de loi 33 pour les trois chirurgies de la hanche, du genou, de la cataracte et éventuellement l'ensemble de la chirurgie ambulatoire, de même que pour les examens de laboratoire, par la création de cliniques médicales associées, affiliées à un centre hospitalier, avec pour objectif avoué de diminuer les listes d'attentes?

Or, l'expérience passée a montré sans équivoque qu'il ne s'agit pas d'une solution efficace aux listes d'attente : une étude comparative, réalisée au Manitoba entre 1992 et 1996 démontre que pour les patient-e-s dont les chirurgiens n'opèrent que dans le secteur public, après avoir diminué dans les premières années (14 à 7 semaines), l'attente a de nouveau augmenté pour la dernière année à l'étude (7 à 10 semaines)³³.

De plus, il semble que dans les cliniques privées, les médecins pourraient fournir à leurs patient-e-s des services excessifs. Les études effectuées aux États-Unis démontrent que lorsque les médecins sont propriétaires des cliniques, ils utilisent beaucoup plus de services de ces cliniques. Ils auraient un incitatif financier à fournir davantage de services. Une étude, réalisée auprès de 60 000 patient-e-s, a permis de comparer l'utilisation des services de radiographie pour des patient-e-s dont les médecins traitants avaient des équipements dans leur clinique avec d'autres n'en disposant pas. Les résultats démontrent une utilisation supérieure des équipements de radiographie par les médecins traitants ayant des équipements pour des problèmes du système respiratoire supérieur (46 % contre 11 %), lors de la grossesse (59 % contre 13 %), pour des douleurs au bas du dos (54 % contre 12 %) et, finalement, lors de difficultés à uriner (32 % contre 8 %)³⁴. L'usage est quatre fois plus fréquent lorsque l'équipement de radiographie est disponible sur place. Encore une fois, la privatisation n'améliore pas l'efficience.

La Grande-Bretagne expérimente les PFI dans le secteur de la santé depuis 1992. La principale justification invoquée par le gouvernement pour introduire les partenariats

dans ce secteur était qu'ils devaient permettre une meilleure optimisation des ressources. Après 10 ans d'application des PFI dans le secteur de la santé en Grande-Bretagne, l'association professionnelle des médecins anglais, la British Medical Association, résume l'opposition toujours forte dans ce secteur :

- *« les initiatives privées ne mènent pas à l'optimisation des ressources;*
- *les coûts continuent d'augmenter avec le développement d'initiatives privées;*
- *les services ont été coupés pour réduire les coûts;*
- *les effets plus larges sur les fonds gouvernementaux peuvent créer une distorsion;*
- *des contrats d'une durée de 25 à 35 ans entraînent un manque de flexibilité;*
- *des projets sont développés sans égard à une planification plus large. »³⁵*

Après une analyse détaillée de chacun de ces éléments, la British Medical Association conclut que :

« [...] les faits continuent de démontrer que les initiatives privées dans le domaine hospitalier sont excessivement coûteuses et ne répondent pas de manière satisfaisante à nos préoccupations en regard de l'accessibilité aux services, de l'optimisation des ressources, du transfert de risque et des coupures de services. D'après nous, ni les avantages initialement annoncés pour les initiatives privées, ni les améliorations proposées par le gouvernement actuel ne contrebalanceront les désavantages. »³⁶

Pour les employé-e-s, l'approche contractuelle anglaise s'est avérée plutôt désavantageuse, surtout en matière de régime de retraite. En effet, le régime de retraite a été maintenu pour les employé-e-s qui ont été transféré-e-s vers les cliniques privées anglaises; toutefois, les nouveaux embauchés n'ont qu'un régime de retraite quasiment inutile, sans contribution de l'employeur.

Bref, en Grande-Bretagne, les PFI n'ont pas amené les bénéfices escomptés ni pour la population, ni pour les finances publiques. De plus, les ressources humaines n'en ont pas profité. Rien d'étonnant quand on sait que 80 % des dépenses d'établissements sont consacrées à la main-d'œuvre. Cette portion ne peut que représenter la principale source d'économies pour l'entreprise privée qui doit en plus dégager des marges de

profit pour ses actionnaires. Il semble bien d'ailleurs que les entreprises soient les seules gagnantes de cette nouvelle façon d'offrir les services publics, si l'on en juge par leurs résultats financiers.

- **Comment s'opérera le financement des cliniques?**

Bien qu'il soit prévu que l'agence régionale décide seule de l'opportunité de recourir ou non aux cliniques médicales spécialisées, l'agence et tout établissement seraient partie au contrat. En effet, l'article 349.3, al. 1 dispose que « *l'agence et tout établissement concerné [...] doivent [...] conclure une entente avec l'exploitant de la clinique médicale retenue.* » C'est donc dire que l'établissement devient lui aussi lié par cette entente de sous-traitance.

Quant au paiement des services eux-mêmes, le projet de loi précise qu'ils sont remboursés selon un montant unitaire, versé par l'agence (PL 33, art. 12, insertion de l'art. 349.3, al. 1, par. 3). Mais à partir de quel budget? Puisque l'agence régionale verse également le budget aux établissements, celle-ci utilisera-t-elle une partie du budget des établissements pour financer des chirurgies ou des procédures qui seront sous-traitées aux cliniques médicales spécialisées? Les agences paieront-elles les cliniques médicales associées à même les enveloppes budgétaires des établissements? Aux dires du Groupe Santé Sedna, « *le budget alloué à l'établissement, octroyé par l'agence, [...] nous était sous-traité finalement.* »³⁷ Les établissements de santé étant déjà dans une situation de déficit budgétaire pour plusieurs, il serait hautement inconvenant de leur amputer en plus une partie de leur financement pour le transférer à l'entreprise privée. Cet élément du projet de loi doit être clarifié.

Par ailleurs, il est plutôt surprenant que la durée prévue des ententes liant les cliniques médicales associées, les agences régionales et les établissements publics soit de cinq ans, avec possibilité de renouvellement (PL 33, art. 12, insertion de l'art. 349.3, al. 3). En effet, alors que le gouvernement du Québec verse des budgets annuels aux agences et par conséquent aux établissements du réseau public, agences et établissements se verront contraints de s'engager dans des contrats d'une durée cinq fois supérieure à la durée de leurs propres budgets. Il s'agit là d'une aberration pour le réseau public. Qu'advient-il si l'agence et l'établissement n'arrivent plus à rencontrer leurs

obligations financières en matière contractuelle, le projet de loi ne prévoyant pas la résiliation du contrat pour ce motif? Les seuls motifs retenus ont trait à la qualité, à la sécurité des services médicaux et au fait pour l'exploitant de se conformer à certaines exigences de nature administrative (PL 33, art. 12, insertion de l'art. 349.9 et des art. 349.4 à 349.8).

En somme, paiements de sous-traitance, mesures de surveillance des sous-traitants, gestion des plaintes constituent autant de nouvelles responsabilités attribuées aux établissements publics qui engagent des ressources humaines et financières que les établissements publics ne pourront pas consacrer aux services directs aux patient-e-s.

- **Éviter de garantir un minimum de services à l'entreprise privée**

Le projet de loi 33 prévoit un certain nombre d'éléments devant faire obligatoirement partie de l'entente de sous-traitance et notamment « *les nombres minimal et maximal de services médicaux spécialisés pouvant être dispensés annuellement dans la clinique* » (art. 349.3, al. 1, par. 2). La comparaison du contenu de cette disposition aux modalités contenues à deux des contrats albertains en matière de services orthopédiques et de services d'imagerie médicale apparaît plutôt généreuse.

En effet, le Calgary Health Region a su résister à la tentation de s'engager à sous-traiter un nombre minimal de procédures dans ses contrats. Les deux contrats consultés précisent un maximum de procédures pouvant être effectuées dans les cliniques. Ce maximum est basé sur un budget fixe. La région se réserve cependant le droit de diminuer ce budget et ne garantit pas un nombre minimum de procédures, pas plus qu'elle n'assure d'exclusivité de services d'ailleurs³⁸.

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec croit que les dispositions du projet de loi en matière contractuelle sont trop généreuses et ne tiennent pas compte de la réalité budgétaire du réseau public de santé. Ces dispositions doivent être resserrées.

- **Le règlement des différends : l'arbitrage commercial**

En cas de désaccord relativement à l'interprétation ou à l'application de l'entente, le projet de loi prévoit la mise sur pied d'un mécanisme de règlement des différends (PL 33, art. 12, insertion de l'art. 349.3, al. 1, par. 7). Le projet de loi reste cependant muet sur la nature et sur le fonctionnement de ce mécanisme de règlement des différends. Il est également muet sur la question des frais encourus par ce type de procédure. Qui paiera les frais? Les établissements seront-ils tenus de régler une partie de la facture d'arbitrage puisqu'ils sont partie au contrat?

Généralement parlant, en cours d'exécution de contrat, la résolution des litiges en matière commerciale fait l'objet d'une procédure d'arbitrage commercial. En droit québécois, la convention d'arbitrage commercial est prévue au Code civil³⁹. Les différends relatifs aux contrats commerciaux sont bel et bien réels si on se fie au nombre de centres permanents d'arbitrage⁴⁰ et au nombre de différends qu'ils tranchent.

L'arbitrage commercial, qu'il soit national ou international, constitue « *une justice privée d'origine contractuelle* »⁴¹ à laquelle les parties à un contrat recourent afin de régler leurs différends commerciaux. Les parties ont le choix du lieu d'arbitrage et de la loi applicable. Il est maintenant reconnu que l'État peut compromettre (introduire une clause compromissoire au contrat) lorsqu'il s'engage par contrat avec des entreprises privées. Ainsi, les litiges d'origine contractuelle peuvent être réglés en toute discrétion.

L'une des grandes caractéristiques de l'arbitrage commercial international réside dans le caractère confidentiel tant de la procédure que de la sentence elle-même : « *les audiences sont à huis clos, les sentences sont secrètes* »⁴². Selon Philippe Fouchard, ce serait d'ailleurs « *l'un des avantages que les parties attendent de l'arbitrage.* »⁴³ Certains règlements d'arbitrage permettent, avec le consentement des parties ou lorsque la loi l'exige, de rendre publique la sentence. Toutefois, les sentences demeurent anonymes et sont désignées par un numéro. Le grand inconvénient réside dans l'absence de jurisprudence, bien qu'une certaine jurisprudence ait commencé à se créer avec la publication de sentences, anonymes, il faut bien le préciser⁴⁴.

D'un point de vue citoyen, s'agit-il vraiment d'un atout? Pour ceux qui perdent ainsi l'accès à de l'information qu'ils seraient normalement en droit de connaître, le recours à l'arbitrage commercial apparaît plutôt comme un recul démocratique. Il est de plus contraire à la règle de transparence évoquée plus haut.

Le Calgary Health Region, bien qu'il prévoit l'arbitrage des contrats, a cru bon baliser cette procédure dans les deux contrats examinés et cités plus haut. En effet, il prévoit tout d'abord une procédure de négociation préalable avant d'en arriver à cette solution ultime; ensuite, un certain nombre de matières sont exclues de l'arbitrage, le lieu de l'arbitrage est explicitement mentionné, de même que la législation applicable, ainsi que les règles de partage des coûts⁴⁵.

Puisque le ministre de la Santé et des Services sociaux compte introduire cette procédure dans l'univers de la santé et des services sociaux au Québec et puisque les services dispensés en cliniques médicales spécialisées affiliées sont financés à même les deniers publics, la FIIQ estime que les causes portées en arbitrage commercial doivent être portées à l'attention de la population et faire l'objet d'une publication spéciale au même titre que l'arbitrage de griefs par exemple. En effet, il apparaît primordial que les décisions relatives à ces causes soient publiées, comme toutes les autres décisions relatives aux engagements contractuels du gouvernement du Québec d'ailleurs. Ce processus devrait faire partie intégrante des mécanismes de reddition de compte du gouvernement du Québec.

◆ **De nouveaux pouvoirs pour le ministre**

Le projet de loi 33 donne au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir d'autoriser une entente entre un établissement et une clinique médicale spécialisée avec médecins non participants ou avec un-e professionnel non participant (PL 33, art. 5, par. 1, modifie l'art. 108). De plus, le ministre peut autoriser un établissement public ou un établissement privé conventionné à louer ses installations à un-e professionnel non participant ou lui en permettre l'utilisation (PL 33, art. 10, insertion de l'article 263.2). Quels professionnels sont visés par cette disposition et dans quelles circonstances? S'agit-il d'effectuer des chirurgies sur des clientèles dont la condition physique ne

permettrait pas une intervention en clinique privée? Ce pouvoir discrétionnaire du ministre semble beaucoup trop large et doit être mieux circonscrit.

Les situations énoncées plus haut constituent autant de circonstances où les ressources du secteur public sont mises au service du secteur privé. La FIIQ comprend que certaines de ces pratiques peuvent avoir déjà cours, d'une manière limitée et dans certains établissements. Toutefois, elle ne croit pas qu'il faille pour autant les institutionnaliser en les légalisant. Au risque de se répéter, il faut bien rappeler que ces pratiques ont déjà été expérimentées ailleurs et que les services privés ont fini par empiéter d'une manière inadmissible sur les services publics. La FIIQ croit qu'il faut maintenir l'exclusivité des services publics.

Lorsque le temps d'attente est jugé déraisonnable, le ministre peut, avec l'autorisation du gouvernement, autoriser une offre alternative de services. « *Le ministre peut, malgré toute disposition inconciliable, assumer le coût de tout service obtenu, conformément à ses directives, dans un centre médical spécialisé [...] [avec médecins non participants] ou à l'extérieur du Québec.* » (PL 33, art. 16, insertion de l'article 431.2, al. 4).

Concrètement, le gouvernement assume le coût des services obtenus dans des cliniques de médecins non participants ou à l'extérieur du Québec. Dans ces deux derniers cas, il ne semble pas y avoir d'entente avec les cliniques médicales spécialisées. Les tarifs seraient-ils négociés au cas par cas, ou autrement? Quelle priorité serait accordée aux patient-e-s en provenance du réseau public par rapport à la clientèle régulière de ces cliniques? Même s'il est déjà arrivé par le passé que le gouvernement du Québec ait envoyé des patient-e-s se faire traiter aux États-Unis, la FIIQ estime qu'il n'est pas nécessaire d'introduire ces possibilités dans un projet de loi pour y avoir recours si besoin était éventuellement. L'introduction de ces deux possibilités constitue une mauvaise solution aux listes d'attente. D'une part, elles institutionnalisent une solution qui ne peut constituer qu'un pis-aller et d'autre part, elles drainent les ressources hors du réseau de la santé et des services sociaux, voire hors du Québec, ce qui ne peut qu'être néfaste à son bon fonctionnement.

■ LES RESSOURCES HUMAINES

Pour les ressources humaines, l'enjeu des cliniques médicales associées est de taille. En effet, il faut garder bien vif en mémoire que le réseau public de santé et de services sociaux fait face depuis plusieurs années déjà à une pénurie de main-d'œuvre. Cette pénurie est d'ailleurs relativement importante dans une région comme Montréal, région par ailleurs visée pour l'implantation de cliniques médicales associées.

Lors de la commission parlementaire sur Garantir l'accès, le ministre de la Santé et des Services sociaux s'était engagé à baliser la question des ressources humaines dans le projet de loi⁴⁶. Or, force est de constater que ces balises sont extrêmement faibles :

- « *Aux fins de déterminer un traitement médical spécialisé, le ministre doit prendre en compte notamment les risques généralement associés à ce traitement, l'importance du personnel et de l'équipement nécessaires pour le dispenser de même que, le cas échéant, le type d'anesthésie normalement utilisé lors du traitement et la durée de l'hébergement habituellement requise à la suite de celui-ci.* » (PL 33, art. 11, insertion de l'article 333.1, al. 2);
- « *Avant d'accepter la proposition de l'agence, le ministre doit être d'avis qu'elle est de nature à améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés concernés et qu'elle n'affectera pas la capacité de production du réseau public de santé et de services sociaux, notamment en regard de la main-d'œuvre requise pour le fonctionnement de ce réseau.* » (PL. 33, art.12, insertion de l'article 349.2, al.1.)

Tels que rédigés, ces deux articles du projet de loi laissent bien sous-entendre que les établissements publics constituent le seul réservoir de main-d'œuvre disponible pour alimenter les cliniques médicales spécialisées affiliées. Où les cliniques médicales recruteront-elles leur personnel si ce n'est dans les centres hospitaliers du réseau public? Les hôpitaux publics du Québec étant le seul lieu de formation de cette main-d'œuvre spécialisée, ces derniers deviendront-ils l'unique bassin de recrutement de la main-d'œuvre?

Il semble clair que les questions relatives à la qualité des services, à la sécurité des patient-e-s et à la qualification du personnel devraient être renforcées dans le projet de loi, en regard notamment de la formation du personnel.

Quoiqu'il en soit, jetons un rapide coup d'œil vers l'Ouest canadien. Comme nous l'avons vu plus haut, le Calgary Health Region a déjà signé de nombreux contrats avec des cliniques médicales privées pour la prestation de services de santé publics. Ces contrats précisent que la clinique médicale détient un statut d'entreprise indépendante; il y est spécifié que les employés sont les salariés de l'exploitant et non ceux de l'organisme régional. On y précise également que l'exploitant est seul responsable pour toutes les omissions de ses employés, tel que prévu par la loi, de même que pour tous les coûts afférents à ses employés⁴⁷. Le personnel n'a donc pas de lien d'emploi avec les établissements d'où provient la clientèle.

Si le gouvernement du Québec s'oriente vers une telle avenue, est-ce à dire que le personnel des cliniques médicales n'aurait aucun lien avec le conseil des infirmières et infirmiers (CII) et son comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires ou avec le conseil multidisciplinaire? Comment se ferait la mise à jour des compétences, la mise à niveau de la formation?

En Grande-Bretagne, modèle par excellence du gouvernement libéral, le transfert de certaines chirurgies vers le secteur privé s'est traduit par une détérioration des conditions de travail des employés du système public où un alourdissement des cas a pu être constaté. Par ailleurs, le gouvernement anglais a négocié des conditions de transfert des établissements publics vers les cliniques privées pour le personnel.

Au Québec, un précédent a déjà été créé avec l'instauration du modèle des groupes de médecine familiale (GMF) où les infirmières notamment, rattachées aux centres locaux de services sociaux, détiennent une affectation en cabinet médical. Il s'agit là d'une avenue qui pourrait être envisagée. Quoiqu'il en soit, la mise sur pied de cliniques médicales publiques telles que promises depuis presque dix ans maintenant permettrait de remédier à cette situation on ne peut plus facilement. La FIIQ estime que le modèle des GMF devrait être celui qui prévaut pour l'ensemble du personnel.

■ LES ASSURANCES DUPLICATIVES

Le projet de loi 33 consacre une section à la question relative aux assurances. D'une part, l'article 15 de la Loi sur l'assurance maladie est reformulé (PL 33, art. 40, remplace l'article 15 de la Loi sur l'assurance-maladie) pour permettre l'assurance pour les épisodes de soins entourant les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte, y incluant les services préopératoires, postopératoires, de réadaptation et de soutien à domicile, de même que pour « *un autre traitement médical spécialisé déterminé conformément à l'article 15.1* »⁴⁸. Quant à l'article 11 de la Loi sur l'assurance hospitalisation (PL 33, art. 39, remplace l'art. 11 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation), il est remplacé par une nouvelle disposition qui prévoit la légalisation de l'assurance pour certains services offerts en clinique médicale spécialisée avec médecins non participants, une nouvelle sorte de petit hôpital privé. L'assurance privée en clinique médicale spécialisée serait donc légalisée par cette disposition.

Ainsi, le projet de loi 33 qui prévoit la délivrance de permis d'exploitation à des centres médicaux spécialisés avec médecins non participants, autorise en plus l'achat d'assurances privées duplicatives. Le projet de loi 33 fait en sorte que ces deux mesures conjuguées l'une à l'autre constituent vraiment le laissez-passer pour la mise sur pied de petits centres hospitaliers privés parallèles au réseau public de santé.

De plus, tout élargissement de l'assurance privée duplicative se ferait par règlement, après étude par la commission compétente de l'Assemblée nationale (PL 33, art. 40, insertion de l'art. 15.1). Certes, cette rédaction est préférable à la précédente qui ne prévoyait qu'un règlement sans aucune consultation mais est-elle suffisante? À qui cette étude en commission parlementaire sera-t-elle réservée? La consultation sera-t-elle ouverte aux citoyen-ne-s, les premier-ère-s concerné-e-s? La FIIQ croit que cette disposition est insuffisante. Tout élargissement de l'assurance privée duplicative ne devrait être autorisée que par voie législative.

Le jugement de la Cour suprême demandait au gouvernement de régler le problème de l'attente; en aucun temps il n'enjoignait le gouvernement à créer un réseau de santé privé parallèle au Québec. Il nous apparaît à travers le projet de loi 33 que le gouvernement répond à des impératifs politiques qui n'ont rien à voir avec la décision de

la Cour suprême. La décision de la Cour suprême est plutôt utilisée comme prétexte pour l'introduction de modifications fondamentales au cadre légal du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Par ailleurs, le Commissaire à la santé et au bien-être récemment nommé est investi notamment de la responsabilité d'apprécier les résultats atteints par le système de santé. Il exerce ses responsabilités notamment en regard de l'assurabilité et du financement des services⁴⁹. Dans le nouveau contexte que porte le projet de loi 33, les choix d'affaires et les choix comptables risquent fort d'interférer avec les questions de santé et de bien-être. Or, le fait d'introduire l'assurance privée duplicative alors que l'assurabilité des services constitue maintenant un critère d'appréciation pour le Commissaire à la santé et au bien-être risque de compromettre le principe d'intégralité de la Loi canadienne sur la santé. L'assurance privée duplicative deviendra-t-elle le cheval de Troie permettant de créer deux classes de citoyens en regard du système de santé? Le Commissaire à la santé et au bien-être sera-t-il tenté de suggérer l'élargissement de l'assurance privée duplicative lorsqu'il aura à faire des choix nécessaires à la viabilité du système, lesquels menacent à leur tour les principes d'universalité et d'accessibilité inscrits à la loi canadienne?

La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec réitère sa ferme opposition à toute assurance privée duplicative laquelle profiterait d'abord et avant tout aux compagnies d'assurance, dont le seul objectif en matière de santé et de services sociaux est de permettre à ceux qui en ont les moyens de court-circuiter les listes d'attente.



CONCLUSION

Mécanisme central de gestion de l'accès, cliniques médicales spécialisées privées, assurance privée duplicative, telles sont les trois instruments que le gouvernement libéral introduit par le projet de loi 33, en réponse à l'arrêt de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli/Zeliotis. Mais pour se conformer au jugement de la Cour, le gouvernement libéral doit-il aller aussi loin que de permettre le développement d'un système de santé privé parallèle en autorisant l'assurance privée duplicative et la création de centres médicaux spécialisés privés avec médecins non participants et permis d'hospitalisation? De toute évidence, la réponse est négative. La seule obligation faite au gouvernement consiste à solutionner le problème lié aux délais d'attente déraisonnables. Il n'a donc pas besoin de mettre en place tout cet arsenal pour y arriver.

Par ailleurs, ce même projet de loi introduit dans le système de santé et de services sociaux publics la possibilité de recourir à des partenariats public-privé et à la contractualisation des services de santé avec des centres médicaux spécialisés privés avec médecins participants cette fois, qui deviendront une fois l'entente signée, des cliniques médicales associées. Il s'agit là d'une manière d'accroître l'offre des services publics par le recours à des ressources privées. Mais contrairement aux traditionnels cabinets médicaux, ces cliniques sonnent l'arrivée au Québec d'entreprises multinationales nationales ou étrangères dans le domaine des soins de santé. Encore une fois, le jugement de la Cour suprême du Canada ne peut être invoqué pour avaliser de quelque manière que ce soit cette orientation strictement politique du gouvernement libéral. Ce sont là des choix purement politiques et à caractère marchand qui n'ont aucun lien avec les droits à la vie, à la sûreté et à l'intégrité de la personne protégés par la Charte québécoise des droits et libertés de la personne.

Il semble que le contexte créé par la décision de la Cour suprême constitue une opportunité politique que compte bien saisir le gouvernement libéral pour poursuivre une réforme à caractère marchand, pour poursuivre la libéralisation des services de santé et des services sociaux, libéralisation que les Québécoises et les Québécois ne souhaitent tout simplement pas.



RECOMMANDATIONS :

- Que tout élargissement, si besoin il y a, de l'assurance privée duplicative se fasse par législation et non par règlement;
- Que les cliniques ambulatoires publiques telles que proposées lors de réformes antérieures fassent l'objet de réinvestissements publics dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec;
- Que le projet de loi distingue, par des appellations différentes, les centres médicaux spécialisés avec médecins participants et avec médecins non participants afin de dissiper toute confusion possible, pour le grand public, entre les deux types d'établissements;
- Que l'expression « tout autre traitement médical spécialisé déterminé par règlement du ministre » (PL 33, article 11, insertion de l'article 333.1, al. 1) soit biffée;
- Que tout élargissement possible soit porté à la consultation du conseil d'administration de l'établissement et se fasse par voie législative;
- Que la décision de recourir ou non aux cliniques médicales spécialisées affiliées soit laissée à l'entière discrétion des centres de santé et de services sociaux et non à l'agence régionale;
- Que la définition et l'inscription des critères devant être pris en compte pour le calcul des coûts unitaires soient traduites dans le projet de loi ;
- Que les critères de calcul des coûts unitaires tiennent compte de tous les coûts réels encourus de façon à ne pas donner un avantage comparatif au secteur privé du fait qu'il n'assume pas telle ou telle responsabilité;
- Que le projet de loi soit clarifié afin que les budgets des établissements publics ne soient pas sous-traités aux cliniques médicales associées par contrat;
- Que le gouvernement du Québec resserre les paramètres en matière contractuelle considérés beaucoup trop généreux et qu'il ne garantisse pas, entre autres, de minimum de services médicaux dans les contrats de sous-traitance avec les cliniques médicales affiliées;
- Qu'en matière d'arbitrage des différends, le gouvernement du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux encadrent mieux la procédure d'arbitrage commercial en excluant certaines matières, en précisant le lieu de l'arbitrage, la législation applicable de même que les règles de partage des coûts;
- Que le gouvernement du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux rendent publiques les causes portées devant les tribunaux d'arbitrage et publient les décisions arbitrales afin de constituer une jurisprudence.



NOTES

¹ Marie-Claude Prémont, « Il ne faut pas faire dire au jugement le contraire de ce qu'il dit! Le concept d'un des plus importants programmes sociaux du Québec relève d'une décision d'abord politique », Réseau de recherche en santé des populations, Cahier spécial, *Le Devoir*, 18 et 19 février 2006, p. G-3.

² Marie-Claude Prémont, *La décision Chaoulli et l'assurance santé au Québec*, Faculté de droit, Université McGill, 15 février 2006, p. 14.

³ L.Q. 2001, c. 34, (projet de loi 169).

⁴ Il s'agit de l'article 94 (p) du Code des professions. Voir Paul MARTEL, « Les sociétés par actions professionnelles », présentation dans le cadre du mini-colloque *L'exercice professionnel en société par actions ou en s.e.n.c. – comment les régler*, Barreau du Québec, Service de la formation permanente, novembre 2001, pp. 16 et 17 : « L'article 94 (p) du Code des professions envisage expressément la possibilité que les actions de la société soient inscrites à une bourse de valeurs mobilières. Bien peu de sociétés par actions de professionnels sont susceptibles de se rendre aussi loin. Bien sûr, cette éventualité est exclue pour les actions, si l'ordre restreint leur détention aux seuls professionnels, mais, même dans ce cas, la société pourrait faire un appel public à l'épargne pour l'émission d'autres valeurs mobilières telles des obligations. Si l'ordre ne requiert qu'un contrôle de la société par les professionnels, cela ouvre la porte à l'émission publique d'actions subalternes (les professionnels conservant un nombre suffisant d'actions multivotantes) ou d'actions non votantes, et à l'inscription de ces actions à la bourse. »

En page 18, l'auteur s'exprime à propos des exigences que peut imposer un ordre professionnel pour que les administrateurs soient tous des professionnels. Il affirme que « [l']ordre peut, par règlement, empêcher ceci, tout d'abord en exigeant que les administrateurs de la société soient tous ou majoritairement des membres de la profession qu'il régit [...] Toutes les juridictions provinciales, l'État de New York et le Texas, requièrent que tous les administrateurs soient des professionnels [...] En second lieu, il peut, comme l'Ontario et le Manitoba, interdire toute convention unanime des actionnaires si ceux-ci ne sont pas tous des membres de l'ordre. »

⁵ Medisys, *Notre profil*, [En ligne] : <http://www.medisys.ca/fr/company.htm> (page consultée le 7 mars 2003).

⁶ Caroline FAESCH, « Un Suédois sur le marché des cliniques privées. La montée en puissance de Capio Santé », *Le Quotidien du médecin*, 14 septembre 2004, [En ligne] : http://www.ucdf.net/recup/DOSSIER_DOCCHIR/DOC_04_09_14_QdM_CAPIO.htm (page consultée le 7 septembre 2006).

⁷ Groupe Santé Sedna, « Les secteurs d'activités », [En ligne] : <http://www.groupe-sedna.ca> (page consultée le 7 septembre 2006).

⁸ Paul MARTEL, *op. cit.*, p. 13.

⁹ *Ibid.*, p. 14 : « L'ordre doit déterminer aussi s'il veut permettre à d'autres que des professionnels de détenir des actions, votantes ou non, dans la société. La règle dans les autres juridictions est que seuls les professionnels peuvent détenir des actions votantes et que, parfois, seuls eux-mêmes ou des membres de leur famille peuvent détenir des actions non votantes. Rien dans la Loi [Code des professions] n'oblige l'ordre à suivre cet exemple, mais il est convaincant. »

¹⁰ Conférence de presse de monsieur Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux, Présentation du projet de loi concernant la garantie d'accès, le jeudi 15 juin 2006, [En ligne] : <http://www.assnat.qc.ca/fra/conf-presse/2006/060615PC.HTM> (page consultée le 20 juin 2006).

¹¹ Lors de la commission parlementaire, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, s'exprimait ainsi : « [O]n amène le principe de l'étanchéité de la pratique du médecin, qu'on veut maintenir, entre le médecin qui est participant à l'assurance maladie et celui qui est non participant, au moins pour quelques années, jusqu'à temps que les effectifs soient suffisants. », Commission permanente des affaires sociales, Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité (6), *Journal des débats*, vol. 39, no 13, 13 avril 2006, 11h20, [En ligne] :

http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/cas/060413.htm#_Toc139178341
(page consultée le 30 août 2006).

¹² Monsieur Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux, Commission permanente des affaires sociales, Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité (8), *Journal des débats*, vol. 39, no 29, 17 mai 2006, 9h50, [En ligne] :

http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/cas/060517.htm#_Toc142985086
(page consultée le 18 août 2006).

¹³ Commission permanente des affaires sociales, Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité (2), *Journal des débats*, vol. 39, no 9, 5 avril 2006, 17h20, [En ligne] : <http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/cas/060405.htm> (page consultée le 30 août 2006).

¹⁴ *Ibid.*, 10h30.

¹⁵ Alexandre SIROIS, « Les hôpitaux pourraient cesser d'effectuer des chirurgies électives », *La Presse*, 13 avril 2002, p. A-3.

¹⁶ Santé Canada, *Loi canadienne sur la santé, Rapport annuel 2004-2005*, Ottawa, Santé Canada, 2006, p. 105.

¹⁷ « [L]a décision doit se faire dans un CSSS dans le cadre d'un plan d'accessibilité aux soins », disait le ministre Philippe Couillard en Commission permanente des affaires sociales, Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité (1), *Journal des débats*, vol. 39, no 8, 4 avril 2006, 11h00, [En ligne] : <http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/cas/060404.htm> (page consultée le 30 août 2006).

¹⁸ Voir les contrats suivants : *Agreement for the Provision of Orthopedic Surgical Services between Calgary Health Region and Network Health Inc. operating as Health Resource Centre – Calgary*, Agreement Dated for reference the 1st day of October 2004, art. 4.6 and Schedule C, pp. 8, 9, 36-40, [En ligne] :

http://www.calgaryhealthregion.ca/contracts/clin_contracts/surgical.htm (page consultée le 22 août 2006); *Agreement for the Provision of Ambulatory Magnetic Resonance Imaging Services between Calgary Health Region and Diagnostic Imaging Specialists Calgary*, Agreement Dated for reference the 2nd day of December 2004, art. 4.6 and Schedule B, pp. 4-5 et 31-36, [En ligne] : http://www.calgaryhealthregion.ca/contracts/clin_contracts/surgical.htm (page consultée le 22 août 2006).

¹⁹ « [O]n parle de volume excédentaire » disait le ministre Couillard, Commission permanente des affaires sociales, Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité (1), *op. cit.*, 12h00.

²⁰ L.Q. 2006, c. 29, (projet de loi 17).

²¹ Cette loi est mieux connue sous le nom de Bill 11, *Health Care Protection Act*, 4th Sess., 24th Leg., 2000.

²² Voir la liste des principaux contrats, leur domaine d'action et le nom de la compagnie sous contrat à l'adresse suivante, [En ligne] :

http://www.crha-health.ab.ca/contracts/clin_contracts/index.htm (page consultée le 23 août 2006).

²³ Santé Canada, *Loi canadienne sur la santé, Rapport annuel 2004-2005, op. cit.*, p. 173.

²⁴ « Orthopedic Surgical Services », Alberta, appel lancé en vertu de l'Accord sur le commerce intérieur (ACI), [En ligne] :

https://www.seao.ca/Recherche/avis_selectionnes_jour.aspx?SubCategoryCode=S7&callingPage=4&CatChosen=1 (page consultée le 10 février 2006).

²⁵ Le contrat antérieur, non encore expiré, d'une durée de deux ans (18 octobre 2004 au 17 octobre 2006) peut être consulté à l'adresse suivante :

http://www.calgaryhealthregion.ca/contracts/cli_contracts/surgical.htm (page consultée le 22 août 2006).

²⁶ L.Q. 2004, c. 32, (projet de loi 61).

²⁷ Commission permanente des affaires sociales, Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité* (8), *op. cit.*, 10h10. Le lendemain, le ministre affirmait qu'« une clinique affiliée financée par le public, composée uniquement de médecins participants, dans laquelle il n'y a aucune contribution des patients, ça fait partie du système public de santé du Québec. », Commission permanente des affaires sociales, Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité* (9), *Journal des débats*, vol. 39, no 30, 18 mai 2006, 10h00, [En ligne] :

<http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/cas/060518.htm> (page consultée le 31 août 2006).

²⁸ « Il y aura également la création de centres médicaux et chirurgicaux agréés, affiliés à des hôpitaux et là, c'est essentiellement pour faciliter le travail et réduire les délais d'attente dans les établissements de santé pour des opérations qui peuvent se faire dans un jour. À titre d'exemple, on peut penser à des opérations pour des cataractes. Voilà un exemple.// Il y a la rénovation et restauration de 3 000 à 5 000 places dans des CHSLD – centres d'hébergement de soins de longue durée. », *Allocution de Mme Monique Jérôme-Forget, présidente du Conseil du trésor et ministre responsable de l'Administration gouvernementale à l'occasion du dévoilement du Plan de modernisation de l'État québécois*, 5 mai 2004.

²⁹ Groupe OPMEDIC Inc., « Le GROUPE OPMEDIC Inc. annonce une hausse de 64 % de ses bénéfices nets au premier trimestre », Communiqué de presse, 17 janvier 2006, [En ligne] : <http://www.canadanewswire.ca/en/releases/archive/January2006/17/c3059.html> (page consultée le 7 mars 2006).

³⁰ Groupe OPMEDIC Inc., « Le GROUPE OPMEDIC Inc. annonce l'ouverture en avril 2006 de sa première clinique entièrement dédiée à la chirurgie », Communiqué de presse, 21 février 2006, [En ligne] : <http://www.canadanewswire.ca/en/releases/archive/February2006/21/c4825.html> (page consultée le 7 mars 2006).

³¹ Stéphane ST-AMOURS, « Le Groupe OPMEDIC aspire à devenir l'une des premières cliniques spécialisées affiliées », *Courrier de Laval*, 26 février 2006, [En ligne] : <http://www.courrierlaval.com/pages/article.php?noArticle=22046> (page consultée le 7 mars 2006).

³² Frank CHALMERS, « PFI threat to primary care », *Healthmatters*, Issue 42, Autumn 2000, [En ligne] : <http://www.healthmatters.org.uk/issue42/pfiprimarycare> (page consultée le 11 août 2004).

³³ C. DECOSTER et al., *Waiting Times of Surgery in Manitoba*, Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, University of Manitoba, Winnipeg, 1998.

³⁴ B.J. HILLMAN et al., « Frequency and Costs of Diagnostic Imaging in Office Practice : A Comparison of Self-Referring and Radiologists-Referring Physicians », *New England Journal of Medicine*, vol. 323, no 23, 1990, pp. 1604-1608.

³⁵ «Advantages & Disadvantages of the Private Finance Initiative», *British Medical Association*, March 2002, [En ligne] : <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Healthcare+funding+review+research+report+7\h...> (page consultée le 11 août 2004), (traduction libre).

³⁶ *Id.*

³⁷ Commission permanente des affaires sociales, Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité (6), *op. cit.*, 11h20.

³⁸ *Agreement for the Provision of Orthopedic Surgical Services* between Calgary Health Region and Network Health Inc. operating as Health Resource Centre – Calgary, *op. cit.*, art. 4.6 and Schedule C, pp. 9, 10, 46; *Agreement for the Provision of Ambulatory Magnetic Resonance Imaging Services* between Calgary Health Region and Diagnostic Imaging Specialists Calgary, *op. cit.*, art. 4.6 and Schedule B, pp. 6 et 38.

³⁹ *Code civil du Québec*, art. 2638 à 2643.

⁴⁰ Selon le *Yearbook of commercial arbitration*, 1986, pp. 615-631, il existait 66 institutions ayant une « « compétence générale » pour les affaires commerciales et maritimes », rapporté par Antoine KASSIS, *Réflexions sur le règlement d'arbitrage de la Chambre de commerce internationale*. Les déviations de l'arbitrage international, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1988, p. 23.

⁴¹ *Ibid.*, p. 12.

⁴² Jacques BÉGUIN, *L'arbitrage commercial international*, Montréal, Centre de recherche en droit privé et comparé du Québec, Institut de droit comparé, Université McGill, 1987, p. 204.

⁴³ Philippe FOUCHARD, Emmanuel GAILLARD et Berthold GOLDMAN, *Traité de l'arbitrage commercial international*, Paris, Éd. Litec, 1996, p. 786.

⁴⁴ Le Centre de médiation et d'arbitrage commercial des Amériques (CAMCA), « créé conjointement par l'American Arbitration Association, le British Columbia International Commercial Arbitration Centre, la Cámara Nacional de Comercio de la Ciudad de México et le Centre d'arbitrage commercial national et international du Québec », en conformité avec les objectifs de l'Accord de libre-échange Nord-Américain (ALÉNA) qui, à son article 2022, encourage le recours à l'arbitrage. Voir JURIS INTERNATIONAL, Centres de règlement des litiges, Le Centre d'arbitrage commercial et de médiation pour les Amériques (CAMCA), [En ligne] : <http://www.jurisint.org/pub/03/fr/doc/18.htm> (page consultée le 23 septembre 2003). À notre connaissance la CAMCA ne publie pas ses décisions.

⁴⁵ *Agreement for the Provision of Orthopedic Surgical Services* between Calgary Health Region and Network Health Inc. operating as Health Resource Centre – Calgary, *op. cit.*, art. 20, pp. 31-34; *Agreement for the Provision of Ambulatory Magnetic Resonance Imaging Services* between Calgary Health Region and Diagnostic Imaging Specialists Calgary, *op. cit.*, art. 20, pp. 25-28.

⁴⁶ Citation de monsieur Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux : « [C]'est le texte de loi qui va dire comment qu'on va encadrer ces choses-là, notamment pour la question du personnel. »; « [T]out est dans l'encadrement puis la définition, puis la définition légale, puis l'encadrement notamment du personnel, des relations contractuelles, et ça, c'est le texte législatif qui va le révéler. » : Commission permanente des affaires sociales, Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité (10), *Journal des débats*, vol. 39, no 31, 23 mai 2006, 16h40 et 17h30, [En ligne] : <http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/cas/060523.htm> (page consultée le 31 août 2006).

⁴⁷ *Agreement for the Provision of Orthopedic Surgical Services between Calgary Health Region and Network Health Inc. operating as Health Resource Centre – Calgary*, *op. cit.*, art. 15, pp. 24-25; *Agreement for the Provision of Ambulatory Magnetic Resonance Imaging Services between Calgary Health Region and Diagnostic Imaging Specialists Calgary*, *op. cit.*, art. 15, pp. 18-19.

⁴⁸ L'article 15.1 de la Loi sur l'assurance-maladie (PL 33, art. 40) prévoit que « le gouvernement peut déterminer, parmi les traitements médicaux spécialisés déterminés par le ministre en application du premier alinéa de l'article 333.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), ceux qui peuvent être couverts par un contrat d'assurance ou un régime d'avantages sociaux ».

⁴⁹ L.Q. 2005, c. 18, art. 2, (projet de loi 38).



Fédération des infirmières et infirmiers du Québec

Siège social

2050, rue de Bleury, 4e étage, Montréal (Québec) H3A 2J5
(514) 987-1141 1-800-363-6541 Télécopieur : (514) 987-7273
Site internet : www.fiiq.qc.ca • Courriel : info@fiiq.qc.ca



Bureau de Québec

1260, boul. Lebourgneuf, bureau 300, Québec (Québec) G2K 2G2
(418) 626-2226 1-800-463-6770 Télécopieur (418) 626-2111
Site internet : www.fiiq.qc.ca • Courriel : info@fiiq.qc.ca

