



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le lundi 11 décembre 2006 — Vol. 39 N° 70

Étude détaillée du projet de loi n° 33 — Loi modifiant
la Loi sur les services de santé et les services sociaux
et d'autres dispositions législatives (10)

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le lundi 11 décembre 2006 — Vol. 39 N° 70

Table des matières

Étude détaillée	
Loi sur les services de santé et les services sociaux	
Actifs informationnels et sécurité de l'information électronique	
Dispositions générales (suite)	1
Dispositions finales (suite)	10
Discussion par sujets (suite)	
Assurances	35
Étude détaillée (suite)	
Loi sur l'assurance-hospitalisation	35

Intervenants

M. Russell Copeman, président
Mme Charlotte L'Écuyer, présidente suppléante
Mme Yolande James, présidente suppléante

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
Mme Solange Charest
M. Jean-Claude St-André
Mme Noëlla Champagne

- * M. Ariel Boileau, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * Témoin interrogé par les membres de la commission

Le lundi 11 décembre 2006 — Vol. 39 N° 70

Étude détaillée du projet de loi n° 33 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (10)

(Quinze heures dix minutes)

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

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Auclair (Vimont) va être remplacé par M. Cholette (Hull) et M. Bouchard (Vachon) par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Copeman): Je vous remercie. Je vous rappelle que l'utilisation des téléphones cellulaires et autres appareils semblables est interdite pendant la séance de la commission. Alors, je prierais tous ceux qui en font l'usage de bien vouloir les mettre hors tension.

Étude détaillée

**Loi sur les services de santé
et les services sociaux**

**Actifs informationnels et sécurité
de l'information électronique**

Dispositions générales (suite)

Nous sommes dans le troisième bloc d'articles, et nous avons adopté l'article 16 quand nous nous sommes laissés. Alors, je crois, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, que vous avez un amendement à nous proposer qui crée l'article 30.1?

M. Couillard: Oui, M. le Président. En fait, pour terminer ce bloc sur les mécanismes de gestion de l'accès, il y a deux articles nouveaux qui sont amenés par amendement, 30.1 et 48.1, qui ont un lien avec les banques de données nécessaires pour suivre les listes d'attente au Québec.

Alors, je vais commencer bien sûr par l'article 30.1 qui ajoute, dans la loi de santé et de services sociaux, après l'article 520.3, l'article 520.3.0.1 qui se lit de cette façon:

«Le ministre peut, par entente, retenir les services d'une agence, d'un organisme ou d'une autre personne aux fins de conserver et de gérer, pour le compte de chacun des établissements visés à l'article 185.1, les renseignements qu'ils recueillent en application de cet article, d'en extraire ceux qui doivent lui être fournis conformément à l'article 431.2 et de traiter et gérer ces dernières données à des fins statistiques pour permettre au ministre d'apprécier

si le temps d'attente pour obtenir un service médical spécialisé est déraisonnable ou sur le point de le devenir. L'entente peut autoriser le prestataire à communiquer ces statistiques aux agences.

«L'entente doit prévoir que le prestataire est tenu, envers le ministre et les établissements concernés, aux mêmes obligations que celles prévues aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article 27.1 à l'égard des renseignements qui lui sont communiqués par les établissements et qui proviennent des dossiers des usagers.»

Il s'agit de la mise sur pied d'une agence ou... d'un prestataire, là, de conservation de données qui permet, d'une part, de recevoir des données des établissements et de les rendre disponibles pour ceux-ci sous forme nominalisée bien sûr, mais, également, d'obtenir au niveau du ministère des portraits statistiques. Ceux-là bien sûr sont transmis de façon dénominalisée. Le deuxième alinéa fait état des obligations sur la confidentialité et la sécurité, je crois, des renseignements. On pourrait vous donner quelques éléments de l'article 27.1.

Voilà, alors 27.1 indique toutes les précautions à prendre, on l'avait adopté dans la loi n° 83, pour la sécurité et la confidentialité de la transmission de renseignements dans le domaine de la santé. Voilà.

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

Mme Harel: M. le Président, de prime abord, ce qui étonne dans l'amendement que le ministre présente sur cette question, ce qui étonne quand on le compare avec le dispositif qui a été adopté dans la loi n° 83, c'est qu'on y fait référence à une personne.

M. Couillard: Dans la loi, on pourrait ressortir l'article de prestataire, comment il est formulé dans la loi n° 83, suite à la loi n° 83. Ici, on dit: Une agence, un organisme ou une autre personne, voulant dire une personne morale théoriquement. On pourrait trouver la description des prestataires, là.

(Consultation)

Mme Harel: L'article 520.7 du chapitre II, qui s'intitule Fonctions particulières d'une agence ou d'un établissement.

M. Couillard: Pendant qu'on fait la recherche, je pourrais, M. le Président, transmettre aux collègues de la commission les avis, parce qu'il s'agit quand même de circulation de renseignements du système de santé, les avis du Secrétariat à la réforme des institutions démocratiques et d'accès à l'information de même que de la Commission d'accès à l'information sur cette proposition d'article.

(Consultation)

M. Couillard: Effectivement, il y a une différence et la différence s'explique, c'est qu'on n'est pas dans la constitution des banques de données régionalisées, c'est-à-dire que ces renseignements ne seront pas versés dans la banque de données régionalisée du dossier médical informatisé tel que créé par la loi n° 83. On est plutôt en rapport avec les actifs informationnels et sécurité de l'information électronique, qui est à la partie III.1 de la loi santé de services sociaux, articles 520.1 et suivants. D'ailleurs, l'article est numéroté pour être dans la suite de 520.3.1. Et, par exemple, on parle des services, des services d'installation, d'entretien, services de gestion des ressources informationnelles. Et, dans le troisième alinéa, on dit: «Une agence peut offrir elle-même ces services ou confier la totalité ou une partie de cette responsabilité, par contrat de service, à un des établissements situés sur son territoire ou à toute autre personne.» Donc, il s'agit de concordance ici.

Mme Harel: Quel article?

M. Couillard: 520.3.1.

Mme Charest (Rimouski): De la loi n° 83?

M. Couillard: De la loi... en fait, c'est maintenant la loi santé et services sociaux, là.

Mme Harel: 520.3.1. Il s'agit d'établissements auxquels l'agence offre des services...

M. Couillard: Voilà.

Mme Harel: ...mais les informations demeurent dans l'établissement.

M. Couillard: C'est-à-dire...

Mme Harel: «Une agence peut offrir aux établissements de son territoire des services d'installation, d'entretien et de réparation de tout support technologique utilisé par ceux-ci...» Il n'y a pas de transmission d'information.

M. Couillard: «Ainsi que des services de gestion de leurs ressources informationnelles».

Mme Harel: C'est bien ça, oui, mais de leurs ressources informationnelles pour leur établissement. Il ne me semble pas que 520.3.1 fait appel, si vous voulez, à la transmission de renseignements personnels autres que ceux colligés dans l'établissement.

● (15 h 20) ●

M. Couillard: Effectivement, dans l'article 19 de la loi de santé et de services sociaux, qui a été amendé dans la loi n° 83 et qui parle des renseignements qui peuvent être communiqués, on a ajouté déjà 520.3.1. Donc, on est forcément dans un contexte de transmission possible d'information, mais la différence essentielle, c'est que, lorsque les informations sont nominalisées, elles ne transitent qu'entre le prestataire et l'établissement, tandis qu'à partir du moment où elles montent au niveau ministériel elles deviennent dénominalisées. C'est d'ailleurs une des choses que la Commission d'accès à l'information et le secrétariat des ressources... de renseignements... de

réformes... dont il voulait s'assurer. Donc, je pense qu'on est quand même en cohérence, là.

Mme Harel: On n'a pas encore copie, M. le Président, là, des... bien, des avis de la Commission d'accès à l'information.

Le Président (M. Copeman): Nous sommes en attente de support...

M. Couillard: On a des copies, si vous voulez. On peut passer des copies.

Le Président (M. Copeman): Ah! Tant mieux.

M. Couillard: Je m'excuse. On aurait pu passer les copies d'un coup.

Le Président (M. Copeman): Elles s'en viennent. Alors, on a deux sources. Prenez votre choix.

M. Couillard: M. le Président, en fait on pourrait ajouter aux collègues le fait qu'on a satisfait aux demandes de la Commission d'accès à l'information et du secrétariat. En fait, que vous regardiez l'avis de la CAI, l'avis sur 520.3.0.1 est à la fin, là, page 2 et page 3... Je pense que vous avez eu le temps d'étudier le document?

Mme Harel: Mais de toute façon vous dites que, dans l'avis de la Commission d'accès à l'information, il est question de corrections au troisième alinéa de l'article 185.1.

M. Couillard: Si on regarde la page 2, il est question spécifiquement de 520.3.0.1. Et en fait, par la suite, les commentaires sont les suivants, là... c'est-à-dire, la compréhension de la commission de la signification de l'article. Et également ils nous demandent d'ajouter une référence aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de 27.1, ce que nous faisons dans le deuxième alinéa de l'article.

Mme Charest (Rimouski): Est-ce que je peux poser une question?

Le Président (M. Copeman): Bien sûr, Mme la députée. Vous avez le droit de parole. Allez-y.

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Quand on regarde la lettre de la Commission d'accès à l'information, on dit que «le premier amendement reçu par la commission vise à modifier l'article 7», etc. Mais ce qui me pose question, c'est... on dit que «la commission a été informée qu'une correction pourrait être apportée au troisième alinéa de l'article 185.1 afin de préciser que seuls les renseignements nécessaires à la gestion courante des listes d'accès seraient recueillis et utilisés par les établissements». C'est ça, là? Ça a été fait? C'est compris dans... Puis est-ce que les renseignements nécessaires à la gestion des listes d'accès... c'est lesquels?

M. Couillard: On laisse les gestionnaires des établissements les déterminer. Alors, on l'a ici indiqué dans l'amendement déjà à l'article 7. Est-ce qu'il est adopté, cet article-là? «Afin d'assurer une gestion uniforme de la

liste d'accès, le ministre peut déterminer les renseignements qui doivent être recueillis et utilisés par les établissements et qui sont nécessaires à la gestion courante de leur liste d'accès.»

Mme Charest (Rimouski): Ça ne se fait pas par règlement? Ça devrait se faire par règlement, ça.

M. Couillard: Non, parce qu'on laisse la liberté de choix aux gestionnaires, là.

Mme Charest (Rimouski): Mais, à ce moment-là, ça soulève quand même un problème d'harmonisation, M. le ministre, parce que, si jamais... Ah! Je m'excuse. Je dois m'adresser à M. le Président, mais... M. le Président va vous le dire. M. le Président va vous le dire.

Le Président (M. Copeman): Il y aurait possiblement un délai dans la transmission, mais...

Mme Charest (Rimouski): Mais, à ce moment-là, ça pose quand même un problème d'harmonisation parce que, si on laisse la liberté aux établissements de recueillir ce qu'eux considèrent comme étant les renseignements nécessaires à leur liste d'accès, à leur mécanisme d'accès, là, il y a peut-être des renseignements d'un établissement à l'autre qui ne seront pas compatibles. Soit qu'il va en manquer ou...

M. Couillard: ...l'autre article, on a indiqué que le ministre communique aux établissements les renseignements nécessaires, 185, à l'article 7: déterminer les renseignements qui devraient être recueillis, etc.

Mme Charest (Rimouski): Ça veut dire: ils peuvent être différents dépendamment du type de chirurgie à faire?

M. Couillard: Par exemple, l'imagerie et la chirurgie, c'est des renseignements différents, on les...

Mme Charest (Rimouski): Donc, des renseignements...

M. Couillard: Il faut les déterminer par directive administrative.

Mme Charest (Rimouski): Parce que le mot «nécessaire», ça peut être très large.

M. Couillard: Bien, il faut que ce soit comme ça. Si on commence à être trop pointus, là, on va causer des problèmes inutiles. Ce n'est pas juste... «Nécessaires à la gestion courante de leur liste d'accès». Donc, il faut qu'ils soient toujours en mesure de démontrer qu'il y a une corrélation entre les renseignements puis la finalité pour laquelle ils sont retirés.

Mme Charest (Rimouski): Et c'est le ministre qui va déterminer les renseignements qu'il considère nécessaires. Est-ce que ça va être par règlement, par avis ou par... comment on appelle ça, là?

M. Couillard: Une directive administrative.

Mme Charest (Rimouski): Par directive. Donc, si ça change de ministre, la directive peut changer?

M. Couillard: Peu probable. Je dirais qu'avec le changement... le temps qui passe, elles vont s'ajouter parce qu'il y aura de nouvelles situations, de nouveaux types de liste d'accès pour lesquels il faut en prévoir.

Le Président (M. Copeman): Y a-t-il d'autres commentaires sur l'amendement?

Mme Harel: Alors, on retrouve, dans la loi actuelle, santé et services sociaux, à 520.3.1, l'article suivant: «Une agence peut offrir aux établissements de son territoire des services d'installation, d'entretien et de réparation de tout support technologique...» Ce que vous voulez introduire là avec le projet de loi n° 33, c'est cette idée que le ministre pourra choisir l'agence ou, par votre amendement, là, vous suggérez que le ministre pourrait choisir l'agence, un organisme ou toute autre personne. Et pourquoi vous ne passeriez pas par l'agence?

M. Couillard: Parce qu'il pourrait s'agir par exemple d'une agence qui le ferait pour d'autres ou d'un organisme ou d'une personne morale. Parce qu'il y a certaines régions où ils n'auront pas les capacités technologiques nécessairement de le faire eux-mêmes, où ils pourraient le mettre en commun, par exemple, avec deux ou trois autres régions. Ou certaines régions, à l'inverse, très lourdement peuplées, là, très peuplées, qui pourraient avoir besoin de créer un organisme ou d'avoir recours à un organisme différent ou à une personne différente pour ça.

Mme Harel: Évidemment, si vous utilisiez une agence qui le fait pour d'autres, ça reste un choix possible et plausible, là, mais pourquoi ajouter «toute autre personne»?

M. Couillard: Parce qu'on l'a déjà prévu dans 520.3.1. Il s'agit déjà d'articles touchant les ressources informationnelles ou les actifs informationnels et on prévoit déjà que ça peut être donné par contrat de service à un des établissements ou à toute autre personne. «Personne» bien sûr englobe également personne morale, mais tout ça étant assujéti à tous les articles de loi touchant la confidentialité et la sécurité.

Mme Harel: Dans l'avis que la Commission d'accès à l'information vous a transmis — je ne sais pas si mes collègues l'ont, là, en main — il est dit, à la page 2, au deuxième paragraphe: «...la commission constate que c'est sans recourir au processus réglementaire que le ministre de la Santé et des Services sociaux pourra déterminer les renseignements qui devront être recueillis et utilisés par les établissements et qui sont nécessaires à la gestion courante de leur liste d'accès. Selon les représentants du ministère, des impératifs de souplesse et d'efficacité expliquent ce choix. La commission doit toutefois souligner que la détermination, par règlement du gouvernement, des renseignements qui doivent être recueillis et utilisés par les établissements aurait permis une plus grande transparence, notamment par la consultation et la participation d'un plus grand nombre

d'intervenants à la décision.» Alors, vous avez jugé bon de passer outre, hein, à la recommandation de la Commission d'accès à l'information?

● (15 h 30) ●

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas fait une recommandation formelle. Ils soulignent que, d'après eux, ça aurait été peut-être préférable, mais ils ne nous disent pas: Il ne faut pas le faire, là. S'il y avait eu une recommandation formelle de la commission comme ça, on aurait certainement abordé d'une autre façon. Ils soulignent le point de vue du ministère. Ils utilisent le conditionnel, «aurait permis». Maintenant, ce qu'il faut dire, c'est qu'on va se retrouver devant une multitude de situations différentes compte tenu du type d'actes médicaux spécialisés dont on parle. Et, s'il faut chaque fois passer par un processus réglementaire, prépublication, etc., on n'a pas fini, hein?

Mme Charest (Rimouski): Je considère que, dans un système, dans un réseau comme celui de la santé, compte tenu de la multitude d'intervenants et de la multitude des établissements, je trouve ça louable d'invoquer les impératifs de souplesse et d'efficacité, mais ça peut être aussi en quelque sorte l'épée de Damoclès qui va faire qu'on va donner tellement de souplesse au système qu'on ne s'y retrouvera plus. C'est ce qui va tuer le mécanisme parce qu'il n'y aura pas suffisamment non seulement d'harmonisation, mais d'hétérogénéité... d'homogénéité par rapport... c'est comme si ça prendrait un cadre minimal, et là on ne le retrouve pas.

M. Couillard: Je disais que c'est une seule personne qui est responsable de déterminer ces renseignements, ce n'est pas cinq personnes différentes ou cinq organisations différentes. Alors, il y aura certainement une homogénéité. Elle est assurée par, justement, la façon dont on le présente dans l'article. Si on disait: Tout le monde peut faire des suggestions pour donner les renseignements, là on aurait un problème, là. Mais, en définitive, ils sont déterminés au niveau ministériel.

Mme Charest (Rimouski): Avec la loi n° 83 qui est maintenant en application, les agences ont commencé à instaurer, puis c'est déjà en application, les banques de gestion des informations, des échanges d'information entre établissements et professionnels de la santé. Qu'est-ce qui fait que ce qui est déjà là ne pourrait pas servir de base?

M. Couillard: On ne veut surtout pas mélanger les deux éléments. Dans ce qui est déjà mis en place par la loi n° 83, on parle du dossier médical informatisé des personnes et on veut que ce soit extrêmement encadré et étanche et qu'il n'y ait rien qui rentre là-dedans d'autre que ce qui est déjà prévu en termes d'utilisation et de contenu. Et ça, il y a eu de longs débats justement avec la Commission d'accès à l'information là-dessus, de sorte qu'il faut créer un cadre distinct pour ce type de renseignements là qui sont bien sûr nominalisés pour l'établissement mais qui sont essentiellement des sources de statistiques pour le gouvernement.

Mme Charest (Rimouski): Ça voudrait dire, si je suis votre cheminement, qu'on pourrait se retrouver avec des banques de données strictement reliées aux listes d'attente.

M. Couillard: C'est ce qu'il faut. Il ne faut pas que ce soit mêlé à des banques de données dans lesquelles on reçoit...

Mme Charest (Rimouski): Et ces listes de données là vont être par établissement dans un premier temps ou si elles vont être regroupées automatiquement au niveau de la région?

M. Couillard: C'est-à-dire qu'on détermine qu'on peut confier ce mandat-là à une agence, à un organisme ou à une personne. Donc, il est possible qu'il y ait une agence régionale qui le fasse pour l'ensemble.

Mme Charest (Rimouski): Une personne, ça veut dire quoi?

M. Couillard: Ça peut être une personne morale, comme on l'a déjà fait dans...

Mme Charest (Rimouski): Une entreprise privée?

M. Couillard: Oui. Bien oui. 520.3.1. On l'a déjà prévu dans la loi n° 83, ça.

Mme Charest (Rimouski): Vous savez, la Société de l'assurance automobile a déjà confié à des entreprises privées des banques de noms, puis on s'est retrouvé avec des problèmes de divulgation puis de personnes qui n'avaient pas d'affaire...

M. Couillard: On l'a eu dans les banques de données publiques également, on l'a eu à la RAMQ. On l'a eu...

Mme Charest (Rimouski): C'est très sensible, les banques de données...

M. Couillard: Bien oui.

Mme Charest (Rimouski): Wouh! On a oublié quelque chose.

M. Couillard: C'est pour ça qu'il y a toutes ces précautions-là, c'est pour ça qu'on a obtenu l'avis des deux organisations en question. Alors, c'est encadré de façon maximale actuellement.

Mme Charest (Rimouski): Parce que je me souviens très bien que, quand on a fait le débat puis la discussion pour 83, il y avait dans le décor, à ce moment-là aussi, des intervenants d'organismes communautaires et de nombreux intervenants et intervenantes qui sont venus dire que ça n'avait pas de sens de confier à des personnes, même si elles étaient de bonne volonté... que, bon, on multipliait les possibilités que les renseignements circulent de façon beaucoup plus ouverte que serrée. Et, moi, je suis d'avis puis je partage l'avis de ces gens-là que des renseignements de ce type-là, ça doit demeurer vraiment sous contrôle très serré, parce qu'on ne peut pas se permettre que n'importe qui ait accès. Et quelles seront les garanties que l'entreprise privée va donner par rapport à la confidentialité de la banque de données?

M. Couillard: Elles sont déjà toutes inscrites à l'article 27.1 puis à la disposition pénale reliée à l'article 27.1 qu'on a également adoptée avec la loi n° 83. Et justement tout le débat, lors de la loi n° 83, était de faire la distinction entre la modalité initiale qui avait été proposée il y a quelques années qui était une banque centrale de données unique... Et ça, l'ensemble de la population y était fortement opposé. Et c'est pour ça qu'on est allé plutôt vers des modèles de banques régionalisées qui bien sûr communiquent entre elles, mais il est certain que, dans ce cadre-là où on a des données nominales, des renseignements de laboratoire, des choses personnelles pour les gens, on ne veut pas introduire d'autres renseignements que ça.

Mme Charest (Rimouski): Dans les renseignements nécessaires, ce ne sera pas juste les coordonnées puis dire: Ça prend une chirurgie de la hanche, on va aussi donner les résultats des tests préparatoires, là, préopérations?

M. Couillard: Non. Pour gérer une liste d'attente, tout ce qu'on a besoin de savoir, c'est la date de la demande, la date prévisible du traitement et est-ce que toute la préparation a été faite, mais il n'y aura pas de résultats de laboratoire, puis de diagnostics, puis d'affaires de même, là.

Mme Charest (Rimouski): Vous devez savoir comme de quoi ça fait six mois, trois jours, peu importe.

M. Couillard: Tant de personnes sont en attente depuis un mois, deux mois, trois mois.

Mme Charest (Rimouski): Et il n'y a aucun renseignement d'ordre médical qui va être transmis?

M. Couillard: Non. Les seuls renseignements nominalisés sont dans l'établissement pour son usage propre, même qu'il peut les recueillir... même s'il peut les faire entreposer au niveau du prestataire. Mais, à partir du moment où le prestataire les envoie au niveau du ministère, il n'y a pas de transmission de données nominalisées. Il y a bien sûr le type de chirurgie pour lequel les gens sont en attente, mais pas de façon nominalisée quand ça arrive au niveau du ministère.

Mme Charest (Rimouski): Non?

M. Couillard: On va avoir des nombres: il y a 50 personnes, il y a 64 personnes, il y a 72 personnes qui sont en attente pour telle...

Mme Charest (Rimouski): Et ça va être X, Y, Z, ou en tout cas n° 2, n° 10, qui, à partir des renseignements, vont être priorisés pour avancer sur la liste, c'est ça?

M. Couillard: Non. Ça se fait au niveau de l'établissement puis c'est de la façon dont on l'a vu.

Mme Charest (Rimouski): Oui, mais la diffusion de renseignements, c'est parce que ce n'est plus possible de faire quelque chose au sein de l'établissement où le patient est inscrit.

M. Couillard: C'est parce qu'il faut avoir, au niveau du ministère, des outils qui nous permettent de

déterminer à quel moment les services ne sont pas donnés dans les délais raisonnables ou en voie de le devenir. Et, à ce moment-là, on peut demander la mise en place d'un mécanisme particulier d'accès, comme on a vu à 431.2, si on veut pouvoir le faire et qu'on puisse apprécier la situation également. Bien sûr, dans un monde idéal, on s'attendrait à ce que les informations soient tout à fait transmises spontanément et en temps réel...

Mme Charest (Rimouski): De bonne foi et...

M. Couillard: De bonne foi, et je suis certain que la plupart des gens veulent que ça se fasse comme ça, mais il faut le prescrire par la loi.

Mme Charest (Rimouski): Parce que, vous savez, si vous vous retrouvez comme Dr Couillard, entre guillemets, là, sur une liste d'attente, il y en a qui vont peut-être avoir la curiosité d'aller vérifier pourquoi vous êtes sur une liste d'attente, alors que, si vous êtes — je ne sais pas, moi — Solange Charest, c'est moins connu, ils ne viendront pas voir, d'où l'importance, là, de s'assurer de...

M. Couillard: C'est-à-dire que, cette question-là, on a beaucoup fait le tour de ça dans justement la question du dossier médical informatisé. Et c'est pour ça qu'on a demandé et exigé par la loi que les accès à ça soient uniquement par les intervenants qui sont habilités à le faire, selon des profils déterminés, qui sont journalisés, c'est-à-dire enregistrés, et pour des raisons reliées aux soins des gens. C'est-à-dire que c'est certain qu'actuellement, même avec les dossiers papier, malheureusement — et on souhaite que ça se produise le moins souvent possible — il n'y a rien qui empêche quelqu'un d'aller feuilleter un dossier, là, hein? Les dossiers papier ne sont pas nécessairement plus confidentiels que les dossiers électroniques, même parfois c'est le contraire. Mais ici on ne parle pas du tout de ce type de renseignement là.

Mme Harel: M. le Président, le prestataire dont parle le ministre à l'amendement, là, qu'il introduit, lui, le prestataire, va-t-il recevoir des informations nominalisées?

M. Couillard: De l'établissement.

Mme Harel: Il les reçoit?

M. Couillard: Bien oui, mais l'établissement ne peut... Ce n'est que l'établissement qui peut les utiliser sous forme nominalisée. Et le prestataire en question est confiné, en raison de l'article 27.1, à tout le traitement confidentiel et sécuritaire de ces informations-là. Et, lorsqu'il les transfère au niveau du ministère, elles sont toutes dénominalisées, à ce moment-là.

Mme Harel: Bon. Qu'elles soient dénominalisées quand elles arrivent au ministère, ça, c'est une chose louable. Mais, quand elles sont transmises au prestataire, qui peut être une entreprise privée, là, elles sont nominalisées.

M. Couillard: Mais déjà elles le sont à 520.3.1. C'est déjà prévu que l'établissement ou l'agence peut déléguer cette responsabilité-là de gestion de l'actif de

l'information, dont la transmission, parce qu'on y réfère à l'article 19, à une personne. Mais, que ce soit une personne ou un organisme, ils sont tous soumis à l'encadrement sécuritaire de 27.1 et des dispositions pénales qui l'encadrent.

Mme Harel: Mais je comprends que, suite à l'adoption de la loi n° 83, dans la loi actuelle c'est par règlement que le ministre définit quels sont les renseignements qui peuvent être transmis.

M. Couillard: À 520.3.1, il n'y a pas de règlement, c'est...

Mme Harel: Mais c'est dans la loi.

M. Couillard: Mais, à 520.3.1, il n'y a pas de règlement là-dedans, là. Là, on parle des actifs.

Mme Harel: Non, justement, excusez-moi, ce n'est pas dans le règlement, c'est dans la loi.

M. Couillard: Mais c'est parce qu'on parle du dossier médical informatisé.

Mme Harel: Ici, ce n'est ni dans la loi ni dans le règlement, c'est à la bonne volonté du ministre.

● (15 h 40) ●

M. Couillard: Mais, comme l'ensemble des actifs informationnels de l'établissement, à 520.3.1, là: services de gestion des ressources informationnelles. On ne précise pas lesquelles parce que sinon on en a pour des mois, là.

Mme Harel: Mais regardez à 520.9: «Les catégories de renseignements qu'une agence et qu'un établissement peuvent conserver en vertu de l'autorisation du ministre ainsi que les renseignements que ces catégories peuvent comprendre...» Et là vous avez toute une liste, là, paragraphe par paragraphe, de renseignements...

M. Couillard: Ça, c'est pour le dossier médical personnel.

Mme Harel: ...qui sont les seuls, qui sont les seuls renseignements.

M. Couillard: C'est parce que ce sont... Ça, c'est le dossier médical des gens, là.

Mme Harel: Mais le prestataire, en vertu de la loi n° 33, va avoir une partie du dossier médical.

M. Couillard: C'est ça. Il va avoir uniquement les renseignements dont on détermine qu'ils sont nécessaires à la gestion de la liste d'attente.

Mme Harel: Comme quoi, par exemple?

M. Couillard: Bien, le nom — au niveau du prestataire puis de l'établissement, pas au niveau du ministère — la date de l'inscription, la durée de l'attente, est-ce que les analyses préopératoires ont été signées, est-ce que les consentements sont signés, ce genre de

renseignement là. Mais pas de renseignement de résultats de laboratoire, comme il y a là, ou de liste de médicaments, ou surtout pas de diagnostic. Il s'agit de se donner des outils, d'abord au niveau de l'établissement, pour gérer correctement ces listes d'attente avec les outils informatiques les plus modernes, puis, au niveau du ministère, d'avoir des statistiques fiables, ce qu'actuellement on n'a pas vraiment.

Mme Harel: Mais c'est toujours à partir de la transmission que le médecin spécialiste fait de sa liste de patients.

M. Couillard: ...de l'inscription d'une demande d'accès pour M. ou Mme Untel pour subir tel traitement.

Mme Harel: En dehors de cette liste-là, il n'y en aurait pas?

M. Couillard: C'est-à-dire qu'actuellement il n'y en a pas. C'est ça, une liste d'attente d'hôpital, c'est déjà comme ça.

Mme Harel: En dehors des noms transmis par les médecins spécialistes...

M. Couillard: Ah! D'accord.

Mme Harel: ...pour réserver du temps d'attente du bloc opératoire... Ça suivrait son cours sans qu'il y ait interférence ou...

M. Couillard: Bien, c'est ce qu'on veut faire, c'est-à-dire que ce qu'on veut éviter, c'est qu'il se crée, comme c'est le cas maintenant, des fois, deux, trois, quatre listes d'attente parallèles où il y a, par exemple, la liste d'attente au bureau d'admission de l'hôpital, puis il y a la liste d'attente personnelle du médecin, que parfois on caricature dans ses poches de sarrau, là. Actuellement, les personnes qui vont être considérées comme étant en attente de services, sur lesquelles on va pouvoir agir pour leur donner les traitements dans les délais raisonnables, il faut que ce soient les personnes inscrites au mécanisme de gestion de l'accès. Ça, c'est la base même de la gestion des listes d'attente.

Mme Harel: Là, on est juste dans des chirurgies électives.

M. Couillard: Et dans tout traitement médical spécialisé, y compris l'imagerie, éventuellement. On commence par trois chirurgies.

Mme Harel: Mais on est juste dans ce qui est électif. Si ça devient urgent... Rappelez-vous la chirurgienne de Sainte-Justine, là, qui faisait grief avec vos allocations particulières, l'atteinte de cibles qui n'étaient pas prioritaires en regard de jeunes enfants qui nécessitaient des interventions à caractère plus urgent.

M. Couillard: Les interventions à Sainte-Justine, en passant, toutes les interventions urgentes sont faites rapidement. C'est dans le domaine de l'électif qu'il y a des problèmes à Sainte-Justine comme ailleurs. Et c'est au chirurgien de déterminer les priorités.

Maintenant, on ne peut pas dire que, parce que quelqu'un est en liste d'attente depuis plus de six mois, il n'a pas le droit d'être opéré non plus, là. J'ai trouvé ça d'ailleurs un peu particulier pour les parents des enfants qui étaient en attente pour ces chirurgies-là, là. Que l'hôpital décide, comme ça se fait ailleurs également — j'ai donné l'exemple de Chicoutimi récemment, puis c'est très bien — de donner des périodes opératoires spécifiques pour des personnes qui sont en attente depuis longtemps et d'éliminer les cas d'attente hors délai, c'est très bien, mais ça ne veut pas dire que les cas urgents ne sont pas traités normalement. En fait, il n'y a jamais eu de problème, au Québec, pour les cas urgents. C'est les cas électifs qui sont...

Mme Harel: Mais, à Sainte-Justine... Je vais retrouver l'article certainement, là. Mais, à Sainte-Justine, les cas urgents ne l'étaient pas toujours en fonction des cibles que vous aviez privilégiées et qui dans le fond passaient avant.

M. Couillard: Nous, tout ce qu'on avait demandé ou qu'on demande aux établissements, c'est de faire le plus possible de chirurgies pour rattraper les gens qui sont hors délai. Bien sûr, ça n'empêche pas de faire les cas de chirurgie en priorité, là.

Mme Harel: L'objectif, c'était de réduire les listes d'attente...

M. Couillard: Bien sûr.

Mme Harel: ...alors que des cas plus urgents... je reviendrai, là, mais les cas plus urgents attendaient finalement du fait que l'argent n'allait que pour baisser les listes d'attente.

M. Couillard: Dit comme ça, c'est comme s'il n'y avait pas déjà de l'argent dans les blocs opératoires. Les cas urgents, ils sont opérés déjà. Ce n'est pas eux qui est le problème, là. Les problèmes, c'est ce qu'on appelle les cas électifs ou enfin semi-électifs. Puis malheureusement on donnait comme exemple, comme pour les déconsidérer, les enfants qui attendent pour les corrections d'oreilles, par exemple. Bien, tu sais, moi, si j'étais un parent d'un enfant qui attend pour ça, j'aimerais bien que mon enfant soit un jour opéré, là. Et effectivement il ne faut pas mettre en danger l'accès aux chirurgies urgentes, mais ça n'a jamais été démontré que c'était le cas, d'autant plus que, dans les budgets supplémentaires qu'on a donnés aux établissements, c'est pour faire encore plus de ces chirurgies-là.

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

Mme Charest (Rimouski): Dans les services régionaux de conservation de renseignements, premièrement, ça prend le consentement des patients. Alors ça, le fait qu'ils soient... c'est automatique parce qu'ils ont accepté d'avoir l'intervention, puis ils sont en attente, alors ça, c'est réglé. Il y a aussi des clés d'accès puis il y a des durées d'utilisation des renseignements, et tout ça, est-ce qu'il va y avoir les mêmes règles?

M. Couillard: Ce n'est pas la même chose, on ne parle pas des mêmes renseignements, là, on parle de renseignements internes à l'établissement, qui sont nominalisés, auxquels de toute façon l'établissement a toujours accès dans le respect de la loi. Le seul moment où il faut prendre des précautions et les transformer en données dénominalisées, c'est quand ils quittent l'établissement pour aller à un niveau supérieur de gestion du ministère. Ce n'est pas du tout le même contexte que le dossier médical informatisé, là, on ne parle pas de la même chose, là.

Mme Harel: Je reviens, M. le ministre, à ce dont parle l'avis de la Commission d'accès à l'information, lequel avis soumet qu'il eût été préférable que ce soit par règlement que le gouvernement détermine les renseignements qu'il veut recueillir. Qu'est-ce que vous prévoyez dans le projet de loi, quel est le processus pour définir les renseignements qui doivent être recueillis?

M. Couillard: C'est le ministre qui doit les déterminer puis les communiquer par direction administrative, par règles administratives, de même que les délais.

Mme Harel: Mais qu'est-ce qui vous empêche de le faire par règlement?

M. Couillard: C'est sûr que théoriquement on pourrait le faire par règlement, mais on va se trouver dans une situation, au cours des prochaines années, où les titulaires progressifs, successifs de la charge auront à déterminer ces renseignements pour littéralement des centaines de situations différentes, que ce soient des chirurgies électives, que ce soient des actes diagnostics, que ce soient des endoscopies, que ce soient des examens d'imagerie, alors il faut pouvoir garder une façon rapide de réagir sans être pris chaque fois dans un processus de prépublication, publication, approbation, qui n'est vraiment pas nécessaire à notre avis pour ce type de renseignements là.

Mme Harel: Vous venez de dénoncer, là, ce que pourraient être ces renseignements, le nom...

M. Couillard: Le nom pour l'établissement, pas pour d'autres personnes que l'établissement.

Mme Harel: Oui, mais c'est ce dont il s'agit, en fait les renseignements que l'établissement peut recueillir.

M. Couillard: Bien, ils peuvent déjà le faire, c'est-à-dire qu'ils ont déjà des listes d'attente papier dans les établissements, avec des noms dessus, tu sais, c'est déjà là, là, c'est normal. Bon. Alors, ce qu'on veut, c'est permettre à l'établissement d'avoir un support informatique de ça qui lui permette de les gérer plus efficacement. Oui, elles sont sur base nominalisée, comme sont les formules d'admission déjà papier. À partir du moment où les données quittent l'établissement, ou quittent le contrôle de l'établissement, là elles doivent être dénominalisées.

Mme Harel: Mais, quand elles quittent l'établissement, c'est vous qui déterminez quels sont les renseignements qui peuvent quitter l'établissement, c'est vous-même.

M. Couillard: C'est-à-dire, les renseignements qui sont nécessaires à la gestion... On ne peut pas dire n'importe quoi, là, il faut qu'ils soient nécessaires à la gestion de leur liste d'accès.

Mme Harel: C'est vous qui les déterminez.

M. Couillard: Oui, pour qu'elles soient identiques partout, comme disait la députée de Rimouski tantôt, on ne peut pas arriver à une situation où, dans une région, on envoie certains renseignements et, dans d'autres, une autre sorte.

Mme Harel: Alors, M. le Président, je pense qu'un amendement...

Le Président (M. Copeman): Un sous-amendement.

● (15 h 50)

Mme Harel: Un sous-amendement, nous avons déjà l'amendement du ministre, hein, c'est ça? Un sous-amendement. Je vous le lis et vous me dites si c'est un amendement qui pourrait suivre le premier ou s'il s'agit bien d'un sous-amendement qui dirait: ...à l'article 30.1 du projet de loi, après le deuxième alinéa, l'alinéa suivant:

«Seuls les renseignements déterminés par règlement du gouvernement peuvent faire l'objet d'une entente conclue en vertu du présent article et être transmis au prestataire en application de celle-ci.»

(Consultation)

Le Président (M. Copeman): Il est de nature à être un sous-amendement parce qu'il précise l'amendement du ministre. Il faut faire des photocopies. Il dit essentiellement: «Seuls les renseignements déterminés par règlement du gouvernement peuvent faire l'objet d'une entente conclue en vertu du présent article et être transmis au prestataire en application de celle-ci.»

Je ne sais pas si... Est-ce qu'il faut nécessairement attendre la copie ou est-ce qu'on peut au moins aborder la discussion? Alors, le sous-amendement est recevable. Si vous voulez peut-être préciser votre pensée, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, et nous allons diffuser l'amendement dans les instants qui suivent, j'espère bien.

Mme Harel: Bon. M. le Président, c'est suite à l'avis de la Commission d'accès à l'information. La commission a reçu les projets d'amendements qui lui ont été en fait soumis par le ministre et en a étudié les impacts. Et la commission constate, comme on l'a fait nous-mêmes, que c'est sans recourir aux règlements que le ministre de la Santé pourra déterminer les renseignements qui devront être recueillis et utilisés par les établissements et qui sont nécessaires à la gestion courante de leur liste d'accès. Dans le projet de loi n° 83, M. le Président, c'était dans la loi elle-même que les catégories de renseignements étaient déterminées. Là, on va nous dire qu'il ne s'agit pas de dossiers nominalisés, mais ce sont des dossiers dénominalisés. Mais l'information qui est transmise au prestataire, ce n'est pas une information qui est dénominalisée.

M. Couillard: Non, parce que c'est l'information de l'établissement lui-même comme l'est la formule

papier d'admission qui existe déjà. C'est la transcription électronique de la formule d'admission qui existe déjà.

Mme Harel: Moi, M. le Président, j'ai eu une collègue ministre qui a dû démissionner de sa fonction parce qu'une maison de sondage, en tout bien tout honneur, là, et qui procédait à une évaluation de la satisfaction des personnes recevant le service... du simple fait que la maison de sondage avait obtenu rien de plus que le nom et le numéro de téléphone. Alors, cette collègue a été obligée de démissionner. Alors, vous vous rendez compte à quel point les renseignements nominalisés sont de nature à être traités avec extrêmement de délicatesse. Là, que l'établissement les recueille, mais ensuite il les transmet tels quels, c'est-à-dire qu'il peut les transmettre à une entreprise privée.

M. Couillard: Ils peuvent déjà le faire, hein, en vertu de l'article 520.3, là. Ils peuvent déjà transmettre plein d'informations nominalisées à un prestataire de leur choix incluant une personne.

Mme Harel: Dans une catégorie de renseignements qui est déjà dans la loi.

M. Couillard: Non, non. Dans tout renseignement d'actif informationnel. On l'a dans le 520.3. Il n'y a pas ici de liste de renseignements, là.

Mme Harel: C'est sûr que l'encadrement général dans la loi générale est moins serré que dans la loi n° 83.

M. Couillard: La loi n° 83, il est là-dedans, il est intégré. Ça fait partie de la révision qu'on a faite lorsqu'on a fait la loi n° 83.

Mme Harel: Mais la loi n° 83 prévoit les catégories de renseignements et les renseignements qui sont dans la loi.

M. Couillard: C'est parce qu'il s'agit de données telles que les résultats de laboratoire, les résultats de radiographie, les médicaments qu'on prend. Il s'agit de données nominalisées médicales pures, là, qui doivent être encadrées de façon extrêmement rigide. Mais, ici, on est dans un genre de renseignement qui est déjà soumis à un encadrement qui permet sa circulation incluant à une personne. C'est marqué dans 520.3.1.

Mme Harel: C'est déjà soumis, mais pas transmis à la même personne.

M. Couillard: Bien oui. C'est transmis. Ça peut être transmis, parce que, dans l'article 19, on a exclu du consentement pour transmission déjà tous les renseignements utilisés dans 520.3.1. Ça veut dire que déjà un établissement peut, sans le consentement de l'individu, transmettre des renseignements toujours dans la sphère de ses activités à un prestataire comme une personne, sans demander le consentement. C'est ce qui est prévu à la loi, là. Il y a une kyrielle de situations dans lesquelles le consentement n'est pas nécessaire.

Mme Harel: Mais on définit dans la loi quelles sont ces circonstances.

M. Couillard: À l'article 19 de la Loi sur la Santé et les Services sociaux.

Mme Harel: C'est quand même restrictif. L'article 19 dit: Sur l'ordre d'un tribunal ou d'un coronaire, à la demande du commissaire local aux plaintes...

M. Couillard: Et au paragraphe 7°.

Mme Harel: Je vous mets au défi de savoir qu'est-ce que signifie le paragraphe 7°. Je vous le lis, M. le Président: «Dans les cas et pour les finalités prévues aux articles 19.0.1, 19.0.2, 19.0.3...

M. Couillard: Ils sont juste après.

Mme Harel: ...19.2 et 27.1...»

M. Couillard: Oui. On peut tous les prendre... Voulez-vous qu'on les prenne un par un?

Le Président (M. Copeman): Pas forcément.

Mme Harel: Mais ces cas, en quoi réfèrent-ils...

M. Couillard: C'est parce que, si vous continuez dans votre lecture, là: «...27.1, au deuxième alinéa de l'article 107.1, au troisième alinéa de l'article 108, aux articles 204.1, 520.3.1...» Dans ces cas donc, lorsqu'on accomplit la finalité de l'article 520.3.1, on peut transmettre des renseignements sans le consentement de l'usager, et c'est là qu'on fait le rapport à 520.3.1.

Mme Harel: Avez-vous un exemple de situation dans lequel ça se fait présentement, 520.3.1?

M. Couillard: Bien, je suppose que, si — sans connaître d'exemple concret — par exemple, un établissement veut confier toute la gestion informationnelle de ses laboratoires à une personne, ou à un organisme, ou à un établissement, il peut déjà transmettre tous les résultats de laboratoire à cette personne-là parce que c'est son utilisation comme établissement, ce n'est pas pour transmettre en dehors de l'établissement à une autre partie du système de santé ou à un partenaire du système de santé.

Mme Harel: Ça, il s'agit du dossier d'un usager, à ce moment-là.

M. Couillard: Il s'agit de tout actif informationnel de l'établissement. Alors, regardez, on peut... dans 520.1: «...on entend par "actif informationnel" une banque d'information électronique, un système d'information, un réseau de télécommunication, une technologie de l'information, une installation[...]; un équipement médical spécialisé ou ultraspécialisé peut comporter des composantes qui font partie des actifs informationnels, [...] lorsqu'il est relié de façon électronique à des actifs informationnels.» Le meilleur exemple, c'est un analyseur de laboratoire informatique qui peut transmettre automatiquement dans une banque de données des résultats qui sont là.

Mme Harel: Et la CAI, la Commission d'accès à l'information, recommandait que les renseignements

soient recueillis ou utilisés par les établissements le soient par détermination par règlement du gouvernement.

M. Couillard: C'est-à-dire qu'en soi, sur le plan du règlement, on pourrait dire qu'on n'a pas vraiment d'objection, mais regardons maintenant ce que ça va créer comme situation, puis voyons voir si on ne se met pas dans un pétrin qui n'est pas nécessaire, là, compte tenu de ce qu'on vient de dire. On a déjà dit que, sur deux ans, on veut mettre en place le mécanisme de gestion pour un ensemble très large de procédures. Ça veut dire que, chaque fois qu'on élargirait cet ensemble-là, il faudrait chaque fois procéder à un règlement soumis à une procédure de prépublication de 45 jours, soumis à un nouvel examen. Vous voyez les délais que ça peut... Vous connaissez — vous avez été au gouvernement longtemps, là — ce que ça peut représenter comme délai chaque fois qu'on fait un règlement au milieu d'un processus qu'on veut quand même qu'il se déroule de façon continue, là, sur deux ans. À ce moment-là, si on le fait par règlement, il faudrait allonger le délai de deux, à mon avis, à quatre ans, là, pour donner le temps à chaque règlement de prendre place ou de prendre effet, mais on n'envoie pas un très bon message non plus si on fait ça. Ce n'est pas par opposition au mécanisme réglementaire, c'est juste par... Essayons de nous imaginer ce que ça va vouloir dire en pratique lorsque les gouvernements vont vouloir progresser dans la gestion de l'accès aux services spécialisés.

● (16 heures) ●

Tu sais, moi, je m'imagine, par exemple, déterminant prochainement des renseignements nécessaires à la gestion des hanches, genoux, cataractes, bon, parce qu'on commence avec ça. Mais, par la suite, disons qu'on ajoute, je ne sais pas, toutes les opérations, là, d'endoscopie, vous savez les examens, là, pour le... à ce moment-là, ça prend un autre ensemble de renseignements. Si on y va plus loin avec les examens d'imagerie diagnostique, ça prend encore un autre type: le nom du médecin, comment est-ce que la référence a été faite, la clinique, etc. Alors, chaque fois, il faudrait procéder par mécanisme réglementaire.

Ce qui fait problème, pour nous, ce n'est pas le fait de faire un règlement, c'est l'alourdissement qui ne nous apparaît pas essentiel à un processus qu'on veut fluide et continu. Là, on va créer une suite de hachures par des épisodes réglementaires. Si on fait ça, il faut qu'on prolonge le délai de deux ans, à mon avis, parce que ça va être impossible, en pratique, de le faire progresser sur deux ans.

Le Président (M. Copeman): Et la nature de ces renseignements-là, ce sont essentiellement ceux qui sont nécessaires pour évaluer si le temps d'attente est raisonnable ou sur le point de le devenir. C'est bien ça?

M. Couillard: Pour le ministre, oui, pour l'établissement, c'est pour gérer sa liste d'attente. Mais, pour le niveau ministériel, c'est pour apprécier l'état des listes d'attente et de façon qu'elles soient fiables.

Le Président (M. Copeman): C'est pour ça que vous vous opposez un peu à toute la notion de ce qu'on veut recueillir et transmettre pour ces fins-là versus le dossier médical...

M. Couillard: C'est deux choses qui doivent être étanches.

Le Président (M. Copeman): ...qui est complètement différent...

M. Couillard: Il faut que ce soit étanche complètement entre les deux.

Le Président (M. Copeman): Étanche.

Mme Harel: Mais, comme le signale ma collègue de Rimouski, la Commission d'accès à l'information fait quelques autres recommandations également.

Mme Charest (Rimouski): Oui: «...la commission s'interroge sur les motifs justifiant d'assujettir le prestataire choisi en vertu de cet article aux seules obligations énoncées au deuxième alinéa de l'article 27.1 de la [loi de santé et de services sociaux], alors que les troisième et quatrième alinéas de cette disposition pourraient trouver application.» Et là on a les troisième et quatrième alinéas de l'article 27.1, et on peut les lire dans la lettre. «La commission est d'avis que le législateur devrait opter pour que les mesures de protection des renseignements prévues au troisième et au quatrième alinéas de l'article 27.1 de la [loi] soient également applicables.»

Donc, la commission recommande, dans le fond, que ces articles-là soient applicables, mais ce n'est pas ce qu'on a dans le...

M. Couillard: ...alinéa de 520.3.0.1.

Mme Charest (Rimouski): Que le prestataire est tenu?

M. Couillard: «L'entente doit prévoir que le prestataire est tenu...»

Mme Charest (Rimouski): O.K. Excusez.

M. Couillard: Deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article 27.1.

Mme Charest (Rimouski): J'avais oublié le bout ici. C'est beau. Merci.

Le Président (M. Copeman): Le deuxième alinéa de votre amendement répond à cette recommandation de la commission.

M. Couillard: À cette demande de la Commission d'accès à l'information.

Mme Charest (Rimouski): ...de le préciser.

M. Couillard: C'est ça. Voilà.

Mme Charest (Rimouski): C'est correct. Merci.

Le Président (M. Copeman): Tout à fait. Il y a d'autres discussions sur le sous-amendement de Mme la députée d'Hochelega-Maisonnette?

Mme Harel: On va disposer, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que le sous-amendement est adopté?

Mme Harel: Adopté.

M. Couillard: Rejeté.

Le Président (M. Copeman): Rejeté.

Mme Harel: On dit: Sur division. Il n'est pas habitué. D'habitude, c'est le contraire.

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce qu'il y a d'autres discussions sur l'amendement tel quel?

Mme Harel: Toujours à la page 2, la Commission d'accès à l'information dit ceci: «Le deuxième amendement reçu par la commission vise à modifier l'article 16 du projet de loi qui insère l'article 431.2 à la [loi santé et services sociaux]. Cette disposition donne le pouvoir au ministre de requérir que les établissements concernés ou, le cas échéant, le prestataire choisi en application de l'article 520.3.0.1 [...] lui fournissent de la manière et dans les délais qu'il indique les renseignements recueillis en application de l'article 185.1 qui sont nécessaires...»

M. Couillard: Il faut aller au paragraphe suivant parce qu'on voit qu'on y...

Mme Harel: C'est ça. «À la lecture du deuxième alinéa de cette disposition...»

M. Couillard: ...ils sont d'accord à la façon dont on l'a fait.

Mme Harel: Mais la forme dénominalisée, là, puis agrégée, ça ne fait pas partie du projet de loi.

M. Couillard: Oui, on l'a. 431.2, à l'article 16, je pense, hein? On n'a qu'un amendement. «Dans tous les cas, les renseignements ainsi fournis ne doivent pas permettre d'identifier les usagers des établissements.»

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce qu'on peut disposer de l'amendement? Est-ce que l'amendement est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. En conséquence, le nouvel article 30.1 est-il adopté?

Des voix: Adopté.

Dispositions finales (suite)

Le Président (M. Copeman): Il y a un amendement qui introduit l'article 48.1, M. le ministre.

M. Couillard: Alors, cet article, M. le Président, fait suite aux suggestions qui ont eu lieu pendant et

après la commission parlementaire par l'Association québécoise des établissements de la santé et services sociaux, connue maintenant sous son acronyme de l'AQESSS. Parce que la version initiale du projet de loi indiquait la mise en place immédiate du mécanisme d'accès pour l'ensemble des procédures. Or, avec justesse, les représentants des établissements se sont déclarés incapables de pouvoir le faire d'un seul coup pour toutes les procédures, et ça ne correspondait pas de toute façon à ce qu'on avait indiqué en termes d'installation progressive en commençant par trois chirurgies pour par la suite l'étendre à d'autres.

Alors, l'article se lirait de la façon suivante, on indique, après l'article 48 du projet de loi, l'article 48.1 :

Malgré l'entrée en vigueur de l'article 185.1, édicté par l'article 7, un établissement qui exploite un centre hospitalier a, jusqu'au (indiquer ici la date qui suit de deux ans la date de l'entrée en vigueur du présent article), pour instaurer, pour l'ensemble des services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques du centre, le mécanisme central de gestion de l'accès à ces services.

Cette instauration doit se faire au fur et à mesure des priorités et selon les délais déterminés par le ministre pour chaque service.

Voilà. On avait eu des représentations de Mme Denis et de son conseil d'administration en commission parlementaire là-dessus.

Mme Harel: Alors, M. le Président, si on reprend le document *Garantir l'accès*, qui est finalement le document de consultation rendu public par le premier ministre lui-même et le ministre de la Santé, on y retrouve cet engagement de garantir l'accès dans des délais qu'on définit d'ailleurs à la page 47 et suivantes. Alors, on y dit ceci: «Le fonctionnement du mécanisme pour garantir l'accès aux services vise avant tout à assurer aux patients un traitement à l'intérieur de délais définis...» Le seul délai défini, M. le Président, c'est celui de la mise en place d'un mécanisme pour gérer des listes d'attente. Ce que l'article 48... ça va introduire le mécanisme pour mettre en vigueur la gestion de listes d'attente. Mais, à ce que je sache, l'engagement du premier ministre et du ministre de la Santé, c'était le suivant: assurer aux patients un traitement à l'intérieur de délais définis...

M. Couillard: En commençant par les services hospitaliers visés, hanche, genou, cataracte, pour par la suite l'étendre aux autres. Et le mécanisme central de gestion de l'accès est une condition sine qua non à l'instauration d'un accès à l'intérieur des délais. Si on n'a pas de mesures correctes et de gestion correcte des listes d'accès, on ne sera jamais capables d'obtenir les résultats qu'on souhaite. Alors, on a toujours été très clairs en indiquant qu'on commençait par hanche, genou, cataracte et par la suite on l'étendait à l'ensemble des autres services pour des raisons, je dirais, de prudence et également d'apprentissage d'une culture vraiment nouvelle dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Mme Harel: Attendez, là, M. le Président, je pense que le ministre est en train de réécrire l'histoire à défaut de d'abord réécrire son propre document. On y lit ceci: «Par l'introduction de la garantie d'accès aux services pour les chirurgies électives, l'État [assume] la responsabilité de la totalité de l'épisode de soins.»

M. Couillard: ...cette page-là l'autre jour puis on a constaté qu'il s'agissait d'épisodes de soins hospitaliers, qu'il s'agissait d'abord de hanche, genou, cataracte et par la suite des autres procédures. On a été très clairs, et c'est très clair dans le document.

Mme Harel: Mais, quand vous écriviez que l'État assume la responsabilité de la totalité de l'épisode de soins...

M. Couillard: Hospitaliers.

Mme Harel: Seulement les soins hospitaliers.

M. Couillard: C'était d'ailleurs dans le... on l'a regardée cette page-là l'autre jour.

Mme Harel: Non. Oui, on a regardé cette page-là, mais c'était en fonction de chirurgies électives définies au fur et à mesure.

M. Couillard: Bien oui, c'est ça. Mais chirurgical, un épisode de soins, c'est l'épisode chirurgical. En fait, si on veut parler des autres, ce n'est pas un épisode de soins, c'est une succession d'épisodes de soins. L'ensemble des services qu'on obtient pour une circonstance particulière, ce n'est pas un épisode de soins, c'est une succession d'épisodes de soins. Alors, la visite chez l'omnipraticien, c'en est un, épisode de soins. La référence au spécialiste, c'est un autre épisode de soins. L'inscription à la liste d'attente dans l'hôpital, c'est un autre épisode de soins, c'est de celui-là dont on parle actuellement.

● (16 h 10) ●

Mme Harel: Mais vous mentionniez à la page suivante, là: *De l'inscription sur une liste d'attente jusqu'à six mois d'attente*. En toute bonne foi, quelqu'un, journaliste, concitoyen, collègue qui lit le document comprend que vous garantissez l'attente maximum six mois.

M. Couillard: Bien, on va en venir là, on l'a déjà indiqué plusieurs fois, là. Pour hanche, genou, cataracte, c'est effectivement les données et les délais qui ont été convenus, six mois. Pour l'ensemble des chirurgies, on en conviendra avec les partenaires, mais on peut probablement présumer que ça va être six mois également, parce que l'ensemble des pays qui ont mis en place des mécanismes semblables ont, de façon non concertée, adopté les mêmes délais.

Mme Harel: Alors, puisque cela se fera comme vous le dites, pourquoi ne pas le mettre dans la loi?

M. Couillard: On le met ici. On va élargir progressivement le mécanisme en commençant par hanche, genou, cataracte, et, chaque fois qu'on va le faire, avec des délais déterminés. Alors, on ne peut pas présumer maintenant de ce que je viens de dire. On va le confirmer par conversation avec les partenaires médicaux surtout. Et, lorsqu'on ajoutera des blocs nouveaux au mécanisme de gestion de l'accès, on va mettre également en place des délais déterminés comme on l'a fait pour hanche, genou, cataracte.

Mme Harel: Ce qui est contradictoire, c'est que, dans le document, vous confirmiez les délais. Là,

maintenant, vous nous dites: Il faut attendre les partenaires de la santé pour les établir. Mais ici je lis: «Pendant [la] période s'étalant de l'inscription sur la liste d'attente jusqu'au délai reconnu de six mois...»

M. Couillard: Pour hanche, genou, cataracte, et on peut présumer que ce sera la même chose pour d'autres chirurgies. Mais il n'a jamais été question d'inscrire les délais dans la loi. D'ailleurs, aucun pays ne l'a fait.

Mme Harel: Vous le laissez entendre.

M. Couillard: Bien...

Mme Harel: Vous le laissez entendre: «Pendant cette période s'étalant de l'inscription sur la liste d'attente jusqu'au délai reconnu de six mois, une évaluation périodique de l'état clinique du patient est réalisée et la liste d'attente est ajustée au besoin. La programmation de l'intervention, incluant la fixation de la date[...], devra s'effectuer dans les 30 jours...»

M. Couillard: On a déjà dit ça, là.

Mme Harel: Ce n'est nulle part dans la loi.

M. Couillard: Bien oui! C'est que, dès l'inscription, il faut donner une date. Puis on va encore plus loin, on ne dit même pas 30 jours, là; dès l'inscription il faut donner une date prévisible de traitement.

Mme Harel: La date prévisible peut être trois mois plus tard.

M. Couillard: Bien, il faut que ce soit dans le délai. Pourquoi pas trois mois plus tard?

Mme Harel: Alors, pourquoi vous disiez «devra s'effectuer dans les 30 jours» dans le document de consultation?

M. Couillard: Non, la détermination. En fait, on a été plus sévères pour nous-mêmes dans la loi que dans le document de consultation. Parce que, d'une part, on se donnait 30 jours pour déterminer la date prévisible, non pas pour la faire, mais déterminer la date prévisible, alors que maintenant c'est dès l'inscription; d'autre part, on se donnait une période de grâce de trois mois après l'expiration de six mois pour hanche, genou, cataracte qu'on ne se donne plus maintenant. Alors, en fait, le projet de loi n° 33, suite à la commission parlementaire, a resserré ces deux éléments.

Mme Harel: Attendez. Là, vous nous dites que, dès qu'il y a inscription sur la liste, il y a tout de suite la date.

M. Couillard: «...les règles à suivre pour inscrire un usager[...], les modalités de détermination et de communication à l'usager de la date prévisible de l'obtention de ces services...»

Mme Harel: «La date...»

M. Couillard: «...prévisible de l'obtention de ces services».

Mme Harel: Donc, ça peut être plusieurs mois plus tard?

M. Couillard: À l'intérieur des délais.

Mme Harel: Il n'y a pas de délais.

M. Couillard: Bien, il y en a pour hanche, genou, cataracte, donc...

Mme Harel: Dans la loi?

M. Couillard: Il n'y en aura jamais dans la loi, de ça...

Mme Harel: Ah!

M. Couillard: ...pas plus au Québec que dans n'importe quel autre pays. Il va y en avoir dans les directives qui seront publiées sur le site Web du ministère, également dans les directives administratives. Alors, c'est certain qu'effectivement, comme on a déterminé que le délai maximal pour hanche, genou, par exemple, c'est six mois, compte tenu de la priorité que le médecin va donner à la personne, effectivement ça se peut qu'on lui donne une date dans quatre mois, ce qui est tout à fait correct. C'est mieux que comme c'est actuellement: zéro date, un jour peut-être on vous appellera.

Le Président (M. Copeman): Sur l'amendement qui crée l'article 48.1, est-ce qu'il y a d'autres discussions sur l'amendement? Est-ce que l'amendement est adopté?

M. Couillard: Adopté.

M. St-André: M. le Président, alors, sur l'article...

Le Président (M. Copeman): Vous voulez voter, M. le député, ou intervenir?

M. St-André: Je voudrais intervenir, s'il vous plaît.

Le Président (M. Copeman): Ce serait génial peut-être de le signaler avant que je demande si l'amendement est adopté, M. le député. Allez-y.

M. St-André: Alors, merci beaucoup, M. le Président. M. le Président, sur la question des mécanismes d'accès, je voudrais rappeler aux membres de la commission, particulièrement au ministre et pour appuyer les propos de ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, que ce qui est prévu dans la loi semble insatisfaisant pour bien des intervenants, particulièrement pour les partenaires médicaux. En plus, dans l'article qu'on est en train d'étudier, on prévoit un délai de deux ans à partir du moment où l'article va rentrer en vigueur pour mettre en place le mécanisme de gestion d'accès aux services médicaux.

Il faut se rappeler qu'à la dernière campagne électorale le Parti libéral, le ministre, ses collègues en campagne s'étaient engagés de façon prioritaire à agir sur la question des listes d'attente. Leur engagement fort qu'ils avaient pris, c'était de combattre l'attente sous toutes ses formes. Ils voulaient venir notamment à bout des listes d'attente dans... en tout cas dans leur mandat électoral.

Là, ce qu'on se rend compte avec l'article tel qu'il est rédigé, c'est que le mécanisme central de gestion de l'accès va rentrer vraisemblablement en vigueur après une éventuelle élection générale au Québec.

D'autre part, M. le Président, l'ensemble des partenaires qui oeuvrent en santé au Québec, je parle particulièrement des médecins, des omnipraticiens puis des spécialistes, sont venus en commission parlementaire sur le projet de loi pour exprimer leur déception quant aux mesures qui sont contenues dans le projet de loi et particulièrement celui dont on traite actuellement.

J'aimerais ça rappeler aux membres de la commission notamment ce que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec disait à la Commission des affaires sociales, page 6 de son mémoire: «La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec se désole de constater que les mesures mises en place par le projet de loi n° 33 pour garantir un accès aux services de santé à l'intérieur de délais raisonnables vise uniquement l'accès aux soins spécialisés.» Ça, je pense que c'est un volet important, on ne rappellera jamais assez que le mécanisme central de gestion de l'accès aux services médicaux ne vise finalement que les soins spécialisés. La FMOQ insistait particulièrement dans son mémoire pour dire que, si on veut que les mesures pour garantir un accès dans un délai raisonnable aux services médicaux... bien ça doit prévoir des mesures fortes, des mesures vigoureuses notamment dans la réorganisation des services de première ligne qui n'ont pas encore produit tous leurs effets.

Plus loin dans leur mémoire, toujours la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec rajoute ceci: «Malgré toutes ces mesures, l'accès aux soins de première ligne demeure problématique, qu'il s'agisse de l'accès à un médecin de famille ou aux plateaux techniques requis pour mener à bien des investigations. Ainsi, qu'il suffise de mentionner que de nombreux patients, n'ayant pas le bénéfice d'une assurance médicale privée leur permettant de s'adresser à des cliniques privées de radiologie ou de laboratoire, sont soumis à des délais souvent déraisonnables pour obtenir des tests ou des analyses dans des délais acceptables auprès d'établissements du réseau. On a récemment rapporté à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec qu'un établissement était allé aussi loin que d'exiger des patients que leurs médecins omnipraticiens référant détiennent des privilèges dans leur établissement pour accéder aux services d'investigation prescrits. Évidemment, ce genre de situation inacceptable retarde d'autant les délais d'accès aux soins spécialisés lorsque requis.»

Plus loin, toujours dans son mémoire, on rajoute: «Ainsi, pourquoi seuls les soins spécialisés devraient-ils bénéficier de mesures favorisant l'accès dans des délais raisonnables tel que prévu aux articles 7 et 16 du projet de loi n° 33? Tous s'entendent pour dire que les délais d'attente commencent dès la tentative d'accéder aux soins de première ligne.»

● (16 h 20) ●

Et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec continue son mémoire en insistant qu'il y a une insuffisance de moyens notamment, notamment dans la première ligne, justement pour faire en sorte que les délais soient acceptables. Donc, ça va bien au-delà de la question des services spécialisés ou des soins spécialisés.

Il n'y a pas que la Fédération des médecins omnipraticiens qui se désole finalement des mesures contenues

dans le projet de loi et qui ne correspondent pas à ce qui avait été exprimé dans le document *Garantir l'accès*. La Fédération des médecins spécialistes du Québec, dont on entend beaucoup parler par les temps qui courent, disait, dans son mémoire sur le projet de loi n° 33, lorsqu'ils sont venus en commission parlementaire, le 13 septembre dernier, ceci: «L'objectif énoncé de ce projet de loi est d'assurer une garantie d'accès aux patients québécois pour l'obtention de divers services médicaux spécialisés. Des moyens d'action sont prévus: l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés dans chacun des centres hospitaliers.» Donc, c'est le même point de vue que la Fédération des médecins omnipraticiens. On met en place un mécanisme de gestion de l'accès seulement pour les services médicaux spécialisés.

Et la Fédération des médecins spécialistes du Québec rajoute, dans son mémoire, un peu plus loin: «D'emblée, on peut affirmer que, contrairement à ce qui a été annoncé — ce qui a été annoncé dans le document *Garantir l'accès* — on ne retrouve aucune garantie d'accès dans ce projet de loi.» Donc, c'est plutôt un jugement assez lapidaire de la part de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Il y a aussi, M. le Président, la Fédération des médecins résidents du Québec qui est venue s'exprimer en commission parlementaire sur le projet de loi n° 33, le 5 septembre dernier, qui va à peu près dans le même sens. Ils disent ceci: «En prenant connaissance de la façon dont on a traduit, dans le projet de loi, les principes du document *Garantir l'accès*, la Fédération des médecins résidents du Québec est restée sur son appétit — donc comme la Fédération des médecins omnipraticiens, la Fédération des médecins spécialistes également — en ce qui a trait aux délais d'attente.»

Plus loin dans son mémoire, la Fédération des médecins résidents du Québec rajoute, rajoute ceci: «...l'approche proposée dans le projet de loi n° 33, en ce qui a trait à la gestion centrale de la liste d'attente, ne tient nullement compte du fait qu'un individu ait dû attendre plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille — donc le même point de vue que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec — d'être référé au médecin spécialiste, de subir les examens préalables à l'établissement du diagnostic, et d'être finalement inscrit sur la liste d'attente de l'établissement.»

D'ailleurs, en lisant les remarques autant de la Fédération des médecins omnipraticiens que de la Fédération des médecins résidents, j'ai pu constater moi-même dans ma circonscription... Là, je le répète, le fameux exemple du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur avec son service en radiologie, où on a fait la démonstration, sans que le ministre puisse nous contredire jusqu'à date... J'ai compris tout de même qu'il voulait valider les données, ça prend du temps pour valider les données. Mais, nous, on sait déjà depuis au moins deux ans, en radiologie, à l'Hôpital Le Gardeur, que la liste d'attente pour certains examens du diagnostic peut aller jusqu'à deux ou trois ans.

Donc, une expérience au Centre hospitalier Le Gardeur qui va dans le même sens que ce qu'expriment les différentes fédérations de médecins, de ce qu'ils ont exprimé ici, en commission parlementaire, sur le projet de loi n° 33. Et, pour eux, bien, ils reconnaissent que le projet de loi n° 33, en introduisant le mécanisme central de gestion d'accès, bien on est restés sur notre appétit.

Le Collège des médecins du Québec abonde dans le même sens, M. le Président. En commission parlementaire aussi sur le projet de loi n° 33, le Collège des médecins du Québec y est allé de ce commentaire tout à fait lapidaire. En commençant la présentation de son mémoire, il disait ceci: «Nous devons dire, comme premier commentaire général, que le Collège des médecins du Québec est très déçu du projet de loi. Selon nous, le projet de loi ne reflète pas l'ampleur des discussions qui ont eu cours en commission parlementaire sur le livre blanc déposé au printemps, et qui visaient à trouver des solutions au problème d'accessibilité aux soins. La question du financement, qui a été considérée par tous, y compris dans le livre blanc, comme un élément crucial du problème d'accessibilité, a été tout simplement évacuée. Elle devra inévitablement être abordée de nouveau.»

On se souviendra, M. le Président, qu'au mois d'août, fin août début septembre, le ministre, malgré tous les beaux discours qu'il nous a faits, je dirais, dans les trois dernières années sur la question du financement de santé où on était... quand on entendait parler le ministre, on avait l'impression d'être au bord du gouffre, au bord de l'abîme, bien là, tout d'un coup, il n'y avait plus de problème en ce qui concerne le financement des soins de santé au Québec et puis qu'on n'avait pas besoin d'en traiter dans le cadre de l'étude de ce projet de loi.

Donc, en conclusion, M. le Président, j'aimerais sensibiliser les collègues ministériels particulièrement qu'entre ce qui a été énoncé en commission parlementaire l'hiver dernier sur le document *Garantir l'accès*, qui a été présenté par le ministre de la Santé, par le premier ministre, où il y avait un ensemble d'engagements qui étaient contenus là-dedans... Bien, l'ensemble des fédérations de médecins, que ce soit la Fédération des médecins omnipraticiens, la Fédération des médecins spécialistes, la Fédération des médecins résidents du Québec et même le Collège des médecins, toutes ont constaté un écart entre ce qui a été énoncé dans ce document-là, des engagements du ministre, puis finalement ce qui est livré par le projet de loi.

Il y a un écart tout aussi important, en ce qui me concerne, entre les engagements que nos amis d'en face ont pris sur notamment les listes d'attente en santé et ce qui est livré par le projet de loi. Puis même, même, M. le Président, bien on est obligés de convenir qu'on va se lancer dans une élection générale bientôt au Québec, et le gouvernement, le ministre de la Santé n'aura pas réussi, contrairement aux engagements qu'il avait pris en dernière campagne électorale... s'engager à éliminer l'attente finalement dans les services de santé.

Et j'espère, M. le Président, que les discussions qu'on va avoir sur cet article puis sur le projet de loi dans son ensemble vont faire en sorte qu'on va prendre des mesures véritables pour faire en sorte qu'on ait... pour qu'on se donne, au Québec, une véritable garantie d'accès qui va bien au-delà de ce qui est contenu actuellement, là, dans le projet de loi n° 33. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme L'Écuyer): Merci, M. le député... une intervention?

Mme Harel: Bonjour. Bonjour, Mme la Présidente. Alors, Mme la Présidente, le Collège des médecins du Québec écrivait, à propos de cette supposée garantie d'accès aux soins en établissement, ceci: «Selon

nous, la question de l'accès aux services de santé ne peut se réduire à un mécanisme administratif de gestion des listes d'attente. L'existence de listes d'attente est inhérente à la mise en place d'un système public de soins de santé — disait-il. Un problème survient lorsqu'à partir d'un certain seuil le délai d'attente compromet la qualité des soins offerts aux patients. Dans une telle perspective, il ne faut pas voir l'allongement des délais d'attente comme un problème en soi, mais comme un symptôme témoignant d'un dysfonctionnement plus grave.»

Alors, le mémoire poursuit, et ce à quoi je veux en arriver, Mme la Présidente, c'est que finalement, selon le Collège des médecins, ce qu'il faut, c'est ouvrir des blocs opératoires plutôt que de se limiter à gérer des listes d'attente: «...ne pourrait-on pas mettre nos efforts à déterminer quels services pourraient être offerts en dehors des établissements de façon à ajuster l'utilisation des ressources en fonction de l'intensité des problèmes à régler?» Alors, ils s'étonnaient que le ministre se réserve le pouvoir de régler des situations cas par cas. «En est-on réduit — demande le Collège des médecins — à ce que le ministre lui-même gère le délai d'attente d'un cas particulier?»

● (16 h 30) ●

Je dois vous dire, Mme la Présidente, que le point de vue du Collège des médecins repose sur une question qui était la suivante: «...la véritable question — dit le collège — est donc de préciser l'intention du gouvernement: veut-il apporter une solution, comme il semblait vouloir le faire dans le livre blanc — intitulé *Garantir l'accès* — ou simplement soulager le symptôme en gérant mieux les listes d'attente comme cela semble être le cas dans le projet de loi qui nous est soumis?» Parce que finalement la déception a été grande, là. Je ne peux pas vous dire que c'était unanime, mais je peux vous dire que c'était très, très majoritaire, le sentiment, dans le fond, de très grande déception en regard de l'accessibilité aux soins garantie dans un document de consultation, mais qu'on ne retrouvait pas, selon les intervenants, disons, de tous les milieux, dans le projet de loi.

D'ailleurs, à cet égard, Mme la Présidente, je voudrais reprendre les propos de mon collègue de l'Assomption qui citait le mémoire présenté par la Fédération des médecins spécialistes du Québec, et qui, dans ce mémoire, au paragraphe intitulé *Mécanismes de gestion et de garantie d'accès aux services*, on peut y lire ceci: «...on peut affirmer — dit le mémoire — que, contrairement à ce qui a été annoncé, on ne retrouve aucune garantie d'accès dans ce projet de loi.» Ils poursuivent: «...en ce qui a trait au mécanisme que l'on souhaite introduire en milieu hospitalier, on peut constater que celui-ci prend l'appellation de mécanisme de gestion de l'accès aux services plutôt que de gestion des listes d'attente. Or, il s'agit là d'une notion plus englobante et l'on peut s'inquiéter de ses visées et de son effet sur l'amélioration de l'accessibilité.» En d'autres termes, ce que nous ont dit presque tous les intervenants, c'est qu'il n'était pas question de gestion de l'accès aux services dans le projet de loi n° 33, mais il s'agissait de gestion de listes d'attente.

Alors, on retrouve, à l'article 48.1, tel que présenté par amendement par le ministre, on y retrouve, dans les derniers mots de l'alinéa, les mots suivants: «mécanisme central de gestion de l'accès à ces services». À l'évidence, là, quand on se réfère à tous les intervenants venus devant la commission parlementaire, cette formulation est presque

outrancière, puisque, mécanisme central de gestion de l'accès à ces services, et aux dires de ceux qui sont dans les établissements à titre d'omnipraticien ou de médecin spécialiste, même à l'extérieur à titre d'agent de surveillance comme le Collège des médecins, et on pourrait ajouter à la liste presque la totalité de ceux et celles qui sont venus présenter des mémoires, il n'est pas question, dans le projet de loi, d'un mécanisme central de gestion de l'accès à ces services, mais d'un mécanisme de gestion des listes d'attente.

Alors, à cet égard, M. le Président, je voudrais présenter un sous-amendement qui se lit comme suit: ...à l'article 48.1, proposé par amendement au projet de loi, les mots «de l'accès à ces services» par ce qui suit: «des listes d'attente pour ces services». Remplacer en fait les mots «de l'accès à ces services» par les mots mécanisme central de gestion «des listes d'attente».

Alors, ça se lirait comme suit, M. le Président: Malgré l'entrée en vigueur de l'article 185.1 — et se poursuit l'amendement tel que déposé — pour instaurer, pour l'ensemble des services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques du centre, le mécanisme central de gestion des listes d'attente pour ces services.

(Consultation)

Le Président (M. Copeman): Moi, ça me paraît recevable. On va faire des copies. Essentiellement, on remplace la phrase «de l'accès à ces services» par «des listes d'attente pour ces services». Alors, la discussion s'enchaîne sur la proposition de sous-amendement. Est-ce qu'il y a des interventions sur le sous-amendement? Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): Dans le fond, ce qu'on demande, c'est que ce soit précisé que, dans le fond, ce qui est visé par le projet de loi en mettant un mécanisme de gestion, c'est non seulement la garantie d'accès à des services, parce que ça, c'est très général, mais c'est surtout de s'attaquer, comme ça a été promis, à l'amélioration du mécanisme des listes d'attente. Et je pense que là-dessus des listes d'attente doivent être constituées aussi en fonction de critères et de normes qui sont vraiment reconnus par l'ensemble des professionnels du domaine médical.

Et ça, là-dessus, la Fédération des médecins spécialistes a été très claire là-dessus. Ce qu'elle demande dans le fond: «...la Fédération des médecins spécialistes considère normal que les listes d'attente des centres hospitaliers soient constituées en fonction de critères et de normes préalablement établies entre les médecins et les administrateurs.» Et la fédération, dans le fond, puis nous sommes d'accord avec ça... Il y a eu quand même quelques améliorations de certaines listes d'attente et parfois normalisation de l'accès aux soins. Et ce qu'il faut, c'est que ça se continue dans d'autres spécialités. Et on dit que ces façons de faire «doivent s'étendre à toutes les spécialités médicales et chirurgicales qui ont des listes de patients en attente d'examen diagnostiques ou de traitements sur des listes moins médiatisées». Hein? Parce qu'on ne parle pas de cancérologie, parce qu'on sait qu'en oncologie, quand quelqu'un a un cancer, bien c'est sérieux, c'est vrai. Mais il y a des problématiques qui sont tout aussi sérieuses, mais ils n'ont pas autant d'attention des médias et il ne faudrait pas qu'à cause de cela on ne se préoccupe

pas des listes d'attente qui existent également pour ce type d'intervention.

Et là-dessus je pense que c'est quand même révélateur que le projet de loi parle de mécanismes de gestion de l'accès aux services, alors qu'au départ c'était vraiment la question de la gestion des listes d'attente. Et d'ailleurs, dans le jugement Chaoulli, on parle justement de prendre des moyens pour gérer les listes d'attente. On ne parle pas de gérer strictement des moyens d'accès à des services, on parle avant tout des listes d'attente qui sont existantes.

Alors, je pense que là-dessus la gestion des services, ça veut dire quoi exactement, surtout que là on parle de vouloir commencer par trois chirurgies, on les nomme, et tout ça, mais on ne parle pas de l'ensemble des chirurgies. Donc, c'est comme si, au départ, on accepte que les listes d'attente soient un peu comme en retrait de nos préoccupations parce qu'on en a juste trois d'énumérées dans le projet de loi comme tel.

Alors, je pense que là-dessus l'amendement se veut, de façon explicite, donner des précisions. C'est quoi, l'objectif du projet de loi n° 33? Et, si c'est tel que ça a été annoncé, discuté, commenté lors de la commission parlementaire dont le document *Garantir l'accès* a fait l'objet, bien il me semble que ça serait plus précis avec l'amendement que l'on propose.

● (16 h 40) ●

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a d'autres discussions? Évidemment, l'amendement intervient après que nous avons déjà adopté les articles 7, 8 et 16 qui utilisent l'expression «accès à ces services». Ça ne le rend pas caduc, le sous-amendement, mais... Bref. Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur le sous-amendement?

Mme Harel: Alors, M. le Président, je voudrais, à l'appui du sous-amendement, vous faire part d'un court extrait, là, du mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. J'ai donc déjà, à l'appui du sous-amendement, cité le Collège des médecins. Ma collègue l'a fait pour le mémoire présenté par la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Et cette fois, dans le mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, on peut y lire ceci: «...nous signalons de nouveau que le projet de loi ne comporte aucune obligation pour le gouvernement de prendre des mesures plus concrètes pour "garantir" l'accès à un médecin spécialiste et à des soins postopératoires dans un délai "raisonnable".»

Et le mémoire poursuit: «...le projet de loi ne prévoit pas de texte ou de disposition comportant de façon expresse la mention d'un délai maximal en regard de la garantie d'accès alors que le document de consultation le prévoyait.» Je vous l'ai dit, M. le Président, ça a été avec étonnement que les intervenants, habituellement très bien informés, du milieu médical... c'est avec vive inquiétude qu'ils ont constaté que le projet de loi ne retenait pas les éléments principaux du livre blanc appelé *Garantir l'accès*, le document de consultation sur lequel il y a eu une très longue commission parlementaire au printemps passé.

Alors, les infirmières et infirmiers auxiliaires ajoutent ceci: «...nous nous questionnons sur la forme que [prendrait] cette garantie d'accès dans le cadre du projet de loi. Selon nous, il est opportun voire essentiel que le délai maximal soit inscrit à la loi étant donné que

la garantie d'accès est justement proposée pour conférer un droit à la population.» Bon. Et ainsi de suite. En fait, à peu près tous les mémoires étaient au diapason sur cette question, M. le Président. C'est donc dire que, quels qu'ils soient, je pense qu'on pense qu'on pourrait reprendre chacun ou presque des mémoires présentés.

Par exemple, je poursuis avec celui des infirmières et infirmiers auxiliaires. On nous dit ceci — on y reviendra: «D'autre part, ce "délai raisonnable" — qu'on retrouve dans la loi — n'est pas précisé. Devons-nous comprendre qu'il s'agit du premier délai de six mois[...]? Cette disposition nous semble vague et floue — celle de délai raisonnable — puisqu'elle ne précise pas un délai maximal[...]. La notion de "délai raisonnable jugé par le ministre" est reprise au troisième alinéa et la même remarque s'applique», ajoute l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires.

Alors, à peu près tous les mémoires ont porté sur cette désillusion, si un mot est approprié, je pense, hein? La commission parlementaire de septembre dernier nous aura permis de prendre le pouls de l'ensemble des intervenants du milieu médical désillusionnés en regard de ce qu'ils croyaient être les engagements du gouvernement et du ministre de la Santé en matière de gestion de l'accès aux services. Alors, voilà, M. le Président, ce qui motive ce sous-amendement qui vous a été présenté.

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

Mme Champagne: Sur ce sous-amendement, c'est des questions qu'on se pose suite à l'entente, je dirais, des nombreux groupes qui sont venus nous voir pendant de nombreuses heures, M. le Président. Vous étiez là fidèlement, présent au poste. Et tous s'inquiètent de la suite des choses. Quand ma collègue dépose ce sous-amendement-là, au lieu de dire: Le mécanisme central de gestion de l'accès à ces services, ça fait toute la différence du monde, ça se lirait comme suit: «de l'accès à ces services» par «des listes d'attente pour ces services». Parce que, quand on dit: Mécanisme central de gestion «de l'accès à ces services» et «des listes d'attente pour ces services», c'est en fait une différence énorme.

Et, comme mes collègues, on a relu, avant de venir en commission parlementaire sur l'étude détaillée, des parties et des mémoires complets de gens qui sont venus de façon très professionnelle nous rencontrer. Et, entre autres, j'ai en main celui de la Fédération des médecins omnis du Québec. Tantôt mes collègues ont parlé de la Fédération des médecins résidents du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Collège des médecins du Québec. Ma collègue a souligné le mémoire venant des infirmières et infirmiers du Québec, et leurs inquiétudes sont fondées.

Ce sont des gens, M. le Président, qui sont sur le terrain quotidiennement, qui, jour après jour, ont à vivre et à gérer ces nombreuses demandes là. Et, là, on leur dit: Vous allez avoir un mécanisme central de gestion de l'accès à ces services. Mais voici les inquiétudes, et je vais les souligner, pour les rappeler à ceux qui nous ont suivi de près et pendant de nombreuses heures, sur les commentaires de la Fédération des médecins omnis sur le mécanisme central de gestion de l'accès tel qu'il est établi, là, à l'article 48.1 que le ministre nous a soumis comme amendement, sur lequel ma collègue émet et ajoute un

sous-amendement pour revenir à nos listes d'attente. C'est celles-là qui font défaut. Et, comme le disait si bien le ministre: Fini le temps où les listes d'attente étaient dans les poches des médecins. Par contre, si elles sont dans les poches ou sur la table ou dans un tiroir d'un autre groupe sans directives bien précises, on risque de se ramasser avec des attentes tout aussi longues.

Alors, la FMOQ disait qu'elle était en accord avec l'introduction de l'obligation, pour chaque centre hospitalier, de se doter de mécanismes de... C'est d'ailleurs un élément important dans le projet de loi. Mais ils se questionnaient de la façon suivante en disant: «[Nous croyons] qu'il y aurait opportunité d'uniformiser, voire normaliser, certaines des modalités de la garantie d'accès afin d'en assurer l'équité pour les patients pour l'ensemble du Québec.»

Ils craignent que chacun ait sa petite gestion, là, je ne dirais pas à la petite semaine parce que ce serait exagéré, mais une gestion qui fasse qu'il y ait des différences énormes d'une plage à l'autre, là, parce que, comme le disait si bien ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, on oublie peut-être, là, en jouant sur le mécanisme central de gestion de l'accès à ces services, on oublie que les listes d'attente, c'est pour ces services. Je ne sais pas si vous voyez la différence, la particularité, là. Mais plus je la lis, plus je la vois, là.

Or, voici ce qu'on nous suggérait, ce que la Fédération des médecins omnis nous suggérait: que les modalités de détermination des délais d'accès jugés médicalement acceptables, on les détermine de façon précise, les modalités de détermination des délais d'accès — je ne suis pas certaine qu'avec cet article-là on le fasse; que les modalités de communication de l'information et de coordination entre l'ensemble des intervenants impliqués au niveau hospitalier, régional ou interrégional soient plus claires, soient précises. Ce n'est pas tout d'établir ce fameux mécanisme central de gestion de l'accès aux services, qu'on va peut-être obtenir des gains là-dessus.

Et: «Pour aller au-delà de l'établissement d'un simple mécanisme d'accès et prétendre à une véritable garantie d'accès pour l'ensemble des Québécois, la Fédération des médecins omnis estime que la loi devrait prévoir...» en plus... Et je reprends, M. le Président, ce paragraphe-là parce que, parmi tous les mémoires que j'ai relus en fin de semaine... C'est une façon comme une autre de passer ses fins de semaine, d'ailleurs, mais c'est intéressant. Ça nous ramène dans plein de notions. Puis on était partis bien équipés, n'est-ce pas, Mmes et M. le député de ce côté-ci, afin d'arriver ce matin bien préparés. Et je pense qu'on l'est effectivement.

Et, quand je relis ce petit paragraphe là, page 9, là, du mémoire des omnis qui dit: «Pour aller au-delà de l'établissement d'un simple mécanisme d'accès et prétendre à une véritable garantie...» Un mécanisme n'assure pas la garantie, là. On s'entend, tout le monde, si on est un peu vigilants aujourd'hui, en ce beau lundi après-midi. Donc: «Prétendre à une véritable garantie d'accès», la FMOQ souhaite les choses suivantes. Alors, demandons-nous: Est-ce qu'on a vraiment ça, avant d'adopter le projet de loi et les derniers amendements, si on répond à l'accès véritable, la véritable garantie.

● (16 h 50) ●

Alors, eux autres, ce qu'ils souhaiteraient, c'est que la loi prévoit la création d'un comité consultatif

composé de médecins cliniciens ayant une expertise reconnue dans leur domaine d'exercice. Pas confier ça à n'importe quel mécanisme, O.K., où on va se retrouver encore plus en attente qu'on l'a jamais été. Peut-être une inquiétude que j'ai, là, ça a dû être une mauvaise fin de semaine pour moi, il n'y a pas moyen.

Or, les membres de ce comité pourraient être désignés par des parties indépendantes telles que des sociétés savantes — vous savez qu'on en a plusieurs dans le domaine de la santé — et le Collège de médecins lui-même. Ils souhaitaient également que la loi prévoie le comité consultatif qui aurait pour mandat de conseiller le ministre sur les délais d'attente médicale acceptables. Parce que le genou, la hanche, la cataracte ou autres, les délais d'attente ne sont pas... ce n'est pas d'une égalité parfaite ça, là, là.

Ils souhaitaient également, cette même fédération-là des médecins, que la loi devrait prévoir... toujours sur le mécanisme d'accès, qu'on veut une véritable garantie d'accès, c'est l'objectif qu'on vise, là. Je peux mettre plein de mécanismes sur la table, là, puis ça ne me garantit pas grand-chose, là. Or, la loi devrait prévoir la transmission par le ministre aux agences de santé et services sociaux des objectifs en matière de délais. Est-ce que les directives données par le ministre établiront ça? On le souhaite fortement.

Autre point, la loi devrait prévoir également, on dit, l'élaboration du mécanisme de gestion d'accès mais par chaque centre hospitalier en fonction des objectifs transmis par le ministre; l'élaboration du mécanisme de gestion d'accès par chaque centre hospitalier de façon à permettre d'ajuster les objectifs de délais transmis par le ministre pour tenir également compte de deux éléments importants.

C'est les délais encourus par un patient avant d'être inscrit sur cette fameuse liste d'attente. C'est là que ça bogue, si je peux employer l'expression, c'est là que ça bloque. Entre la visite chez ton médecin, ta visite chez ton spécialiste, je pense qu'on a même parlé en fin de semaine, ça a donné lieu à des discussions très plaisantes un beau samedi soir, on a parlé de ce projet de loi là, et on ne peut pas savoir à quel point, M. le Président, les gens sur le terrain, nos exécutifs de comité, nos citoyens et citoyennes, quand ils sont autour d'une table, peuvent nous informer de leurs véritables inquiétudes. Puis ils le suivent, le projet de loi. Alors donc, tenir compte des deux éléments, M. le Président, je vous les souligne, c'est les délais encourus par un patient avant d'être sur cette fameuse liste là.

L'opinion du médecin traitant lorsque requis par l'état de santé. J'ai entendu le ministre dire, de façon, je dirais, fortement vraie, là, je ne peux pas contester ça: C'est au médecin aussi à être vigilant, là, pour inscrire son patient, hein, face à son collègue. Mais je ne suis pas sûr que ça fonctionne tout le temps, moi. Tu sais, le médecin appelle son collègue spécialiste en disant: Ça urge, je ne suis pas sûr que ça se fasse tout le temps. Mais on a des cas concrets, M. le Président, des cas concrets. Ma mère a perdu un oeil à cause de ça, entre autres. Alors, ce n'est pas des bons souvenirs, mais c'est bon de le rappeler. Ça s'est fait dans la vraie vie de tous les jours, là, entre le moment où le médecin l'a référée... bien, malheureusement, il était trop tard. Et l'opinion du médecin traitant est très importante.

Deux derniers points que la fédération souligne et qu'elle estimerait voir dans la loi et que je ne vois pas,

c'est la transmission par chaque centre hospitalier à l'agence de santé de son mécanisme de gestion. Est-ce que ça se fera? Je le souhaite. Et la mise en place d'un mécanisme de coordination intrarégional et interrégional pour permettre des transferts d'un patient vers un autre établissement afin d'avoir tous les services spécialisés.

Enfin, finalement, M. le Président, et je termine là-dessus, la Fédération des médecins omnis croit qu'il serait aussi important que les centres hospitaliers soient tenus de rendre compte de leurs résultats face à la gestion, et pas seulement, là, les cliniques médicales spécialisées et autres cliniques, là, qui exerceront, dans un premier temps, trois listes, trois autres formes d'opérations, alors qu'on sait pertinemment que ça ouvre la porte pour d'autres opérations. Alors, vaut mieux, M. le Président, se prémunir tout de suite contre une forme de laxisme qui permettrait peut-être soit des abus ou de ne pas donner des résultats. Vaut mieux le faire tout de suite en faisant ce projet de loi là.

Et les mots que ma collègue emploie sont importants, et je termine en les relisant: Au lieu d'avoir le mécanisme central de gestion «de l'accès à ces services», on parle «des listes d'attente pour ces services», ce qui fait, à mon avis, une différence importante. Merci, M. le Président.

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

Mme Harel: Alors, M. le Président, je voudrais vous faire part, à l'appui du sous-amendement que vous avez reconnu, d'un argumentaire qui a été développé en commission parlementaire en février dernier... ou, non, je dirais plutôt au colloque qui s'est tenu à l'Université de Montréal intitulé *Après le jugement Chaoulli, les options du Québec*. Alors, c'est un colloque qui s'est déroulé, je pense, en tout cas en partie, en présence du ministre. N'ayant pas la responsabilité du dossier de la santé pour l'opposition officielle, je m'y suis quand même rendue, M. le Président. C'était à l'Université du Québec à Montréal, en février dernier.

Et je fais référence à la contribution de l'équipe de recherche en santé de l'Université de Montréal composée par... Ph. D., en fait ce sont les docteurs, hein, même s'ils ne sont pas des docteurs de médecine, là: Louise-Hélène Trottier, André-Pierre Contandriopoulos et François Champagne, qui sont tous trois considérés comme des experts très chevronnés dans la question de la gestion des soins de santé. Alors, leur présentation, à laquelle j'ai assisté lors de ce colloque, aborde la question de la gestion de l'attente. En fait, ils ont présenté l'attente pour les services médicaux spécialisés sous le thème de *Une gestion et une coordination déficientes*.

Alors, je dois dire, M. le Président, que l'accès aux services, selon eux, est présenté à partir des expériences menées dans plusieurs pays de l'OCDE. Et, on le sait, dernièrement l'Organisation de coopération et développement économiques, qui regroupe 29 pays dans le monde, les pays les plus industrialisés, a rendu public, il y a peut-être un peu plus d'un an et demi, un document comparatif des différents systèmes de santé des pays industrialisés. Et on retrouve dans ce document le constat de délais d'attente jugés inacceptables dans plusieurs des pays de l'OCDE. Et, pour résorber ces délais d'attente jugés inacceptables, trois types de mesure ont généralement été utilisés. Et c'est la combinaison de ces trois types de

mesure qui fait le succès des expériences concluantes en termes de réduction des délais d'attente. Alors, ces trois types de mesure, quelles sont-ils? Premièrement, l'ajout de ressources humaines, financières et matérielles; deuxièmement, l'amélioration de la gestion de l'attente; et, troisièmement, l'amélioration de l'organisation des services et de l'utilisation des ressources.

Alors, que retrouve-t-on dans le projet de loi? Essentiellement, l'amélioration de la gestion de l'attente, ce qui justifie notre sous-amendement, M. le Président, qui consiste à remplacer la prétention d'une gestion de l'accès, ce qui supposerait un ajout de ressources humaines, financières et matérielles qu'on ne retrouve pas, ce qui supposerait d'accroître les ressources hospitalières en termes de disponibilité des blocs opératoires, disponibilité des lits d'intensivistes une fois ces chirurgies complétées, ce qui n'est pas le cas non plus...

● (17 heures) ●

Alors, en termes d'ajout de ressources pour atténuer l'attente, il y a quatre interventions possibles, nous disent ces spécialistes. D'abord, l'ajout de ressources financières qui permet d'accroître la production de services, de résorber les délais d'attente accumulés. Le ministre, durant tout l'automne, a annoncé un ajout de 50 millions de dollars répartis sur l'ensemble du territoire. On sait cependant, M. le Président, que ce 50 millions a été déduit, prélevé, si vous me permettez l'expression, prélevé d'un montant total de 169 millions qui était mis sur la table au moment des négociations avec les médecins spécialistes. Et le ministre a prélevé ce 50 millions et l'a annoncé à grand renfort de publicité, de communiqués de presse, comme vous le savez. Cependant, ça a soulevé l'indignation et la colère des médecins spécialistes puisque le projet de loi non seulement, comme tout projet de loi à caractère spécial, leur imposait des choses, mais, d'une manière assez inédite et singulière, les punissait pour ne pas avoir signé volontairement ce qui leur était imposé, en prélevant 50 millions d'un montant de 169 millions qui était en discussion au moment des négociations avant le dépôt du projet de loi.

Ça nous amène à une situation où présentement on nage en pleine contradiction, puisque, très froissés, pour ne pas dire plus, en fait insultés — en fait le terme est peut-être plus juste, là, «insultés» — de la situation, les médecins spécialistes, d'une certaine façon, hésitent pour ne pas dire boudent le fait d'augmenter le nombre d'interventions chirurgicales à même ce montant distribué par le ministre durant tout l'automne, alors qu'avec la loi spéciale par bâillon qui leur a été imposée, là, on comprend qu'elle leur reste en pleine gorge.

Alors, l'ajout de ressources financières, c'est donc une des interventions qui est considérée dans les pays de l'OCDE comme permettant de résorber les délais d'attente accumulés. Ça n'est pas évidemment une action structurante qui permet d'empêcher que de nouveaux délais d'attente excessifs se produisent dans l'avenir, mais il demeure que ça a un effet positif du moins à court terme.

Également, M. le Président, l'ajout d'équipement qui permet d'accroître la production dans des secteurs spécifiques. Cette solution a un effet positif à court terme. C'est aussi plus structurant, donc plus durable que le seul ajout de ressources financières. Cet ajout d'équipement a été rendu possible également par l'entente intervenue avec le gouvernement fédéral.

Il y a également l'ajout de ressources humaines qui permet d'accroître la production. En fait, on le voit actuellement. La cohorte de finissantes infirmières... la cohorte de celles qui ont obtenu leur diplôme cette année est extrêmement intéressante. Et l'Ordre des infirmiers et infirmières réclamaient d'ailleurs du ministre de la Santé et des établissements qu'ils embauchent ces jeunes infirmiers et infirmières pour qu'ils ne délaissent pas la profession et qu'ils puissent ne pas être finalement embauchés par les offices privés, des agences privées qui actuellement, dans nos établissements, M. le Président, offrent l'équivalent à temps plein de 1 300 infirmières. Alors, c'est énorme, comme dit mon collègue le député de L'Assomption.

Et finalement, quatrième ressource, l'ajout de ressources par le recours au secteur privé. Ça a été essayé dans quelques pays, et pourtant l'expérience du Royaume-Uni, de l'Australie et de l'Irlande démontre, selon ces chercheurs, que le recours au secteur privé n'a pas permis de résorber les listes d'attente du secteur public et qu'au contraire le recours au secteur privé a conduit à augmenter la pression de la demande de soins sur les services publics.

Alors, le deuxième type de mesure pour résorber les listes d'attente, c'est de mieux gérer l'attente, ce avec quoi nous nous sommes déclarés en faveur. Pour mieux gérer l'attente, trois genres d'intervention ont été reconnus par l'OCDE.

La première intervention étant le temps d'attente maximum garanti. Alors, les délais d'attente, pour les réduire, les délais d'attente excessifs, plusieurs pays de l'OCDE ont eu recours au temps d'attente maximum garanti. Par exemple, disent les chercheurs, tous les patients doivent être traités à l'intérieur de six mois.

Deuxième intervention pour mieux gérer l'attente est la gestion centralisée des listes d'attente. Alors, vous avez vu, M. le Président, que l'opposition officielle a donné son appui à cette gestion centralisée des listes d'attente qui n'est pas pour autant une garantie d'accès, mais qui est finalement un moyen plus modeste mais qui est nécessaire aussi. Donc, d'avoir une seule liste de patients pour une même intervention, ça permet de redistribuer les patients en fonction des disponibilités non seulement des médecins, mais également des établissements sur l'ensemble d'un territoire donné.

Alors, la troisième intervention pour mieux gérer l'attente, c'est l'élaboration de critères objectifs pour établir l'ordre de priorité de traitement des patients qui sont sur les listes d'attente. Alors, il s'agit de points de repère factuels qui ont été initiés ici même par le gouvernement fédéral à la suite de la Conférence des premiers ministres de septembre 2004. Il s'est d'ailleurs déroulé, en fin de semaine dernière, à Moncton, une conférence fédérale-provinciale notamment sur cette question de l'élaboration d'un ordre de priorité de traitement des patients qui sont sur les listes d'attente. Parce qu'il peut y avoir un effet pervers non recherché au fait de cibler certaines chirurgies électives seulement, l'effet pervers étant, par un effet de vases communicants, que les chirurgies ciblées sont en diminution mais que celles qui ne le sont pas, ciblées, sont en augmentation.

Par exemple, on l'a vu lors de la reddition de comptes des agences régionales qui s'est faite en commission parlementaire en septembre dernier. On voyait que les listes d'attente hors délai médicalement acceptable

n'avaient pas diminué depuis l'an dernier, malgré des efforts qui ont été couronnés de succès dans le secteur des chirurgies électives du genou, des cataractes et de la hanche. Mais pourtant, l'an dernier, avant que ces efforts, disons, soient intensifiés, il y avait 34 000 environ de nos concitoyens qui attendaient une chirurgie hors délai médicalement acceptable. Et, cette année, il y en avait tout autant... en fait, légèrement peut-être un peu plus si on calcule ceux qui ont vu les délais s'allonger, pour le genou et la hanche, de trois mois à six mois. C'était autour de 35 000 de nos concitoyens hors délai médicalement acceptable dans l'attente d'une chirurgie. Et on voyait que, si les chirurgies genou, cataracte, hanche étaient considérablement... l'attente était considérablement réduite, c'étaient les chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation qui, elles, finalement, soit avaient... la liste hors délai médicalement acceptable avait augmenté ou du moins n'avait pas diminué.

Alors, cette question de l'élaboration de critères objectifs pour établir l'ordre de priorité de traitement des patients qui est à l'étude actuellement est, je pense, un aspect important. Je sais qu'à Moncton, en fin de semaine dernière, il était question de l'élaboration de repères factuels qui visent à déterminer des temps d'attente médicalement acceptables dans cinq domaines cliniques prioritaires: l'arthroplastie, donc remplacement de la hanche et du genou, le traitement du cancer, la cardiologie, l'imagerie diagnostique et l'opération de la cataracte.

Je sais également — on a pu le lire dans les médias d'information durant la fin de semaine — que les ministres de la Santé des provinces qui étaient présents ont réclamé des fonds supplémentaires au gouvernement fédéral, qui accumule encore et toujours des surplus budgétaires, ont réclamé des fonds pour parvenir à réduire les délais d'attente médicalement inacceptables ou déraisonnables, dirait le ministre dans son projet de loi, dans ces cinq domaines cliniques jugés prioritaires.

Ce sont là des travaux qui sont prometteurs, là. Ils ne sont pas encore disponibles, mais ils sont prometteurs pour élaborer des critères pour prioriser les patients sur les listes d'attente. Parce que ce n'est pas parce que vous êtes inscrit sur la liste qu'automatiquement votre tour vient. C'est une question de priorité clinique également. Donc, ça combine à la fois l'information clinique et scientifique sur l'impact que l'attente peut avoir sur la santé des patients.

Finalement, M. le Président, le troisième type de ressource pour résorber les délais d'attente, alors c'est de réduire par une meilleure organisation de la production de services, meilleur accès aux services de première ligne et aux soins à domicile. Ça, on peut dire qu'il n'y a rien qui s'est fait à ce niveau-là au Québec. J'ai fait transformer en dollars courants les investissements que l'Institut canadien d'information sur la santé attribue au Québec en matière de maintien à domicile: à part le coût de système, il n'y a rien d'autre depuis quatre ans. Merci, M. le Président.

● (17 h 10) ●

Le Président (M. Copeman): Merci, Mme la députée. Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur le sous-amendement? Il n'y en a pas. Alors, est-ce que le sous-amendement de Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve est adopté?

Des voix: Adopté.

Des voix: Rejeté.

Le Président (M. Copeman): Rejeté. Est-ce qu'il y a d'autres discussions sur l'amendement proposé par le ministre créant l'article 48.1?

Mme Charest (Rimouski): Vous avez dit 48.1?

Le Président (M. Copeman): Oui.

Mme Charest (Rimouski): Moi, je voudrais revenir, M. le Président, si vous me le permettez, sur le deuxième paragraphe de cet amendement. On dit que l'instauration doit se faire au fur et à mesure des priorités et selon les délais déterminés par le ministre pour chaque service. Et on sait que le ministre parle de délais d'attente déraisonnables ou sur le point de le devenir. Et ça, ce n'est pas clair et ce n'est pas très... C'est plutôt des concepts flous, et il me semble qu'il y aurait lieu de préciser ces choses-là. D'ailleurs, pour être certaine que je ne me fourvoie pas en disant cela, j'ai vérifié ce que les corporations médicales disent à cet effet sur les délais d'attente.

Et, aujourd'hui, je regardais la Fédération des médecins spécialistes du Québec, leur mémoire, c'était *Garantir à nos patients l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés*, présenté le 13 septembre 2006, puis c'est marqué: «L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie! Votre médecin spécialiste.» Alors, je pense que ça demeure vraiment aujourd'hui comme hier et que ça le sera demain.

Alors, eux, ce qu'ils disent, c'est que tout mécanisme de gestion des listes d'attente doit nécessairement être instauré avec l'accord des chefs de département, parce que c'est fondamental, c'est les chefs de département clinique qui sont concernés au plus haut point par rapport à l'accessibilité aux soins, et naturellement avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements comme tels, parce que l'un ne va pas sans l'autre pour établir des priorités.

Et ils font remarquer qu'il s'agit encore d'une nouvelle tâche déléguée aux chefs de département et que la rémunération des tâches médicoadministratives n'est toujours par réglée. Mais ça, je veux dire, on va laisser ça aux gens qui travaillent là-dessus parce que ce n'est pas l'objet de notre discussion cet après-midi. Mais ça ne fait rien, je pense qu'ils ont, depuis plusieurs semaines, pour ne pas dire plusieurs mois, pris toutes les occasions pour nous le rappeler.

Si on revient strictement aux délais raisonnables et déraisonnables, ce qu'il faut s'assurer, c'est que, dans le projet de loi, il y ait vraiment un accès aux soins médicaux spécialisés et surspécialisés. Et, selon eux, il n'y a rien dans le projet de loi n° 33 qui le garantit, qui garantit une amélioration de l'accès comme tel, et parce que nulle part dans le projet de loi on ne peut prendre connaissance de l'engagement du gouvernement pour rendre les services médicaux spécialisés accessibles à la population puis dans des délais pas raisonnables ou déraisonnables, mais dans des délais spécifiques.

Et ce n'est pas la première fois que j'interviens sur les délais, parce que je pense que c'est fondamental. Il faut que ce soit clair pour tout le monde que les délais, là, ça veut dire quelque chose puis que c'est basé sur des délais qui sont reconnus par l'ensemble des spécialistes

de la question. Et il me semble que le gouvernement devrait se baser sur les stratégies qui ont été énumérées à la conférence annuelle des ministres de la Santé qui s'est tenue à Toronto, en octobre 2005.

Parce qu'en regard du temps d'attente ce qu'il faut se rappeler, c'est que, compte tenu qu'il y a des standards d'accès généralement reconnus, c'est absolument indispensable que, dans le projet de loi, on définisse ces délais-là et aussi l'application de ces normes. Et on ne peut pas laisser ça s'établir selon le bon vouloir soit du ministère ou du ministre comme tel parce que les délais d'attente maximale, ça doit toujours être médicalement reconnu d'un point de vue scientifique.

Et qu'est-ce que la communauté médicale s'entend comme délais d'attente qui sont recevables pour les patients et pour les mettre en oeuvre? Et ce qu'on dit, c'est qu'il y a un regroupement de plusieurs intervenants, de médecins et d'administrateurs, comme dans le Western Canada Waiting List Project de 2001... il y a aussi les sociétés savantes nationales et internationales qui ont été mandatées à cet effet. Il suffit de mentionner le rapport final de l'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun, et ce n'est pas des vieux travaux, là, ça ne date pas de 10, 15 ans, ça date d'août 2005, et cette alliance regroupant sept associations nationales de médecins du Canada, dont six de médecins spécialistes, donc ce sont des gens qui, à travers leur pratique, leur expertise et leur expérience, s'entendent sur que veut dire le temps d'attente.

Et ça peut être aussi poser les délais d'attente sur des critères objectifs économiques. On ne nie pas le fait qu'il puisse y avoir, à l'intérieur de la définition des listes d'attente, des critères objectifs économiques. Le journal de l'Association médicale canadienne, hein, dans l'édition du 23 mai 2006 — il y a à peine six mois de cela, sept mois de cela — on présentait un modèle mathématique de liste d'attente idéale, où le coût du système de soins, les coûts sociaux reliés à l'attente sont réduits au minimum. L'auteur, je ne voudrais pas massacrer son nom, parce que je... Shaafsma, c'est un économiste de l'Université de Victoria de Colombie-Britannique, lui, rappelle qu'un traitement indûment retardé coûte très cher au patient, qu'on pense aux coûts de traitement des symptômes, qu'on pense aussi à la perte de productivité et de revenus pendant l'attente, les résultats sont sous-optimaux, alors que, si on l'avait fait selon des attentes convenues, on n'aurait pas ce genre de coûts là, de coûts sociaux, de coûts humains; et également au système de soins, on pense à l'hospitalisation qui peut durer plus longtemps, à la réadaptation plus longue puis aussi aux nombreuses complications qui sont de plus en plus fréquentes lorsqu'on ne respecte pas ce que veut dire le temps d'attente. Et le professeur, qui est économiste de l'Université de Victoria de Colombie-Britannique, donne comme exemple, comme idéal de temps d'attente, de cinq à six semaines pour une arthroplastie de la hanche, parce que ça va permettre d'améliorer les résultats puis ça va réduire les dépenses.

Alors, ce que l'on retrouve dans le projet de loi: dans le fond, le ministre impose l'obligation d'obtenir l'autorisation du gouvernement avant de prendre toute mesure nécessaire pour que soient mis en place des mécanismes particuliers d'accès. Et ça apparaît à la Fédération des médecins spécialistes une lourdeur qui rendra tout le processus de mécanisme de gestion des listes d'attente

non fonctionnel. Et, moi, j'ose rajouter ceci: Quand j'écoute les réponses que nous donnent le ministre ou les intervenants du ministère lorsqu'ils répondent à la Commission d'accès à l'information, j'ai le sentiment que le mécanisme d'accès aux services est une mécanique bureaucratique, une mécanique technocratique, mais qui a plutôt un regard virtuel sur ce que veut dire l'attente. Alors que, si on veut être terrain et si on veut vraiment répondre aux besoins des citoyens qui sont en attente d'un service de santé et non pas répondre aux besoins d'un système... qui a des stress qui sont causés, oui, par le fait que la population est plus vieillissante et qu'elle vieillit plus vite au Québec qu'ailleurs, que le coût des nouvelles technologies donne un stress aussi supplémentaire au système, le coût des médicaments qui coûtent énormément cher et qui amènent des tensions dans le système, que le mécanisme de gestion des services médicaux, tel que proposé, ne permettra pas de contrôler en quelque sorte ces stress-là qui influencent les listes d'attente comme tel.

● (17 h 20) ●

Parce que les listes d'attente, elles ont été occasionnées au cours des années par ces stress — on appelle ça des stress dans le système comme tel — et, si on ne travaille pas sur ces éléments-là en même temps que sur la gestion des listes d'attente, ça n'aura pas autant d'efficacité que ce à quoi on devrait s'attendre. L'efficacité et l'efficacité ne seront pas au rendez-vous. Et là-dessus il me semble que c'est incomplet. Et le fait d'amener des concepts aussi flous que temps raisonnable ou déraisonnable ou sur le point de l'être n'est en rien un plus pour s'assurer que ce fameux mécanisme de gestion des listes d'attente va être vraiment fonctionnel.

Et est-ce qu'on doit aussi enchâsser ça dans une loi? Parce que, si on se réclame de souplesse pour respecter le diagnostic médical du spécialiste traitant, qui connaît bien son patient, qui sait si ce patient-là, compte tenu de l'état de santé général du patient, peut attendre ou ne peut pas attendre, est-ce que la lourdeur administrative ne viendra pas bousiller en quelque sorte l'autorité que devrait avoir le diagnostic médical du patient pour établir vraiment qu'est-ce qui est le délai raisonnable et qu'est-ce qui correspond au délai d'attente que tous les professionnels de la santé s'entendent pour dire: Ça, c'est un délai qui est tout à fait recevable compte tenu du type d'intervention qui est demandée et compte tenu de l'état général de santé du patient comme tel? Alors, je pense que là-dessus, dans l'amendement de l'article 48.1, le deuxième paragraphe n'amène absolument pas de précision, au contraire, c'est selon des délais déterminés par le ministre pour chaque service.

Vous savez, on dit toujours, quand on est au pouvoir, qu'on a un bon ministre de la Santé et tout ça. Ça peut être vrai dans certains cas, ça peut être discutable dans d'autres. Mais ça change, ça change, le ministre de la Santé, ce n'est jamais les mêmes. Alors est-ce qu'on peut vraiment et sérieusement confier au ministre, qui n'est pas toujours un médecin qui occupe le poste... Puis ce n'est pas toujours nécessaire puis parfois ce n'est pas toujours un plus, il faut aussi se dire ça, c'est difficile parfois de se le dire, mais malheureusement, hein, il faut en convenir. Alors, est-ce que ce ne serait pas mieux de se référer plutôt aux organisations médicales, qui, eux, sont complètement froids par rapport à la politique qui doit être instaurée dans le système et qui, d'un point de vue

professionnel, strictement professionnel, vont pouvoir informer le réseau, qu'est-ce qu'un délai d'attente pour tel et tel type d'intervention comme tel. Alors, je ne vois pas bien que nous votions pour que ce soit le ministre qui soit responsable de déterminer les délais, ça va à l'encontre de tout, tout... les recommandations de toutes les corporations professionnelles médicales qui sont venues en commission parlementaire, l'automne passé, se prononcer sur ce système de gestion.

Comme l'a dit, tout à l'heure, ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, le système de gestion est un bon pas dans la direction, mais, dans l'état actuel de sa présentation à l'intérieur du projet de loi n° 33, c'est incomplet, il manque énormément d'éléments. Et ce que je vous suggère comme élément, c'est de vraiment s'assurer que les délais d'attente soient ceux reconnus par les spécialistes, les professionnels de la santé comme tels. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'amendement du ministre qui propose un nouvel article 48.1?

Une voix: Bien sûr, M. le Président.

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

M. St-André: Merci beaucoup, M. le Président.

M. Couillard: Comme de consentement nous terminons nos travaux à 5 h 25 et qu'il reste une minute pour que nous approchions de cette heure fatidique, pourquoi ne pas avancer la chose et mettre fin à nos travaux maintenant et les reprendre ce soir à 8 heures?

Le Président (M. Copeman): En conséquence, compte tenu de cette entente, je suspends les travaux de la commission jusqu'à 20 heures.

(Suspension de la séance à 17 h 24)

(Reprise à 20 h 11)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission reprend ses travaux. Juste au cas où ça intéresse les parlementaires, en ce qui concerne l'article 48.1, c'est-à-dire l'amendement proposé par le ministre, il reste, pour le député de L'Assomption, 6 min 45 s; pour Mme la députée de Rimouski, 6 min 55 s, 10 secondes de plus que votre voisin à gauche; Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, 9 min 30 s; et nous n'avons pas entendu la députée de Champlain sur l'amendement. Et, avant de suspendre les travaux, la parole était au député de L'Assomption. Je ne sais pas s'il veut poursuivre sur l'amendement, n'est-ce pas, cher collègue, l'amendement créant l'article 48.1?

M. St-André: Écoutez, M. le Président...

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le député de L'Assomption, la parole est à vous pour une durée de temps qui n'excédera pas 6 min 45 s.

M. St-André: Oui, M. le Président. Je vais avoir besoin d'un peu de temps pour remettre de l'ordre dans mes idées.

Le Président (M. Copeman): Prenez votre temps, M. le député.

M. St-André: Vous êtes gentil, M. le Président. Est-ce que je peux présenter un amendement à ce stade-ci?

Le Président (M. Copeman): Vous pouvez essayer de présenter un sous-amendement, et dépendamment de la recevabilité de la chose...

M. St-André: Bien, je vais vous le soumettre, M. le Président, vous allez me dire, dans votre grande sagesse, ce que vous en pensez.

M. Couillard: M. le Président, j'insisterais pour que le terme «Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur» figure dans le sous-amendement.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Ce n'est pas un critère de recevabilité des sous-amendements, même venant du député de L'Assomption.

M. St-André: Si le ministre m'y incite, j'ai beaucoup envie d'inclure un amendement ou un sous-amendement qui parle du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, mais je crains que nos règles parlementaires ne nous le permettent pas, malheureusement. Mais enfin je vous soumets l'amendement que j'ai en tête.

Alors, il s'agirait d'insérer, à l'article 48.1, proposé par l'amendement, donc il s'agit d'un sous-amendement, insérer, à l'article 48.1 proposé par l'amendement au projet de loi, au deuxième alinéa, après le mot «ministre», ce qui suit: «après consultation d'un comité de médecins cliniciens ayant une expertise reconnue dans leur domaine.»

Alors, M. le Président, je ne sais pas si vous avez déjà le sous-amendement en main. Alors, je vous l'envoie. Merci.

Le Président (M. Copeman): Nous allons prendre connaissance du sous-amendement qui me paraît recevable, ça vient préciser un peu une notion qui est déjà incluse dans le sous-amendement. Alors, nous allons faire des photocopies pour les parlementaires. Je suggère, M. le député, que vous nous présentiez un peu votre argumentation et on va enchaîner avec la discussion.

M. St-André: Alors, M. le Président, je reviens à ce que je disais dans mon intervention avant... cet après-midi, ici, en commission. Et je vais tâcher de reprendre là où ma collègue la députée de Rimouski avait conclu. Ma collègue de Rimouski a, entre autres, beaucoup insisté sur les arguments présentés en commission parlementaire par la Fédération des médecins spécialistes du Québec, qui, il faut le dire, tout en se réjouissant de l'intention du gouvernement d'agir sur les listes d'attente en introduisant notamment le mécanisme central de gestion à l'accès, déplorait en même temps qu'il y avait beaucoup de flou autour de cette notion-là, particulièrement lorsqu'on

prenait connaissance des intentions exprimées par le gouvernement dans son document *Garantir l'accès* rendu public l'hiver dernier.

Je reprends les arguments de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, là, qui nous disait ceci: «Maintenant, en ce qui a trait au pouvoir d'intervention du ministre, le projet de loi prévoit la possibilité qu'il émette des directives afin de favoriser l'accès dans un délai qu'il juge raisonnable à certains services médicaux spécialisés dont il estime le temps d'attente déraisonnable ou sur le point de le devenir, et ce, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement.» Et la Fédération des médecins spécialistes du Québec concluait de la façon suivante: «Or, force est de constater qu'il s'agit là dans l'ensemble de concepts des plus flous.» Donc, d'où l'intérêt pour nous de présenter un sous-amendement à l'article 48.1 pour tenter de faire en sorte qu'il y ait moins de flou dans ce qui est déjà flou.

Je ne reviendrai pas sur les arguments présentés par ma collègue de Rimouski, qu'elle appuyait en bonne partie sur les arguments présentés par la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Je vais plutôt de mon côté m'attarder à ce que disait la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, qui, comme par hasard, ont des arguments qui vont dans le même sens que ceux de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Je rappelle au membres de la commission... Et je l'ai dit cet après-midi puis je vais insister, parce que je pense que c'est important de comprendre, de bien comprendre, que l'ensemble des membres de la commission parlementaire s'approprient des arguments et des réflexions que nous ont présentés les différents corps médicaux auprès de la commission, pour dire à quel point il y a du flou en ce qui concerne la mise en place du mécanisme central de gestion de l'accès tel que pensé par le ministre de la Santé.

Alors, la Fédération des médecins omnipraticiens, dans son mémoire qu'elle a présenté le 13 septembre 2006 devant les membres de la commission, disait ceci: «La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec se désolé de constater que les mesures mises en place par le projet de loi n° 33 pour garantir un accès aux services de santé à l'intérieur de délais raisonnables visent uniquement l'accès aux soins spécialisés.»

Un peu plus loin dans son mémoire, la FMOQ dit ceci: «La FMOQ est en parfait accord avec l'introduction dans la [loi sur la santé et les services sociaux] de l'obligation pour chaque centre hospitalier de se doter d'un mécanisme de gestion de l'accès.» On ne dira jamais à quel point, M. le Président, nous aussi, de notre côté, nous sommes d'accord avec l'introduction d'un tel mécanisme. «C'est d'ailleurs à ses yeux — là, je reviens au contenu du mémoire de la Fédération des médecins omnipraticiens — le meilleur élément de substance contenu dans le projet de loi n° 33.» Je trouve que les médecins omnipraticiens sont un petit peu polis. Moi, je pense que c'est le seul, en fait.

● (20 h 20) ●

«L'entière marge...» Je suis content que le ministre soit attentif à mes propos, M. le Président, d'autant plus que ce n'est pas moi qui parle, je fais simplement d'être le porte-voix des médecins omnipraticiens puis je pense que ces gens-là savent de quoi ils parlent.

Alors: «L'entière marge de manoeuvre et de discrétion laissée à chaque centre hospitalier pour l'élaboration et le suivi des listes d'attente comporte toutefois le risque

de créer des biais et des divergences quant à la computation des délais d'attente d'un établissement à l'autre. Certains patients risqueraient d'en être pénalisés. La FMOQ — la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec — croit donc qu'il y aurait opportunité d'uniformiser, voire normaliser, certaines des modalités de la garantie d'accès afin d'en assurer l'équité pour les patients pour l'ensemble du Québec. À cette fin, le projet de loi n° 33 devrait être clarifié relativement aux éléments suivants: les modalités de détermination des délais d'accès jugés médicalement acceptables.» Alors, le sous-amendement, on parle justement d'introduire un comité qui va se pencher sur ces questions-là. Moi, je pense que c'est en parfaite continuité donc avec la proposition de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Ils poursuivent, dans leur mémoire, en disant ceci: «Les modalités de communication de l'information et de coordination entre l'ensemble des intervenants impliqués au niveau hospitalier, régional et interrégional. Pour aller au-delà de l'établissement d'un simple mécanisme d'accès et prétendre à une véritable garantie d'accès pour l'ensemble des Québécois, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec estime que la loi devrait prévoir: la création d'un comité consultatif composé de médecins cliniciens ayant une expertise reconnue dans leur domaine d'exercice respectif.» Alors, vous voyez que, du côté de l'opposition, on n'a absolument rien inventé. Le sous-amendement qu'on présente s'inspire des recommandations de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Puis je pense que les membres de la commission devraient étudier sérieusement ce sous-amendement-là.

Il poursuivent en disant ceci: «Le comité consultatif aurait pour mandat de conseiller le ministre sur les délais d'attente médicalement acceptables, compte tenu des consensus scientifiques ayant cours.» Ça d'ailleurs, il m'apparaît que, sur ce point-là, encore une fois on constate qu'il y a un consensus, pour ne pas dire une unanimité de la part de l'ensemble des fédérations médicales qui sont venues en commission parlementaire, bon, bien sûr, la Fédération des médecins omnipraticiens, mais aussi la Fédération des médecins spécialistes, qui y va de recommandations tout à fait semblables à celles de la Fédération des médecins omnipraticiens, mais aussi le Collège des médecins puis également la Fédération des médecins résidents du Québec dans les mémoires qu'ils ont présenté devant cette commission. On aurait tort, M. le Président, de laisser au seul ministre la détermination de ce que c'est, un délai médicalement acceptable ou raisonnable, comme c'est le cas actuellement dans le projet de loi, et je pense que le sous-amendement qu'on présente vise justement à corriger cette lacune.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec poursuit en disant que, bon, suite à la création du comité consultatif en question, bien il faut prévoir «la transmission, par le ministre, aux agences de la santé et des services sociaux des objectifs en matière de délais d'attente jugés médicalement acceptables — mais une fois bien sûr que le comité consultatif aura fait ses recommandations à cet égard; l'élaboration du mécanisme de gestion d'accès par chaque centre hospitalier en fonction des objectifs transmis par le ministre; l'élaboration du mécanisme de gestion d'accès par chaque centre hospitalier de façon à permettre d'ajuster les objectifs de délais transmis

par le ministre pour tenir également compte des éléments suivants: [premièrement,] les délais encourus par un patient avant d'être inscrit sur une liste d'attente; [deuxièmement,] l'opinion du médecin traitant lorsque requis par l'état de santé d'un patient; la transmission, par chaque centre hospitalier, à l'agence de la santé et des services sociaux, de son mécanisme de gestion d'accès pour fins d'approbation; la mise en place de mécanismes de coordination intrarégional et interrégional pour permettre les transferts d'un patient vers un établissement ou autre afin qu'il y reçoive les soins spécialisés visés par la garantie d'accès. Finalement, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec croit qu'il serait aussi important que les centres hospitaliers soient tenus de rendre compte de leurs résultats face à leur gestion du mécanisme central de gestion de l'accès.»

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec y est allée également de commentaires en ce qui concerne la discrétion du ministre. Ils nous disent ceci: «Suivant le projet de loi n° 33, tel que rédigé, le mécanisme de garantie d'accès ne paraît déclenché qu'une fois la survenance de délais déraisonnables ou sur le point de le devenir suivant l'entière appréciation du ministre.» Je pense qu'encore une fois c'est une des raisons pour lesquelles on a présenté le sous-amendement. Un comité consultatif formé de médecins cliniciens serait de nature, à mon sens, à faire en sorte que ce ne serait pas simplement selon le bon vouloir du ministre. On ne met pas, de ce côté-ci, en cause les compétences du ministre, mais il ne peut pas nous garantir non plus qu'il va être ministre pour l'éternité, en tout cas pas au-delà de la prochaine élection — on le souhaite bien, on va y travailler très, très fort, de ce côté-ci. Alors, nous, on pense qu'il faudrait mettre en place un comité consultatif qui est formé de médecins cliniciens qui peuvent se pencher sérieusement sur la question des délais médicalement raisonnables ou acceptables.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec poursuit son mémoire, leurs commentaires, en disant ceci: «À ce sujet, ajoutons que le ministre, dans le cadre législatif actuel, possède déjà de véritables pouvoirs d'intervenir pour favoriser un accès aux services de santé à l'intérieur de délais raisonnables.» L'article 431 de la loi sur la santé et services sociaux prévoit déjà... Alors, l'article 431 qui se lit ainsi:

«Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application.

«Plus particulièrement:

«"Il prend les mesures propres à assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux;

«"Il assure [aussi] la coordination interrégionale des services de santé et des services sociaux en vue notamment de favoriser leur accessibilité par l'ensemble de la population des régions du Québec."

«C'est d'ailleurs en recourant à cette discrétion que le ministre est déjà intervenu pour favoriser l'amélioration des délais d'attente qui existaient dans les secteurs de la radio-oncologie et de la cardiologie tertiaire. Il faut croire que ces mesures se sont avérées satisfaisantes car le ministre n'a pas estimé nécessaire de garantir spécifiquement l'accès à ces services dans le cadre du projet de

loi n° 33. De surcroît, il faut ajouter que les établissements du réseau ont actuellement non seulement la responsabilité, mais l'obligation de rendre des services à l'intérieur de délais raisonnables aux termes de la [loi sur la santé et les services sociaux].» Or, à ce titre, l'article 101 prévoit ceci:

«L'établissement doit notamment:

«1° recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins;

«2° dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services visée à l'article 108;

«3° veiller à ce que les services qu'il dispense le soient en continuité et en complémentarité avec ceux dispensés par les autres établissements et les autres [partenaires du réseau de la santé].»

M. le Président, quand on regarde l'ensemble de ces arguments et les commentaires présentés par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, on se demande effectivement ce que rajoute le projet de loi n° 33 en termes de responsabilités et en termes de pouvoirs au ministre pour pouvoir agir concrètement sur la réduction des listes d'attente au Québec. Si tout le monde se montre favorable à la mise en place d'un mécanisme centralisé de gestion à l'accès, il faudrait toutefois cependant que, par rapport à l'encadrement légal existant, il y ait quelque chose de plus. Bien, c'est ce qu'on vise à faire, nous, avec notre sous-amendement. Et, pour pouvoir le faire, bien, évidemment on s'est basés sur les recommandations de l'ensemble des fédérations de médecins, notamment la Fédération des médecins spécialistes et surtout, dans le cadre du sous-amendement qu'on vient de présenter, la recommandation très précise et très claire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

● (20 h 30) ●

Et je relis la recommandation présentée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, c'est à la page 9 du mémoire, ils disent ceci: «Pour aller au-delà de l'établissement d'un simple mécanisme d'accès et prétendre à une véritable garantie d'accès pour l'ensemble des Québécois, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec estime que la loi devrait prévoir: la création d'un comité consultatif composé de médecins cliniciens ayant une expertise reconnue dans leur domaine d'exercice respectif. Les membres de ce comité pourraient être désignés par des parties indépendantes telles que des sociétés savantes et le Collège de médecins du Québec.»

Alors, je me permets, M. le Président, d'insister sur l'importance d'adopter le sous-amendement qu'on vient de présenter aux membres de la commission pour faire écho, entre autres, aux représentations des différentes fédérations médicales qui sont venues devant nous dans le cadre de l'étude du projet de loi n° 33. Et là-dessus, M. le Président, je vous remercie infiniment pour votre patience.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur le sous-amendement proposé par M. le député de L'Assomption? Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Alors, je vous remercie, M. le Président. Je rappelle le sens de l'amendement tel que déposé par mon collègue le député de L'Assomption,

qui consiste à insérer, à l'article 48.1 qui est proposé par un amendement du ministre, ce qui suit: «, après consultation d'un comité de médecins cliniciens ayant une expertise reconnue dans leur domaine.».

M. le Président, faut-il rappeler que le ministre a introduit, dans le projet de loi n° 33, une consultation sur la qualité et la sécurité, je pense, également des services dispensés dans un centre médical spécialisé? Je rappelle qu'à l'article 333.7, alinéa un, le ministre a même déposé des amendements pour faire en sorte qu'il puisse demander un avis non seulement au Collège des médecins du Québec sur la qualité et la sécurité des traitements spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé, sur la compétence des médecins qui dispensent ces traitements, il a même introduit un amendement pour faire en sorte que l'avis requis puisse l'être non seulement du Collège des médecins, mais également de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec et de finalement tout autre ordre qui serait requis. C'est bien le cas, je pense, oui. Alors, le moins qu'on puisse dire, M. le Président, c'est que le ministre a ouvert la consultation assez largement puisque l'amendement qu'il a déposé prévoit qu'il puisse demander au bureau d'un ordre professionnel quel qu'il soit cet avis sur la qualité et la sécurité des services professionnels dispensés par les membres de cet ordre dans un centre médical spécialisé.

Alors, si cela vaut pour l'avis que le ministre doit avoir à l'égard de la sécurité et de la qualité des soins, pourquoi est-ce que cela ne vaudrait pas également pour les délais que le ministre a à apprécier? D'autant, M. le Président, que ces délais sont importants, étant entendu que l'entrée en vigueur du projet de loi est reportée à un délai qui pourrait durer jusqu'à deux ans de l'adoption de ce projet de loi. Le ministre a plaidé que cette instauration du processus de gestion des listes d'attente, qu'il appelle gestion de l'accès aux services, mais que ce processus doit se faire graduellement, au fur et à mesure des priorités. M. le Président, en tant que législateur, vous comprenez bien que les intentions du ministre ne nous sont pas connues: Quelles seront les priorités, quelles seront-elles? Il n'y en a que trois qui sont mentionnées: genou, hanche et cataracte, et quelles sont ces autres priorités en vertu desquelles il ajoutera à la liste que l'on retrouve dans le projet de loi? Alors, nous ne connaissons pas les priorités qui feront en sorte que le ministre voudra procéder à des mises en vigueur et nous ne connaissons pas non plus les délais qui seront déterminés pour chaque service qui sera autorisé.

Alors, c'est donc dire, M. le Président, que, nonobstant en fait la compétence du ministre, il est certain, il est souhaitable... On l'a vu, il a voulu s'entourer de l'expertise des ordres professionnels pour, en temps voulu, quérir un avis sur les soins dispensés dans les centres médicaux spécialisés. Pourquoi est-ce qu'il refuserait ce sous-amendement qui lui permet d'obtenir d'un comité de médecins cliniciens ayant déjà une expérience reconnue dans le domaine, dans leur domaine respectif, pourquoi est-ce qu'il refuserait ce sous-amendement qui lui permettrait d'obtenir, disons, cette expérience avant d'établir une priorisation et avant de procéder à l'instauration des délais dans les listes... dans l'application, l'opérationnalisation du mécanisme central de gestion de l'attente qui est prévu à l'article 48.1?

De toute évidence, M. le Président, ce sous-amendement en fait devrait être bien accueilli par le

ministre parce qu'il lui permet, comme il l'apprécie souvent puis il le dit d'ailleurs assez fréquemment, ça lui permet d'asseoir sa décision sur des considérations probantes, je ne dis pas nécessairement scientifiques, mais sur une expertise clinique qui certainement assurerait une décision fondée sur des considérations cliniques. Alors, autrement, M. le Président, sur quoi va-t-il fonder sa décision de prioriser ou pas certaines chirurgies électives selon des délais qui auront une durée que ses fonctionnaires détermineront? Pourquoi, M. le Président — je pense que la question est justifiée — le ministre refuserait-il d'obtenir l'éclairage de médecins cliniciens dans ces questions? Alors, vous comprenez que c'est la raison pour laquelle nous allons voter en faveur de ce sous-amendement.

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

● (20 h 40) ●

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Quand je réfléchis à ce sous-amendement proposé par l'opposition, je me dis que c'est un moyen aussi de protéger en quelque sorte le risque potentiel de poursuites de patients qui, n'ayant pas reçu les soins dans des délais raisonnables ou enfin reconnus de façon scientifique par la confrérie scientifique médicale... Il m'apparaît qu'il y a là un risque potentiel si ça repose strictement sur une décision d'un ministre qui, après consultation d'un conseil des ministres, décrète qu'un délai doit être de tel ordre, compte tenu des contraintes que le système public peut rencontrer en termes de financement, en termes de ressources humaines disponibles et aussi même en termes d'accessibilité aux technologies qui sont susceptibles d'être disponibles, d'être là, mais non utilisées par le réseau faute de ressources financières ou tout simplement un manque d'intérêt peut-être par certains praticiens. Mais ça, c'est plutôt rare. D'habitude, quand ils connaissent une nouvelle technologie, ils veulent bien l'utiliser le plus rapidement possible parce qu'elle facilite d'autant les diagnostics, la précision des diagnostics, et ça rassure, en quelque sorte, le praticien comme tel.

Alors, moi, je pense que le sous-amendement vient colmater une brèche qui existerait autrement parce que ça permet de donner une garantie à la personne qui est sur une liste d'attente que l'attente qu'elle doit subir, pour toutes sortes de raisons, n'est pas néfaste pour son état de santé et que le délai qu'elle doit subir pour l'intervention à laquelle elle a droit ne causera pas de dommage irréversible à sa santé physique ou mentale, peu importe, et que ça ne menacera pas en quelque sorte ses chances de survie. Il faut le dire parce que parfois ça va jusque-là. Et ça garantit également le fait que ce ne sont pas des délais arbitraires qui sont... qui reposent sur tout autre critère que ceux de santé...

Mme Harel: Notamment le sous-financement.

Mme Charest (Rimouski): Oui, notamment le sous-financement parce qu'on sait que c'est encore au Québec où le financement per capita est le moins élevé au Canada. Alors, comme le dit si bien ma collègue d'Hochelega-Maisonnette, je pense qu'on va avoir la garantie que, les délais, ce n'est pas parce qu'il y a un problème de sous-financement que ce délai-là a été fixé,

mais parce que le délai est reconnu par les experts dans le domaine. Donc, ça enlève de l'angoisse, du stress et ça sécurise en quelque sorte la personne sur une liste d'attente. Mais ça permet aussi aux professionnels de la santé d'avoir une assurance en quelque sorte, entre guillemets, qu'on ne pourra pas l'attaquer soit en justice ou autrement sur le fait que le délai était le bon, était approprié, était justifié et justifiable, surtout justifiable, et qu'il est reconnu par l'expertise médicale comme telle.

Alors, je pense que ce sous-amendement-là bonifie l'amendement du ministre et permet de rassurer à la fois les professionnels de la santé mais aussi et surtout les citoyens et les citoyennes qui sont sur des listes d'attente et qui doivent avoir la garantie que, même s'ils ne sont pas traités dans les jours, les semaines qui viennent, leur état ne s'aggravera pas pour des questions budgétaires, pour des questions de financement, pour des questions de manque de ressources humaines ou pour des questions de manque de technologie ou de plateau de service, etc.

Alors, je pense que, là-dessus, c'est un point de plus, c'est un avancement pour la sécurité et la tranquillité d'esprit de la population aux prises avec la maladie. Parce que, vous savez, quand nous sommes malades, nous sommes doublement vulnérables, on se sent beaucoup plus fragiles, on est insécures, rapidement l'angoisse peut nous gruger. Et, si le fait d'être sur des listes d'attente, on n'a rien pour se reconforter, on n'a pas de garantie que c'est correct, je pense que ça aggrave d'autant le problème de santé. Parce que le problème de santé, oui, c'est physiologique lorsqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale, mais le psychologique joue toujours pour beaucoup. Et des éléments qui peuvent rassurer et donner une sécurité aux citoyens et aux citoyennes sur les listes, c'est un plus pour l'ensemble du réseau de la santé puis aussi pour la population en général.

Alors, M. le Président, je pense que cette bonification-là est un plus. Il faut vraiment y accorder toute l'importance qu'elle a parce que ce n'est pas parce que c'est suggéré par l'opposition que ce n'est pas bon, là, il faut faire la distinction. Vous savez, l'opposition ne s'oppose pas pour s'opposer. Alors, il ne faudrait pas que le côté ministériel s'oppose juste parce que ça vient de l'opposition. C'est un plus pour le projet de loi. Alors, il faudrait relire attentivement le sous-amendement que nous proposons parce que je pense qu'il est vraiment de qualité. Merci, M. le Président.

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

Mme Champagne: M. le Président, écoutez, on est dans l'article 48.1 depuis la fin de l'après-midi, et le premier amendement avait, je pense, justification, à savoir que le mécanisme central de gestion de l'accès à ces services était pour nous... on devait donner, c'est-à-dire, pour nous, une importance pour la gestion des listes d'attente comme telles. Vous savez, ce sont ces listes-là, M. le Président, qui ont fait parler les divers groupes qui sont venus nous rencontrer, pour ne pas dire plusieurs groupes, de nombreux groupes qui sont venus nous parler des listes d'attente qui causent problème. Or, qu'on veuille mettre en place un mécanisme central de gestion de l'accès à ces services est en soi louable, on l'a répété, les collègues de ce côté-ci de la Chambre, et je suis

certaine que c'est partagé également par les collègues d'en face. Par contre, le problème est au niveau des listes d'attente comme telles.

Et, comme je le disais sur la fin de l'après-midi, nous avons tous, les uns et les autres, relu les mémoires fort bien faits de tous ces organismes qui se sont donné la peine de décortiquer le document du ministre et de lui donner, chacun à sa façon, ses recommandations qui sont pertinentes. Je sais, et je loue ça fortement, que certaines de ces recommandations-là ont été respectées, et même on les retrouve dans certains amendements. Ce n'est pas là-dessus qu'on en a. C'est sur le fait qu'on disait, ma collègue de Rimouski, que la bonification de dernière minute, la bonification qu'on fait ce soir, et qu'on va peut-être faire dans les jours qui suivent, c'est dans un but de donner à ce projet de loi là une meilleure pertinence sur le terrain.

Or, mon collègue, juste à côté de moi...

Une voix: De L'Assomption.

Mme Champagne: ...mon collègue de L'Assomption... Quel oubli, n'est-ce pas? Il ne faudrait pas que j'oublie quand même l'Hôpital Le Gardeur, chers collègues, n'est-ce pas? Bon. Alors donc, à cette heure-ci, on ne peut pas oublier l'Hôpital Le Gardeur, que j'ai eu d'ailleurs à fréquenter dans le temps, en passant. Or, aujourd'hui, mon collègue apporte un ajout à l'article 48, et c'est un ajout fort pertinent qui réfère au deuxième alinéa, si j'emploie les bons termes, qui dit: Cette instauration de ce nouvel article là doit se faire au fur et à mesure des priorités et selon les délais déterminés par le ministre pour chaque service.

Or, M. le Président, je vais me permettre, dans les quelques minutes, là, qui me sont allouées, de référer à quatre documents. Puis je pourrais en avoir 20, là, et je ne me tromperais même pas. On va se contenter de ces quatre-là où on parle justement de l'expertise autre que celle du ministre. En tout respect pour le ministre qui, je pense, a le goût de jouer un rôle important dans ces décisions-là, dans les délais déterminés pour chacun des services, je veux bien reconnaître, et avec beaucoup de sérieux, que le ministre a un rôle à jouer, personne n'en doute. Mais il y a d'autres personnes également sur le terrain qui ont un rôle à jouer et qui vont devoir jouer ce rôle-là avec toute l'expertise qu'ils ont.

Et, si je prends le premier de tous, on y a tous référé, mais chacun à notre façon, et en utilisant peut-être certaines notes, certains paragraphes qui nous ont peut-être touchés davantage. Prenons la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Je ne parle pas de moi, M. le Président, je ne travaille pas dans les hôpitaux, je ne suis pas infirmière, je ne suis pas médecin, je suis enseignante de formation, donc je n'ai pas d'expertise dans ça. Et la raison pour laquelle on siège autour d'une table, comme parlementaires, c'est qu'on va justement, en commission parlementaire, avec beaucoup de pertinence, chercher l'expertise de gens qui ont, avec le temps, vécu sur le terrain, vu des choses que, moi, je n'ai pas vues et surtout apporté à nous, comme parlementaires, des notions de terrain qui nous permettent de mieux travailler, de mieux statuer et de mieux nous positionner.

● (20 h 50) ●

Alors, M. le Président, quand on regarde donc ce premier jet là de la Fédération des médecins spécialistes du

Québec, qui dit en page 2 de son mémoire, en parlant des mécanismes de gestion et de garantie d'accès aux services: «Nous croyons donc que le projet de loi devrait s'adresser plus précisément à l'amélioration du mécanisme des listes d'attente», ce n'est pas moi qui le dis, ce n'est pas la députée de Champlain qui le dit, ce sont des gens qui — je pense à la Fédération des médecins spécialistes du Québec — ont, avec le temps, eu à gérer ces fameuses listes là. Et, comme le disait si bien le ministre, il y a peut-être eu une gestion déficiente, on n'en doute même pas, on salue même, là, l'exercice qui se fait présentement.

Mais, au-delà de ça, ces médecins disent: «...nous sommes d'avis que la gestion des listes [...] — ces fameuses listes là, qu'on se demande où elles étaient, qui les géraient puis où est-ce qu'elles se retrouvaient — doit se faire dans le respect du patient et du médecin traitant. Le mécanisme devra respecter l'opinion professionnelle du médecin traitant qui devra pouvoir conserver la prérogative d'une certaine priorisation en fonction de la gravité du cas d'un malade, prenant préséance sur la simple date d'inscription d'un patient à la liste d'attente.» Tout d'accord avec ça.

«Finalement — petit paragraphe toujours, là, page 3 du mémoire des médecins spécialistes — il va de soi que tout mécanisme de gestion des listes d'attente doit être instauré après consultation avec les chefs de département clinique concernés et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement. À noter cependant qu'il s'agit encore une fois d'une nouvelle tâche déléguée au chef de département, alors que la rémunération des tâches médicoadministratives n'est pas toujours réglée.» Bon. Ça, c'est la partie gestion administrative.

Si on retient la partie expertise, ces gens-là disent: Quand même, même s'il y a eu des lacunes, même si effectivement il y a peut-être eu une gestion déficiente, attention de ne pas confier à une entité complètement à part cette fameuse gestion de risques qui va probablement se complexifier davantage. Et qui va s'y retrouver? Il faut garder cette expertise-là, comme l'a dit mon collègue de L'Assomption, et faire que non seulement le ministre soit appelé à se positionner, mais bien — ce que dit l'article — après consultation d'un comité de médecins cliniciens ayant une expertise reconnue dans leur domaine. Ce n'est pas mauvais, loin de là. Et ce n'est pas un caprice de notre part. Et, comme dit ma collègue, ce n'est parce que c'est une proposition de l'opposition que ça devient une mauvaise proposition. Ça n'enlève rien à la valeur du texte que le côté ministériel nous a proposé, que le ministre nous propose, au contraire, je considère que ça l'enrichit grandement.

Je vais maintenant, M. le Président, avec la Fédération des médecins résidents du Québec, autre commentaire spécifiquement en lien avec la mise en place de cette fameuse gestion là... Et ils disent, en page 16 — et j'ai relevé uniquement les points, là, qui sont en concordance avec l'article de mon collègue de L'Assomption: «D'autre part, nous sommes d'avis que tout mécanisme mis en place dans les centres hospitaliers pour gérer plus efficacement les listes d'attente — et j'ose dire "ces fameuses listes d'attente" — devra maintenir la souplesse qui existe actuellement dans ces établissements et qui permet aux professionnels concernés de prioriser certains patients, en raison de la gravité du cas, de leur degré de souffrance ou de leur incapacité physique.» Ils ajoutent: «Pour établir clairement les délais raisonnables maximaux

pour obtenir les soins, il faudrait, selon nous, que le moment du début de l'épisode de soins soit précisé.»

Puis, entre vous et moi, c'est fort important, on en a parlé tout à l'heure, j'en ai moi-même parlé personnellement, il y a un début à ça. Et on sait qu'il y a une attente très, très longue entre le fait que le patient soit vu par le spécialiste... entre le fait qu'il soit d'abord vu par son médecin et le spécialiste. Or, le ministre se donne ce droit-là, je crois, là — si je peux employer cette expression-là — cette règle-là, comme quoi il se doit, le ministre, de déterminer qu'est-ce qui va être acceptable, là, dans les délais, au niveau des divers services.

Autre petit texte venant toujours des médecins résidents du Québec: «...l'approche proposée par le projet de loi n° 33, en ce qui a trait à la gestion centrale de la liste d'attente, ne tient nullement compte du fait qu'un individu ait dû attendre plusieurs mois — ça, c'est leurs paroles à eux, là — avant d'obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille, d'être référé au médecin spécialiste, de subir les examens préalables à l'établissement du diagnostic et d'être — enfin — finalement inscrit sur la liste d'attente de l'établissement.» La saga commence avant, M. le Président.

Et, en page 17, dernier petit point concernant les médecins résidents: «Le ministre doit confier le soin d'établir ces délais aux experts médicaux des sociétés savantes concernées, afin qu'elles reflètent le consensus scientifique à cet égard — on parle de gens qui sont en opération, on ne parle pas d'être opéré pour un ongle incarné, là. Nous comprenons que le ministre souhaite garder une certaine flexibilité dans la gestion des garanties d'accès, en raison des ressources disponibles pour répondre à la demande, mais la démarche en cours exige que nous établissions des balises, en tenant compte uniquement de la santé de la population, et que nous les respections. Il sera également essentiel, dans une démarche complète de consentement aux soins, que la population soit informée — bien sûr — de ces délais, afin qu'elle soit consciente de ses recours, le cas échéant.»

Or, ça, c'était bien sûr nos médecins résidents. Si j'y vais maintenant à partir de notre autre liste pour faire un bon rappel, puisque j'ai le bonheur d'être possiblement une des dernières à intervenir sur ce point-là, je parle maintenant du Collège des médecins du Québec. Le Collège des médecins qui est là pour un petit peu, je dirais, être le chien de garde, le conseiller également du ministre. En fait, ils ont un rôle important à jouer, je pense, dans notre société... pas toujours, d'après ce que je vois, là, mais c'est peut-être aussi vu comme ça par la population qui nous écoute.

Ce que dit le Collège des médecins: «Selon nous, la question de l'accès aux services de santé ne peut se réduire à un mécanisme administratif de gestion des listes d'attente — même par le ministre, je pense que c'est clair comme message. L'existence des listes d'attente est inhérente à la mise en place d'un système public de soins de santé.» Ce n'est pas parce qu'on va créer des cliniques médicales spécialisées ou des centres médicaux affiliés qu'on va régler le problème des listes d'attente, je n'en doute même pas. C'est un pas en avant, mais ça ne règle pas tout, là. Alors, on dit: «Un problème survient lorsqu'à partir d'un certain seuil le délai d'attente compromet la qualité des soins offerts aux patients.» Alors, pourquoi le ministre n'accepte pas d'avoir de l'aide dans cette

gestion-là, je ne le comprends pas. «Dans une telle perspective, il ne faut pas voir l'allongement des délais d'attente comme un problème en soi, mais comme un symptôme témoignant d'un dysfonctionnement plus grave. De l'avis de plusieurs — et j'insiste — le système de santé du Québec, comme tous les systèmes de santé, est dépassé par une demande incompressible et croissante de services — ça, je pense que le ministre est d'accord avec moi. Si cela est vrai, et selon nous c'est le cas, le meilleur système de gestion des listes d'attente au monde n'aura qu'un effet cosmétique, temporaire, et ne fera que reporter à plus tard la nécessité d'appliquer un véritable traitement.»

Et dernier petit paragraphe concernant le Collège des médecins: «À propos de l'accessibilité aux soins et des délais d'attente, la véritable question est donc de préciser l'intention du gouvernement: veut-il apporter une véritable solution comme il semblait vouloir le faire dans le livre blanc, ou simplement soulager le symptôme en gérant mieux les listes d'attente comme cela semble être le cas dans le projet de loi qui nous est soumis?»

Et enfin on dit: À force d'ajuster l'utilisation des ressources en fonction de l'intensité du problème à régler, il ne faut donc pas s'étonner que peut-être le ministre se réserve un certain pouvoir de tout régler, en excluant ceux qui peut-être pourraient donner des avis. Alors, il ne faudrait peut-être pas laisser une telle impression.

Et, M. le Président, je termine avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, et c'est ceux-là que j'ai cités tout à l'heure, un peu avant l'heure du repas: que ces gens-là souhaitent fortement, sans relire le tout, «la création d'un comité consultatif composé de médecins cliniciens ayant une expertise reconnue dans leur domaine respectif». Qu'est-ce qu'il aurait, ce comité là consultatif? Il «aurait pour mandat de conseiller le ministre». Je ne dis pas qu'il ne le fera pas. Alors, pourquoi pas l'écrire, comme dit et comme suggère mon collègue de L'Assomption? «Le comité consultatif aurait pour mandat de conseiller le ministre sur les délais d'attente médicalement acceptables, compte tenu des consensus scientifiques ayant cours.» Et «la transmission, par le ministre, aux agences de la santé et des services sociaux des objectifs en matière de délais d'attente jugés médicalement acceptables» viendrait probablement attacher le tout, et, tout cela, bien sûr, sous une forme de collaboration, je pense, souhaitable.

Alors, M. le Président, c'est la raison pour laquelle, après lecture et relecture du moins de ces quatre mémoires-là — et on en a tant et plus, là, sur lesquels on pourrait insister — je recommande, comme mon collègue, que soit proposé un amendement au projet de loi: au deuxième alinéa, après le mot «ministre», ce qui suit: «, après consultation d'un comité de médecins cliniciens ayant une expertise reconnue dans leur domaine,». Alors, j'appuie mon collègue dans cette proposition, cet amendement.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur le sous-amendement? Je n'en vois pas. Est-ce que le sous-amendement est adopté?

Des voix: Adopté.

Des voix: Rejeté.

Le Président (M. Copeman): Rejeté. Alors, revenons à l'amendement proposé par le ministre créant

l'article 48.1. Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'amendement créant l'article 48.1? Je n'en vois pas.

Mme Harel: M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Oui, Mme la députée.

● (21 heures) ●

Mme Harel: Je voudrais juste revoir, là... L'article 48.1 évidemment ne porte exclusivement que sur les services spécialisés et surspécialisés.

Le Président (M. Copeman): Compte tenu du libellé de l'amendement, ça me paraît exact.

Mme Harel: Je me posais la question à l'égard des centres médicaux spécialisés qui doivent prévoir obligatoirement que l'intervention électorale couvre à la fois le pré et le postopératoire. Dans les établissements, on ne prend en considération, à 48.1, que les services spécialisés et surspécialisés en ce qui a trait au calcul, hein, de la gestion de l'accès. C'est ça, c'est bien le cas, hein, M. le Président? C'est bien certain, M. le Président, que les services préopératoires nécessaires et postopératoires ne sont pas inclus, là, dans ce qui est proposé.

Le Président (M. Copeman): Je ne sais pas si c'est une question ou une déclaration, Mme la députée, on pourrait toujours...

Mme Harel: Alors, M. le Président, est-ce que je peux vous soumettre un sous-amendement?

Le Président (M. Copeman): Dépendamment de la teneur du sous-amendement, bien sûr je vais prendre en considération la recevabilité, Mme la députée, bien sûr.

Mme Harel: Alors, il s'agirait, M. le Président, d'un sous-amendement qui s'insère après les mots «(indiquer ici la date qui suit de deux ans la date de l'entrée en vigueur du présent article)» et qui continue: pour instaurer, pour l'ensemble des services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques du centre «pour l'ensemble des services préopératoires et postopératoires», le mécanisme central de gestion de l'accès à ces services.

Le Président (M. Copeman): Oui. On est mieux d'attendre peut-être une version écrite, Mme la députée.

(Consultation)

Mme Harel: Alors donc, M. le Président, je vais vous transmettre la proposition de sous-amendement.

Le Président (M. Copeman): Coudon, je vais suspendre quelques instants.

(Suspension de la séance à 21 h 4)

(Reprise à 21 h 13)

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, je crois que... La commission reprend ses travaux. Puis,

je crois, il y a un léger ajustement à votre amendement. Alors, je comprends que vous souhaitez retirer la première version puis en présenter une deuxième. Alors, la première est retirée, et vous présentez l'amendement qui se lit comme suit. Allez-y, Mme la députée.

Mme Harel: Alors, M. le Président, qui se lit maintenant comme suit — article 48.1: Insérer, à l'article 48.1 du projet de loi, après les mots «du centre», ce qui suit: «ainsi que pour tous les services préopératoires et postopératoires».

Le Président (M. Copeman): L'amendement est recevable. Sur le sous-amendement, Mme la députée.

Mme Harel: Bon. Alors, M. le Président, sur le sous-amendement, ai-je besoin de vous dire, M. le Président, qu'il n'y a pas de chirurgie élective qui puisse se réaliser sans qu'il y ait eu préalablement une intervention préopératoire, bon, ce qui signifie bien évidemment les radiographies d'usage et tous les autres tests diagnostics nécessaires, et par la suite les soins postopératoires qui s'imposent.

En fait, l'idée est simple: avoir un bilan, un portrait, un portrait global qui permette en fait de ne pas simplement cibler un épisode de soins. Vous prenez n'importe quelle intervention, puisque le ministre déjà nous indique que genou, hanche, cataracte seront suivies très prochainement de plusieurs autres interventions sur la liste qu'il semble d'ores et déjà avoir soumise au Collège des médecins... Alors, il est nécessaire d'avoir un portrait de la situation.

Je ne dis pas, Mme la Présidente, même si nous aurons certainement dans un avenir rapproché, je le souhaite, là, introduit des mécanismes qui nous permettront d'avoir un portrait de l'offre de services de première ligne, en maintien à domicile en particulier, dans les délais qui augmentent considérablement actuellement en matière de placement et d'hébergement de longue durée... Mais je pense que, même en ciblant, comme le ministre le fait dans le cadre de son projet de loi, même en ciblant sur les chirurgies d'un jour, finalement, sur le virage ambulatoire, même en ne comptabilisant que la durée de l'attente pour des services dits spécialisés ou surspécialisés, ces services en soi n'existent pas sans être très intimement associés avec ce qui a précédé les services et avec ce qui doit les suivre.

On le sait, Mme la Présidente, souvent les blocs opératoires ne permettent pas de faire des chirurgies à des médecins spécialistes qui le souhaiteraient pourtant, parce qu'il n'y a pas de lits dans les unités... Le ministre a l'air à douter. Et pourtant je lui dirais que c'est l'expérience que j'ai menée, il y a un an de ça, en accompagnant mon conjoint à l'Hôpital Sacré-Coeur. J'ai vu tous les jours un hôpital qui est autorisé à opérer, je pense, c'est 35 lits pour faire en sorte que les spécialistes, les chirurgiens puissent intervenir, opérer, et qui n'en a que la moitié seulement. J'ai vu, moi, des chirurgiens être extrêmement troublés du fait d'avoir à choisir entre des cas très urgents qui se présentaient suite à des accidents et puis de leurs patients qui, déjà installés à l'hôpital, attendaient cette intervention, cette opération qui n'avait pas lieu. Et tout ça, Mme la Présidente, ça ne s'est pas amélioré, au contraire. Je pense en particulier à la situation de Sacré-Coeur, où finalement il n'y a plus que 50 % des lits qui sont finalement accessibles à la suite, là, d'une chirurgie.

Alors, bien évidemment, on peut comptabiliser les délais d'attente. Genou, cataracte et hanche, ça peut ne pas impliquer des épisodes de soins postopératoires aussi importants que ceux qui viendront quand le ministre procédera à l'allongement déjà annoncé de sa liste d'interventions. Alors, il m'apparaît, Mme la Présidente, que cela se justifie.

● (21 h 20) ●

Je faisais lecture du mémoire déposé à la Commission des affaires sociales par des chercheurs de l'Université de Montréal: M. Régis Blais, Marie-Pascale Pomey et Damien Contandriopoulos qui sont impliqués dans un réseau de recherche en santé des populations du Québec. Et ce dont ils faisaient part à la commission parlementaire est passionnant. Notamment, ils signifiaient la nécessité d'avoir une approche cohérente et centralisée des listes d'attente. Cette approche était fondamentale pour arriver à un résultat en matière de réduction des listes d'attente.

Et ils ajoutaient: «Il faut que des mécanismes d'information et de gestion clinique permettant d'harmoniser les modes de pratique, de prioriser les cas et d'identifier les pratiques déviantes soient mis en place», ajoutaient-ils. Ça m'apparaît extrêmement important de savoir les délais qui ont été requis pour finalement se voir inscrit sur une liste d'attente pour un épisode de soins seulement.

Alors, ils ajoutaient: «...il est fort à craindre que plusieurs avenues évoquées dans le livre blanc — en fait, il s'agit du document de consultation *Garantir l'accès* du ministre — ne soient en fait partie du problème. [...] Ainsi, le livre blanc indique explicitement que le mécanisme de gestion des listes d'attente pour les interventions ciblées va continuer à fonctionner par établissement plutôt que de manière centralisée. Comme nous le défendons ici, nous croyons que cette avenue ne permet pas d'atteindre l'objectif du livre blanc d'assurer "une meilleure capacité du système à répondre aux besoins et aux attentes de la population".»

Évidemment, ce sur quoi ils interviennent, c'est qu'il va être très difficile d'instaurer un mécanisme d'attente par établissement dans le mécanisme central de gestion d'une liste d'attente dans l'établissement, alors que l'établissement peut avoir contracté des ententes en vertu du projet de loi n° 33 avec des cliniques médicales associées, avec des centres médicaux spécialisés qui ne seront pas soumis au processus de gestion de la liste d'attente. Alors, tout ce dont le ministre fait grand état, là, la liste dans le sarrau, hein, la liste dans le sarrau qui n'existerait plus dans l'établissement, disons l'hôpital, pourrait continuer à exister en clinique médicale associée, le centre médical spécialisé.

Et ces savants universitaires disaient ceci: «...il est fort plausible de croire que l'existence de deux systèmes parallèles [...] de production...» et de financement, ajoutaient-ils, mais ça, on le verra bientôt, là, dans l'étude article par article que nous ferons, là, dans les heures qui viennent, là. Mais je reprends: «...il est fort plausible de croire que l'existence de deux systèmes parallèles de production va se traduire par l'impossibilité de contrôler les leviers d'intervention qui ont fait leurs preuves [...] à l'étranger pour offrir des soins de qualité en temps opportun.»

Parce que, là, vous comprenez bien, là, qu'on est en train de mettre en place un système, un mécanisme central de gestion des listes d'attente, seulement dans les

établissements publics. Bien évidemment, ces mêmes établissements ont pu contracter avec des cliniques médicales associées, leur garantissant un volume. Et le danger, quand on lit ce mémoire, là, présenté par l'équipe de chercheurs, le danger, c'est l'inadéquation des soins.

Dans ce mémoire, on retrouve ceci: «...un rapport du Conseil médical du Québec concluait sans équivoque qu'une part significative des services médicaux produits au Québec sont non pertinents par rapport aux besoins ou aux meilleures pratiques.» Et ils ajoutent: «La proposition mise de l'avant par le livre blanc implique, au moins implicitement, que le problème des listes d'attente est dû à une capacité de production insuffisante du système public. Pourtant — disent-ils — nous croyons qu'il existe des données fiables qui indiquent que ce n'est pas le cas ou du moins que la source du problème est beaucoup plus complexe. [...] il existe de nombreux travaux qui ont montré que dans le domaine de la santé l'offre de services conditionne en grande partie le volume de services produits. Les soins de santé prescrits ou consommés ne sont pas un simple reflet des besoins de la population mais sont aussi le produit de la structure de production.»

En d'autres termes, si vous me permettez quelques exemples... Prenons le cas, par exemple, de la cataracte. «Au Québec, 66 567 opérations de la cataracte ont été pratiquées en 2005. Si on applique les taux cités plus haut à ce nombre, ce sont 20 635 interventions qui auraient été réalisées chez des gens dont la vue est excellente et 17 307 interventions dont le résultat clinique aurait été une acuité visuelle réduite.»

Alors, Mme la Présidente, d'autres cas sont signalés, notamment en matière d'arthroscopie, où «le Collège des médecins du Québec estime qu'environ 85 % des arthroscopies sont de nature thérapeutique plutôt que diagnostique et indique qu'il s'agit d'une procédure présentant une très forte variation géographique». C'est une étude qui a d'ailleurs paru dans le prestigieux *New England Journal of Medicine* et qui a montré que cette intervention n'a aucun effet bénéfique dans le traitement de l'ostéoarthrite.

Alors, quelques exemples nous sont donnés. Ce sont diverses études très sérieuses, là. C'est des études... en 2001, c'est encore récent, une étude qui a été réalisée à Vancouver et qui «a montré que 26 % des patients opérés de la cataracte avaient une moins bonne vue après qu'avant l'intervention». Les auteurs... C'est incroyable! Je lis et je n'en reviens pas moi-même: dans l'étude récente, là, menée à Vancouver, 26 % des patients opérés de la cataracte avaient une moins bonne vue après. Mais ce n'est pas possible! Ce n'est pas possible!

Mme Charest (Rimouski): Après l'opération?

Mme Harel: Après. Après qu'avant. Alors: «Les auteurs interprètent ce résultat selon l'hypothèse que les médecins opèrent des individus dont l'état clinique ne justifie pas une intervention.»

Une voix: Ça, c'est dans le privé, ça?

Mme Harel: Ouf! Je ne le sais plus. «Entre autres, les auteurs notent que 31 % des patients opérés avaient une vue presque parfaite avant l'intervention. [...] Des données de cette étude suggèrent aussi que certains ophtalmologistes opèrent les deux yeux, même en l'absence

de signes cliniques le justifiant.» On pourrait dire que ce sont des opérations préventives, mais ce n'est pas possible. Écoutez, vous lisez cette étude... Alors, on voit qu'il y a quelques problèmes. Bon. L'arthroscopie du genou, c'est un autre problème, n'est-ce pas? Et ils ajoutent: «Les exemples que nous venons de présenter sont loin d'être uniques. On pourrait aussi parler de la chirurgie des disques pour traiter les maux de dos. Pour ce diagnostic, une moitié des patients vont guérir d'eux-mêmes dans les six mois.»

Mme Charest (Rimouski): Ça n'a pas de bon sens.

Mme Harel: Ils ajoutent: «On pourrait encore soulever la question des tympanostomies — insertion chirurgicale de microtubes dans le tympan — pour soulager les enfants souffrant d'otites à répétition. Un nombre significatif d'enfants vont guérir naturellement entre l'âge de deux et trois ans.»

Alors, mon Dieu! Je dois vous dire, Mme la Présidente, que ce que cela nous indique évidemment, c'est que, dans la mesure où il y a éparpillement des interventions chirurgicales en établissement où la durée de l'attente sera comptabilisée, mais, dans les centres médicaux spécialisés et dans les cliniques médicales associées où l'attente ne sera pas comptabilisée... je pense que la conclusion de ces auteurs à l'effet que «l'existence de deux systèmes parallèles de production va se traduire — disent-ils — par l'impossibilité de contrôler les leviers d'intervention qui ont fait leurs preuves pour offrir des soins de qualité en temps opportun»...

Alors, je reviens à notre sous-amendement.

● (21 h 30) ●

Une voix: ...

Mme Harel: Oui. Est-ce que la copie a été distribuée, du sous-amendement?

Une voix: ...

Mme Harel: Donc, ce sous-amendement qui propose de comptabiliser la durée de l'attente non seulement pour l'épisode d'intervention chirurgicale, là, mais également pour les services qui ont été requis pour procéder à cette intervention chirurgicale, service de diagnostic, service de radiologie qui a précédé, et les services postopératoires qui vont suivre. Voilà, Mme la Présidente.

Mme Charest (Rimouski): Mme la Présidente.

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

Mme Charest (Rimouski): Alors, concernant le sous-amendement proposé par ma collègue, lorsqu'elle veut rajouter que tous les services préopératoires et postopératoires soient inclus dans le système de gestion des listes d'attente, ça m'apparaît important parce que la notion d'épisode de soins prend toute son importance. Et je pense que la période d'épisode de soins doit être bien définie pour qu'on puisse s'assurer qu'on parle tous de la même chose. Alors, je pense que là-dessus la notion d'épisode de soins prend ici du poids, et ses limites doivent être précisées d'autant plus que les professionnels de la santé n'ont pas tous la même opinion sur le sujet comme tel.

Certains professionnels de la santé vont parler de l'épisode de soins en fonction du prestataire de soins comme tel, d'autres en fonction de la durée du suivi pour la maladie du patient par un ou plusieurs prestataires. Alors, je pense que là-dessus on voit tout de suite qu'il y a des différences importantes. Cependant, l'Institut canadien d'information sur la santé, la définition qu'ils donne de l'épisode de soins se lit comme suit: c'est la période comme étant la durée pendant laquelle un patient reçoit un ensemble de soins en fonction d'un diagnostic. Toutefois, ce qu'on peut remarquer de la définition d'épisode de soins de l'Institut canadien d'information sur la santé, c'est le moment auquel débute l'épisode, et ça, c'est important, et le sous-amendement que propose ma collègue d'Hochelega-Maisonneuve permettrait au gouvernement du Québec de préciser justement à quel moment débute l'épisode de soins comme tel.

Et on peut se demander: Est-ce que c'est lorsque le patient s'adresse au médecin de famille pour prendre rendez-vous? Et on sait très bien qu'au Québec c'est au-delà de — combien de familles?

Mme Harel: ...

Mme Charest (Rimouski): ... — 1,6 million de personnes qui n'ont pas accès à un médecin de famille. Alors, vous vous imaginez le temps que ça prend avant de trouver un médecin de famille malgré la présence d'un problème de santé. Est-ce que c'est justement lorsque le patient s'adresse au médecin de famille pour prendre rendez-vous? Est-ce que c'est lors du premier rendez-vous avec le médecin de famille ou seulement lorsque le médecin de famille a rencontré le patient et que le diagnostic est confirmé par le médecin spécialiste? Alors, je pense que là-dessus ce n'est pas clair, et c'est important de préciser à quel moment et qu'est-ce qu'on veut dire parce que les définitions ne sont pas les mêmes pour tout le monde.

Alors, pour établir clairement les délais raisonnables maximaux pour obtenir les soins, il faut que le moment du début de l'épisode de soins soit précisé. Et ce qu'on remarque, parce qu'on achève, là, de voter article par article le projet de loi n° 33, et toute la question de la gestion centrale de la liste d'attente: on ne tient absolument pas compte qu'un individu a dû... Hein? Parce que c'est malheureusement la situation. Et c'est pour ça qu'on a le projet de loi n° 33, en réponse au jugement Chaoulli qui a fait l'objet d'un jugement de la Cour suprême justement parce qu'il y a des listes d'attente. Alors, le projet de loi ne tient pas du tout compte du fait qu'un individu a dû attendre des fois plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille; une fois qu'il a eu ce rendez-vous là, d'être référé à un médecin spécialiste, et la référence peut durer plusieurs semaines, de subir des examens préalables à l'établissement du diagnostic par le spécialiste comme tel puis finalement finir par être inscrit sur la liste d'attente d'un établissement qui peut offrir le service.

Alors, je pense que là-dessus ce sont des délais que, si on ne tient pas compte de ces délais-là dans la gestion des listes d'attente, bien on ne parle pas vraiment de ce que sont les vrais délais d'attente au Québec pour les problématiques que l'on veut traiter dans un premier temps et les autres que le ministre voudra rajouter.

Alors, je pense que c'est important parce que, dans tout ça, là, c'est encore le patient qui fait les frais

des délais, c'est le patient qui souffre. On sait très bien que, lorsqu'on est en attente d'un diagnostic, c'est comme être en attente d'un jugement, d'un verdict et que ça peut être très stressant. Donc, le patient est toujours dans une position de vulnérabilité par rapport au système, et ce système tarde à lui donner les soins adéquats.

Alors, je pense que là-dessus on a pu voir que la lenteur à réagir a été dénoncée également dans le jugement sur les interruptions volontaires de grossesse. Il faut se rappeler qu'il y a eu un jugement là-dessus le 17 août 2006, il n'y a pas longtemps. Et c'est les délais déraisonnables qui sont à la base du jugement Chaoulli... sont là pour nous le rappeler. Et les délais, quand les citoyens parlent de délais, eux ne parlent pas strictement du moment où le spécialiste les a vus puis leur a dit: Oui, vous avez besoin d'une intervention chirurgicale puis, dans six mois, dans huit mois ou dans 12 mois, vous allez pouvoir être rappelé pour l'intervention comme telle. Le patient, lui, quand il commence à avoir besoin de rencontrer un médecin pour savoir ce qui se passe parce qu'il a un problème, bien le délai pour avoir accès à son médecin de famille compte tout autant que le délai entre le diagnostic puis l'intervention.

Alors, je pense que là-dessus l'importance de l'épisode de soins est largement démontrée. Les patients le vivent quotidiennement lorsqu'ils ont à attendre pour les services. Et, là encore, ce sous-amendement vient en quelque sorte bonifier l'amendement du ministre de la Santé et des Services sociaux. Et cette bonification-là refléterait la réalité concrète du terrain et non pas celle dont l'on veut bien parler.

On oublie. C'est comme si on avait une liste d'attente... on avait la mémoire sélective par rapport aux délais d'attente que les patients ont. On va sélectionner ce que, nous, on pense qui est un délai d'attente qui est celui entre le diagnostic et le traitement. Puis, la mémoire étant une faculté qui oublie, on utilise cette faculté pour oublier que le patient a attendu pour avoir son rendez-vous chez le généraliste, le généraliste qui le réfère au spécialiste, le spécialiste qui passe une batterie de tests en centre hospitalier de courte durée. Et, là, même les tests en services de courte durée, ça ne se passe pas toujours dans la même journée puis ça ne se passe pas toujours dans la même semaine. Et là aussi il y a des délais d'un examen à l'autre. Et ça, c'est comme si ça ne faisait pas partie du décor.

Je pense que ce n'est pas correct, ce n'est pas juste de parler de gérer les délais d'attente si on ne tient pas compte de tous ces épisodes de soins qui doivent être déterminés par le projet de loi. Donc, cette bonification à cet amendement m'apparaît incontournable pour refléter la réalité terrain, pour refléter ce que les citoyens et les citoyennes du Québec vivent comme délais d'attente. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): C'est moi qui vous remercie, Mme la députée. Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur le sous-amendement? Je n'en vois pas. Est-ce que le sous-amendement est adopté? Est-ce que le sous-amendement est adopté?

Des voix: Adopté.

M. Couillard: Rejeté.

Le Président (M. Copeman): Rejeté.

Mme Charest (Rimouski): M. le Président, est-ce que c'est bon quand vous le demandez pour la deuxième fois?

Le Président (M. Copeman): Bien, je ne sais pas si c'est bon. C'est réglementaire. Il faut que j'attende un signe à ma droite sur les intentions de vote. Pouvons-nous mettre aux voix l'article 48.1?

Mme Harel: Un sous-amendement?

Le Président (M. Copeman): Non. Moi, j'avais en tête peut-être de mettre aux voix l'amendement du ministre comme tel. Mais vous avez une proposition de sous-amendement, je devine, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

● (21 h 40) ●

Mme Harel: Oui. Qui se lit comme suit: Insérer, au premier alinéa de l'article 48.1 du projet de loi, après les mots «du centre», ce qui suit: «ainsi que pour tous les services spécialisés et surspécialisés dispensés aux usagers de l'établissement par des cliniques médicales associées à cet établissement après y avoir été référés par celui-ci».

Mme Charest (Rimouski): Bien oui, pour être sûrs qu'il n'y a pas d'oubli des listes d'attente.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a des interventions sur la recevabilité de la motion pour essayer de guider la présidence? Non. Personne ne veut tenter de me convaincre d'une manière ou de l'autre?

Mme Harel: À sa face même, M. le Président, vous verrez, là, qu'il est recevable.

Le Président (M. Copeman): Bon. Ça n'éclaircit pas trop, trop. Mais je pense qu'on va suspendre quelques instants.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Bon. D'abord, on va continuer, et je vais...

(Consultation)

Le Président (M. Copeman): Alors, chers collègues, évidemment la présidence est toujours bien conseillée par un secrétaire d'expérience. Je dois malheureusement différer de l'opinion de Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve quant à la recevabilité de la motion. C'est parce qu'il s'agit d'un sous-amendement, hein, s'il s'agissait d'un amendement, ça pourrait clairement être recevable. Mais je vous cite Beauchesne: «L'objet d'un sous-amendement étant de modifier l'amendement, il ne devrait pas élargir la portée de l'amendement, mais se rapporter à des questions non visées par celui-ci; si l'intention est de soulever des questions étrangères à l'amendement, le député devrait attendre qu'il ait été statué sur l'amendement pour en proposer un nouveau.»

Alors, je crois avec respect que, l'amendement en faisant référence directement à une clinique médicale

associée, on élargit la portée de l'amendement, et en conséquence je déclare irrecevable le sous-amendement proposé par Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée, oui.

Mme Harel: Je ne peux que m'incliner devant votre sagesse, et je pense qu'elle vous fut inspirée par notre secrétaire et je loue sa compétence. Alors, vous avez raison, M. le Président, c'est de la nature d'un amendement et non pas d'un sous-amendement. Alors, comptez que j'y reviendrai au moment opportun.

Le Président (M. Copeman): Bon. Cela étant, est-ce que nous sommes disposés à mettre aux voix? Alors, est-ce que l'amendement proposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux créant l'article 48.1 est adopté?

Des voix: Adopté.

Des voix: Sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division.

Mme Charest (Rimouski): J'aurais aimé qu'on le relise parce qu'on vote quoi, là?

Le Président (M. Copeman): Mais là il est adopté sur division. Ça, je l'ai entendu assez clairement. Je n'avais même pas besoin de demander deux fois. La réaction est venue assez vigoureusement et spontanément. Alors, le nouvel article 48.1 est-il adopté, en conséquence?

● (21 h 50) ●

Mme Harel: M. le Président, je souhaiterais déposer un amendement.

Il s'agit donc, M. le Président, de ce sous-amendement qui n'était pas recevable et qui l'est à titre d'amendement. Voulez-vous qu'on le relise?

(Consultation)

Le Président (M. Copeman): O.K. Chers collègues, la difficulté qu'on a présentement, je vais vous l'expliquer, là. Je pense que c'est toujours mieux d'être le plus transparent possible, hein?

Je comprends très bien la nature de votre amendement, Mme la députée, qui, dans d'autres circonstances, m'apparaît tout à fait recevable et clair. La difficulté que la présidence a, c'est que, compte tenu que 48.1 était introduit par amendement, là ça empêchait un sous-amendement. Le fait par contre d'avoir adopté l'amendement du ministre qui crée l'article 48.1 essentiellement ferme la discussion autour de 48.1. Et, pour accomplir ce que vous souhaitez faire, il faut le consentement pour une nouvelle étude de l'article qui, à ce moment-là... C'est ça. L'autre possibilité que j'ai... En tout cas, il y a...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Oui, bien je dis oui sous toute réserve. Effectivement, il y a une possibilité

là. Évidemment, ça change la nature de l'amendement comme tel, mais effectivement c'est une solution possible, là, à notre impasse temporaire, Mme la députée.

Mme Harel: Alors, M. le Président, sur ces sages paroles, je vous propose une interruption qui va nous permettre de nous adapter à votre décision.

Le Président (M. Copeman): Je suspends les travaux de la commission pour une dizaine de minutes.

(Suspension de la séance à 21 h 55)

(Reprise à 22 h 27)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, après cette courte pause, la commission reprend ses travaux. Nous avons disposé de l'amendement créant l'article 48.1, et il est peut-être le temps, avant qu'on procède à l'autre bloc, si un député désire ou si une députée désire présenter d'autres amendements, sinon on procédera à l'article 38. Mme la députée, vous avez quelque chose à partager avec nous.

Mme Harel: Alors, je l'avais annoncé avant notre pause, M. le Président, il s'agit d'insérer, après l'article 48.1, l'article 48.2 qui se lit comme suit: Un établissement qui exploite un centre hospitalier a jusqu'au (indiquer ici la date qui suit de deux ans l'entrée en vigueur du présent article) pour instaurer, pour tous les services spécialisés et surspécialisés dispensés aux usagers de l'établissement par des cliniques médicales associées à cet établissement après y avoir été référés par celui-ci, un mécanisme central de gestion de l'accès à ces services.

Le Président (M. Copeman): Je présume que vous avez copie pour au moins la présidence.

Mme Harel: ...avec les nouvelles technologies, vous l'auriez sur votre écran.

Le Président (M. Copeman): Oui, et d'ailleurs c'est un excellent point, Mme la députée, il faudrait tenter de faire avancer ce dossier-là ici, à l'intérieur de ce Parlement.

Mme Harel: Ça nous simplifierait la vie.

Le Président (M. Copeman): Je ne comprends pas honnêtement, en l'an 2006, qu'on soit, à la veille de 2007, rendus à légiférer avec...

Une voix: À la mitaine.

Le Président (M. Copeman): À la mitaine.

Mme Harel: Comme on légiférerait il y a 25 ans.

Le Président (M. Copeman): Exact, exact.

(Consultation)

Le Président (M. Copeman): Alors, l'amendement est recevable. On va faire des photocopies.

Mais peut-être on peut présenter l'amendement, Mme la députée.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Oui, vous souhaitez qu'on attende les...

Une voix: ...

● (22 h 30) ●

Le Président (M. Copeman): Avec attention. Bon. On va attendre.

(Consultation)

Le Président (M. Copeman): Alors, Mme la députée et chers collègues, nous avons un amendement devant nous.

Mme Harel: Bon. Alors, M. le Président, je dois vous dire que cet amendement a été en fait beaucoup inspiré par la relecture du mémoire déposé à la Commission des affaires sociales par les professeurs du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, soit les Prs Damien Contandriopoulos, Régis Blais et Marie-Pascale Pomey. Leur mémoire s'intitulait, d'une manière assez prosaïque d'ailleurs, *De la difficulté de remplir une baignoire qui fuit*. Je crois qu'il a, disons, une inspiration certainement qui peut nous donner un aperçu de l'ampleur de la tâche, *De la difficulté de remplir une baignoire qui fuit*.

Alors, en relisant ce mémoire, M. le Président, il nous a semblé que le risque que rencontrait le projet de loi n° 33 était de mettre en place un système centralisé de gestion des listes d'attente ou de... soyons bons joueurs, là, un mécanisme central de gestion de l'accès à des services pour les établissements à caractère public, alors que les cliniques médicales associées qui contractaient avec le même établissement ne se trouvaient pas à être dans un dispositif qui les obligeaient aussi à gérer, si vous voulez, la durée de l'attente.

Bon. Évidemment, M. le Président, on peut faire l'hypothèse que, dans les cliniques médicales associées, qui ont contracté avec les hôpitaux, la durée de l'attente pourrait être assez courte, tout dépendant si l'établissement réfère ses patients à ces cliniques médicales associées, auquel cas ça nous permettra d'avoir une vue d'ensemble. Est-ce que les patients qui sont trop longtemps sur les listes d'attente de l'établissement vont se retrouver sur les listes d'attente de la clinique médicale associée?

Alors, quoi qu'il en soit, nous avons repris les recommandations qui se trouvaient dans le mémoire en question pour obtenir un résultat plus cohérent tant il apparaît fondamental d'avoir une approche centralisée des listes d'attente. Et le fait est, M. le Président, que la mise en place de deux systèmes qui sont parallèles dans la gestion des listes d'attente... en fait, la mise en place d'un système de gestion uniquement pour les établissements nous apparaissait de nature à ne pas donner un portrait complet, un bilan complet de la situation de l'attente, puisque les établissements peuvent référer des patients qui se trouvaient sur leurs listes d'attente à des cliniques médicales associées avec lesquelles l'établissement a contracté à la suite de l'autorisation du ministre et de la recommandation de l'agence. Bien évidemment, ce temps d'attente

aussi doit être comptabilisé. Alors, voilà, M. le Président, la raison principale de cette...

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

● (22 h 40) ●

Mme Charest (Rimouski): Bien, M. le Président, je constate que ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve est très cohérente avec ce que l'on a traité précédemment. Parce qu'on a traité du mécanisme de gestion centralisée par établissement et, si un établissement établit des ententes avec des cliniques médicales spécialisées... ou spécialisées affiliées, je pense que là-dessus — affiliées ou associées, c'est le même type de cliniques médicales — ça permet de s'assurer que le gestionnaire du mécanisme de gestion des listes d'attente n'oublie pas un élément de sa responsabilité. Parce que c'est ce même gestionnaire qui va avoir éventuellement à décider si quelqu'un qui est sur la liste d'attente doit faire l'objet d'une attention particulière parce que le délai raisonnable achève ou que c'est devenu un délai déraisonnable par rapport à l'attente qu'il subit. Ça, ça va pour le portrait qu'il peut avoir de la liste d'attente de l'établissement.

Par ailleurs, une fois que ce mécanisme a été instauré et, dans le suivi de ce mécanisme, pour assurer l'efficacité, et l'efficience, et la rentabilité d'un tel système, on ne peut pas faire comme si les ententes signées entre les établissements et les cliniques médicales associées n'existent pas et il peut y avoir, compte tenu des garanties de volume qui ont été données à ces cliniques médicales associées là, là aussi, certaines listes d'attente pour certaines chirurgies. Et on ne peut pas avoir deux poids, deux mesures, parce que dans le fond c'est la même clientèle, là. C'est la clientèle qui s'est adressée, dans un premier temps, au service public. Puis, parce que le service public, pour différents motifs, que ce soit d'ordre financier, de disponibilité de ressources humaines, etc., n'a pu donner le service et l'a référée à sa clinique médicale associée, je pense qu'on ne peut pas ne pas les considérer. Ça m'apparaît comme des personnes faisant partie, dans le fond, de la même liste d'attente, qu'elle soit de la clinique médicale associée ou de l'établissement de courte durée concerné. Tout ça, on parle d'intégration des soins et des services, et je pense que là-dessus cet amendement, cet ajout dans le fond, parce qu'on ajoute l'article 48.2, va permettre de ne pas échapper qui que ce soit sur quelque liste d'attente que ce soit. Alors, je pense que là-dessus, là encore, c'est une bonification et ça permet de s'assurer de la cohérence d'un article à l'autre en ce qui regarde le mécanisme de gestion des listes d'attente. Et, pour toutes ces raisons, je pense que ça devient un article qui apparaît indispensable.

Écoutez, si le répondant de la gestion de la liste d'attente ne le fait strictement que pour ce qu'il a sous les yeux à l'intérieur de l'établissement, quand il va vouloir aussi référer de nouveaux patients à la clinique médicale associée, s'il n'a pas en tête la liste d'attente de la clinique médicale associée, il pourra sûrement faire ce que j'appellerais des erreurs. En multipliant le nombre de personnes, on va dégager la liste d'attente du service public, mais on va bourrer, si je peux dire ça de même, là, on va remplir, on va sous-évaluer la capacité de la clinique médicale associée en lui référant des personnes qui vont se retrouver plutôt dans le privé en attente que dans le système public.

C'est sûr que, pour les statistiques du ministère, pour les statistiques du ministre responsable, c'est toujours meilleur que le système public n'ait pas dans ses statistiques un certain nombre de clients, de patients qui sont en attente puis qu'on puisse les référer à la clinique médicale associée. Mais je pense qu'on ne peut pas ne pas en tenir compte, parce que là on risquerait de fausser encore une fois la réalité des listes d'attente pour les types de chirurgie qui sont acceptés. Alors, je pense que là-dessus, M. le Président, on se doit d'accepter cet amendement, et, moi, je vous suggère fortement de voter en sa faveur.

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

Mme Champagne: M. le Président, l'article 48.2 que ma collègue apporte vient ajouter définitivement les éléments importants afin de ne rien échapper. Et, je le disais tout à l'heure dans le précédent propos, à partir de tout ce qu'on a entendu en commission parlementaire, à partir de ce projet de loi là, à partir des articles, les amendements que le ministre nous a déposés, il est important, ce soir, qu'on s'assure que, dans chacun de ces articles-là, on échappe le moins de choses possible.

Ce n'est pas peu, ce qu'on fait ce soir, M. le Président, même à une heure tardive. Il faut se dire que ce qu'on veut faire par ce projet de loi là, tout en étant conscients qu'on est en train de glisser, là, très, très, très rapidement vers un système privé, avec toutes les interrogations qu'on peut avoir depuis au-delà de plusieurs mois, suite aux interrogations qu'on a tous eues sur ce projet de loi là, il est évident que, quand on pense à un service qui est déjà donné de façon publique et que, ce service-là, on s'approprie à le donner dans les cliniques médicales spécialisées ou dans des centres... ou des cliniques médicales associées, donc centres médicaux associés... on réfère des clients, on réfère donc des patients qui normalement auraient dû recevoir des soins et des services correctement donnés avec une supervision x.

À partir du moment où on instaure le système ou l'obligation de mettre en place un mécanisme central de gestion de l'accès à ces services, il est tout à fait pertinent et justifié de notre collègue d'Hochelaga-Maisonneuve d'apporter ces éléments-là. Et je le relis pour qu'on soit bien sûr de bien le comprendre, ça semble un peu chinois, là, pour ceux qui ne sont pas dedans comme nous depuis plusieurs jours. Mais, quand on regarde l'article 48.1 et qu'on regarde l'article 48.2, on n'enlève rien à l'esprit même de l'article que le ministre a déposé, absolument pas. On ajoute, on bonifie, on donne un peu plus de corps à cet article-là en ajoutant un deuxième article. Et ce deuxième article là dit bien qu'un établissement qui exploite un centre hospitalier a jusqu'à telle date, là, selon ce qui sera décidé, là, d'ici quelques jours... doit instaurer, pour tous les services spécialisés et surspécialisés dispensés aux usagers de l'établissement par des cliniques médicales associées à cet établissement après y avoir été référés par celui-ci, donc installer un même mécanisme central de gestion de l'accès à ces services.

Et, si le gouvernement, le ministre et les collègues qui sont en face de nous regardent attentivement cet amendement-là proposé par notre collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, il est évident que l'ajout qu'on y fait, c'est un ajout bonifiant qui n'enlève rien, qui vient juste ajouter,

qui vient juste conforter et qui vient juste préciser. Parce que, vous savez, M. le Président, vous qui êtes là depuis quelques années, n'est-ce pas, malgré votre jeune âge, il est sûr que ce qui n'est pas écrit dans un projet de loi n'existe pas. Ce qui n'est pas dit n'existe pas. Alors, si tu ne le mets pas, oublie ça, il sera trop tard après. Alors, M. le Président, je ne veux pas élaborer inutilement, mais j'écoutais les commentaires de ma collègue d'Hochelega-Maisonnette et de ma collègue de Rimouski, puis effectivement cet article-là, 48.2, qu'on a voulu ajouter même en sous-amendement, a tout à fait sa place dans un article supplémentaire et évidemment j'appuie fortement cet ajout-là qui vient, je dirais, enrichir le propos de cette soirée. Merci.

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

M. St-André: Merci, M. le Président. Alors, je veux joindre ma voix à mes collègues de l'opposition, à ma collègue d'Hochelega-Maisonnette qui a présenté un amendement pour clarifier le mécanisme central de gestion de l'accès à des services de santé. M. le Président, il m'apparaît évident que les dispositions qui sont contenues dans le projet de loi en ce qui concerne un mécanisme central de gestion sont à leur face même insuffisantes. D'ailleurs, ce n'est pas nous qui le disons. L'ensemble des représentants des fédérations médicales qui sont venus devant la commission parlementaire en ont témoigné. Dans nos interventions précédentes, on a mis en évidence plusieurs des arguments qui ont été apportés devant les membres de la commission.

Et, en ce sens-là, je trouve ça un petit peu dommage que l'ensemble des amendements qu'on a apportés pour essayer de clarifier l'encadrement de ce mécanisme central de gestion aient tous été rejetés par nos amis d'en face. D'ailleurs, depuis un certain temps, depuis 8 heures pratiquement, on n'a pas, sur l'ensemble des propositions qu'on a mises sur la table, entendu aucun député d'en face, on n'a pas entendu le ministre de la Santé s'exprimer.

● (22 h 50) ●

Pourtant, nous, de ce côté-ci, nous ne faisons que mettre de l'avant les arguments pas qui sont sortis de nos petites têtes, là, mais par les fédérations représentant les médecins, que ce soient les médecins spécialistes ou des médecins omnipraticiens, les médecins résidents du Québec, qui ont tous insisté sur le fait que ce qui est prévu dans le projet de loi en ce qui concerne le mécanisme central de gestion est insuffisant, est flou, n'est pas clair. Puis, nous, par nos amendements, on essaie de clarifier les choses.

Ma collègue d'Hochelega-Maisonnette a présenté un nouvel amendement. Il m'apparaît être le bon sens. C'est-à-dire qu'il faut que, dans les centres médicaux spécialisés, il y ait aussi un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés. C'est bien beau de mettre en place des mécanismes centraux de gestion de l'accès dans les établissements publics, dans les hôpitaux, mais, si les centres hospitaliers réfèrent des patients aux centres médicaux spécialisés avec lesquels ils peuvent avoir des ententes, avec lesquels ils peuvent être affiliés et si, dans les centres médicaux spécialisés, il n'y a pas ce mécanisme-là non plus, bien c'est encore une situation où il y a du flou, où on ne sait pas où on s'en va. Le médecin spécialiste ou encore le responsable au centre hospitalier du mécanisme central de gestion de l'accès, s'il ne sait pas

ce qui se passe dans le centre médical spécialisé à cet égard-là, on n'est pas beaucoup plus avancés.

Or, en ce sens-là, M. le Président, l'amendement présenté par ma collègue m'apparaît tout à fait opportun. Et on aimerait beaucoup que nos collègues d'en face l'étudient avec sérieux pour qu'on puisse bonifier ce qu'on appelle le mécanisme central de gestion de l'accès à des services spécialisés et surspécialisés tel que nous l'ont d'ailleurs présenté l'ensemble des représentants des médecins qui sont venus, j'insiste encore, nous le dire devant cette commission parlementaire. Et, M. le Président, je vous remercie beaucoup pour votre patience.

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

Mme Harel: M. le Président, je me vois dans l'obligation de clore cette absence de discussion, M. le Président, en rappelant que nous serions devant une sorte d'incohérence, à savoir: le mécanisme central de gestion de l'accès aux services ou plus communément appelé gestion de listes d'attente seulement dans les établissements hospitaliers, dans les hôpitaux, mais qu'une partie importante des interventions qui se feront dans les cliniques médicales associées, bien elles ne seront pas l'objet de cette comptabilisation.

Et je rappelle ce qu'en disaient les émérites professeurs qui sont venus devant la Commission parlementaire des affaires sociales pour débattre du livre blanc sur l'accès, qui rappelaient que «la mise en place de deux systèmes parallèles rend quasi impossible [...] une gestion centralisée et unifiée des listes d'attente» et qu'«il est fort plausible de croire que l'existence de deux systèmes [de production de soins] va se traduire par l'impossibilité de contrôler les leviers d'intervention qui ont fait leurs preuves [...] pour offrir des soins de qualité en temps opportun».

M. le Président, je pense que c'est là un aspect qui restera comme une tache finalement sur l'économie générale de ce projet de loi qui prétend à offrir une garantir d'accès, en fait qui, on le voit à l'étude scrupuleuse ou minutieuse du projet de loi, n'offre qu'une gestion de l'attente en établissement seulement. Alors, pour toutes ces raisons, M. le Président, je pense que cet amendement est utile par ce qu'il révèle de ce choix que le ministre fait d'introduire de manière très partielle la gestion des listes d'attente.

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

Mme Charest (Rimouski): Je tiens à préciser, M. le Président, que, tout à l'heure, l'amendement qui prévoyait de s'assurer que l'attente, du début à la fin du processus, qu'un citoyen ou une citoyenne fait pour avoir accès aux soins et aux services... n'était pas incluse. Et même, malgré le fait que nous ayons présenté un amendement pour inclure les délais d'attente dès le début et qu'on définisse, de façon formelle, l'épisode de soins, bien il m'apparaît que, là encore, refuser cet amendement... c'est un autre pan important de l'ensemble des éléments qui doivent constituer en quelque sorte le mécanisme de gestion des listes d'attente.

Et c'est pour ça que je pense que c'est important de s'assurer que, partout où il y a des listes d'attentes, le système de gestion en soit responsable et qu'il puisse en faire le portrait, juste parce que, la journée où un ministre va se lever en Chambre, un ministre de la Santé va se lever en Chambre puis dire: Ah! On a réussi notre pari, nous n'avons plus de listes d'attente pour telle et telle chirurgie et que, dans la clinique médicale associée d'à côté, il y a une liste mais on ne la considère pas parce qu'on ne veut surtout pas la voir, ça m'apparaîtra dangereux pour que les citoyens et les citoyennes continuent d'avoir confiance au système de santé et au système politique aussi qui prend sur sa responsabilité d'exclure du mécanisme de gestion de l'attente ces éléments super importants.

Alors, je pense que là-dessus il faut se rappeler que le parti ministériel a refusé à peu près tous les éléments que nous lui avons proposés pour bonifier le mécanisme de gestion. Pourtant, que ce soit l'association des médecins résidents, que ce soit le Collège des médecins, l'association des omnipraticiens du Québec ou l'association des médecins spécialistes du Québec, ils étaient à peu près tous unanimes — et j'oublie l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec — pour dire: Oui, un mécanisme central de gestion de l'accès apparaît intéressant mais à la condition qu'on détermine les épisodes de soins, qu'on détermine les délais maximaux selon des critères bien précis, que le mécanisme reflète bien la réalité et qu'on soit sûr qu'on définit très bien aussi quels sont les délais reconnus comme tels. Et là tout ça a été refusé.

Donc, on s'en va avec un projet de loi qui va avoir en quelque sorte un genre de squelette comme mécanisme de gestion des listes d'attente et pour lequel on va avoir refusé, au cours des discussions, des éléments qui auraient pu mettre de la chair autour de l'os. Et malheureusement ça n'a pas été le cas jusqu'à date, alors j'espère qu'on va se rattraper et qu'on va accepter cet amendement qui, comme l'ont dit mes collègues précédemment, va permettre d'avoir un regard beaucoup plus éclairé sur la situation réelle des listes d'attente au Québec. Merci.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a d'autres interventions? Je ne crois pas. Alors, est-ce que l'amendement est adopté?

Des voix: Rejeté.

Le Président (M. Copeman): Rejeté. Est-ce que nous sommes prêts à passer au quatrième bloc.

Mme Harel: M. le Président, je pense que le temps est venu.

Discussion par sujets (suite)

Assurances

Le Président (M. Copeman): Excellent. Alors, le quatrième bloc: les assurances.

Étude détaillée (suite)

Loi sur l'assurance-hospitalisation

En débutant avec l'article 38, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Alors, il s'agit ici d'un amendement qui modifie un article qui était déjà présent dans notre Loi de l'assurance-hospitalisation, qui est la question de la subrogation et qui vient uniquement confirmer certains termes.

Alors, dans le premier alinéa, on lit maintenant: «L'État est subrogé au recours de toute personne assurée contre un tiers jusqu'à concurrence du coût de tous les services assurés fournis ou qui seront fournis à la suite d'un préjudice causé par la faute de ce tiers.»

Tandis que, dans la formulation initiale, on disait «d'une blessure causée par la faute de ce tiers.»

Et, lorsqu'on descend au sixième paragraphe, on change également la question de la prescription parce qu'on disait initialement que «le droit d'action qui en résulte se prescrit par trois ans».

Ici, on dit: «Les droits acquis par l'effet de la subrogation prévue au présent article font partie du domaine de l'État[...]; toutefois, le droit d'action qui en résulte se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle l'État a eu connaissance du fait qui y donne naissance.»

Donc, ça nous donne plus de latitude quant à la prescription et le début de son calcul.

Donc, il n'y a pas ici autre chose que des précisions dans l'article déjà existant, sans qu'il y ait vraiment de rapport direct avec les questions dont nous discutons ici, autour du projet de loi. On profite du projet de loi actuel pour faire cette précision dans l'article 10 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

● (23 heures) ●

Mme Harel: Alors, M. le Président, qui doit-on comprendre est le tiers dans cet article 10 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation?

M. Couillard: Une personne qui peut avoir été jugée coupable d'une faute ayant résulté en un préjudice.

Mme Harel: Donc: «L'État est subrogé au recours de toute personne assurée contre un tiers...» Est-ce que cela comprend également les victimes d'actes criminels?

M. Couillard: Il n'y a pas de restriction dans le...

Mme Harel: Donc, les victimes d'actes criminels sont indemnisées, peut-on dire, par l'État. Donc, l'État serait subrogé au titre de gestionnaire des hôpitaux publics contre le régime d'indemnisation des actes criminels.

M. Couillard: C'est-à-dire que l'article existait déjà depuis... ce n'est pas nouveau, ce qu'on introduit là. Et en pratique il faudrait, je suppose, qu'il y ait une démonstration de responsabilité civile avec une démonstration de culpabilité peut-être également. Puis on sait que les criminels eux-mêmes sont rarement solvables. Alors, je ne pense pas que ce soit les circonstances dans lesquelles cette question va s'appliquer.

Mme Harel: C'est-à-dire qu'il y a un fonds d'indemnisation des victimes, il y a un fonds qui a été mis en place par le gouvernement il y a déjà longtemps, je pense que c'est en 1977, à l'époque où Pierre Marois était ministre d'État aux Affaires sociales. Est-ce qu'il y a eu en réalité des recours qui ont été exercés?

M. Couillard: D'ailleurs, vous aviez posé la même question sur l'assurance maladie, et des abeilles s'affairaient actuellement pour trouver les statistiques requises.

Ça va être très intéressant comme statistiques, ce qui montre la nécessité de continuer à avoir cet article dans notre Loi d'assurance-hospitalisation. En fait, le personnel du ministère a relevé tous les cas de réclamation qui ont été faits en vertu de la Loi de l'assurance maladie et en vertu de l'assurance hospitalisation pour 2004-2005 et 2005-2006.

Alors, 2004-2005, tenez-vous bien, il y a eu un total de 3 745 dossiers: assurance maladie, réclamation totale de 3 803 227 \$; assurance hospitalisation, 9 004 304 \$. En 2005-2006, 4 465 dossiers: assurance maladie pour 5 039 618 \$; et l'assurance hospitalisation, 11 633 104 \$. Ce serait intéressant d'avoir les détails pour voir quel type de cas ou s'il y avait un cas parmi ceux-là qui représentaient une grande part des réclamations. Je ne suis pas sûr qu'on a ce renseignement-là, mais ça montre...

Une lettre type qui a été envoyée à quelqu'un par la Régie de l'assurance maladie, alors on dit: «Le... est survenu un accident vous impliquant ayant causé des blessures à X. Par la suite, cette personne a dû recevoir des soins de santé dont le coût est assumé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La loi nous autorise à récupérer auprès des personnes responsables d'un accident les sommes déboursées pour les victimes. L'analyse du dossier de X montre que votre responsabilité semble engagée dans son accident. Ainsi, nous vous demandons de nous rembourser la somme de x dollars dont vous trouverez le détail dans le relevé ci-joint.»

Maintenant, je ne sais pas si les chiffres sont les montants qui ont été réclamés ou les montants perçus.

Une voix: ...

M. Couillard: Obtenus, c'est les montants obtenus.

Mme Harel: Ce que vous venez de nous lire, ça, c'est une réclamation qui est envoyée au tiers?

M. Couillard: Oui, c'est ça, exactement: numéro de dossier, tierce responsabilité.

Mme Harel: Et le tiers, lui, qu'est-ce qu'il fait quand il reçoit cette réclamation? Il est dans des régimes parfois «no-fault», en fait, le régime d'accidents automobile...

M. Couillard: Il décide soit de payer soit de contester, je suppose, comme toute facture que le gouvernement nous envoie. Et je suppose qu'il y a des recours pour le citoyen ou la personne morale qui reçoit ça de contester cette demande.

Mme Harel: Mais la personne physique, là, qui reçoit une telle réclamation, elle ne la reçoit que parce que...

M. Couillard: Parce qu'il y a eu démonstration de préjudice et de faute, hein, il y a démonstration d'une faute qui a causé le préjudice.

Mme Harel: Mais je ne pense pas qu'il y a eu démonstration, parce que l'article se lit: «L'État est subrogé au recours de toute personne assurée contre un tiers...»

M. Couillard: «Au recours de toute personne assurée». Là, il faut arrêter.

Mme Harel: Le recours est différent?

M. Couillard: Si une personne assurée fait un recours contre un tiers et que ce tiers est déclaré coupable d'une faute qui a causé le préjudice et si cette faute et le préjudice ont causé des dépenses d'assurance hospitalisation, on peut avoir recouvrement des sommes. C'est correct?

Je vais laisser Me Boileau nous expliquer, parce que c'est intéressant. Il est certainement plus compétent que moi pour vous expliquer cette question.

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce qu'il y a consentement pour que...

M. Couillard: Il y a tout à fait consentement.

Le Président (M. Copeman): ...pour que Me Boileau puisse prendre part à nos délibérations? En vous identifiant, Me Boileau, s'il vous plaît.

M. Boileau (Ariel): Bonjour. Ariel Boileau. Je travaille à la Direction des affaires juridiques du ministère de la Santé et des Services sociaux. Et d'emblée je vous dirai que je ne suis pas un spécialiste en la matière. C'est les avocats qui travaillent à la Régie de l'assurance maladie qui sont plus habitués de procéder dans ce type de réclamation. Mais, de par le texte, à mon avis, pour répondre à votre question de savoir s'il devait y avoir une cause ou une décision des tribunaux avant d'entreprendre le recours, à mon avis ça pourrait être entrepris malgré le fait qu'il n'y ait pas de décision judiciaire qui ait déterminé qu'il y ait une faute commise par un tiers.

Mme Harel: Dans les régimes «no-fault», ça se passe comment?

M. Boileau (Ariel): Pardon?

Mme Harel: Dans les régimes d'indemnisation «no-fault», ça se passe comment?

M. Boileau (Ariel): Oui. Bien, à partir du moment où il va y avoir une réclamation, on va payer.

M. Couillard: Mais, quand c'est sans égard à la faute, il n'y a pas de préjudice, on ne peut pas imputer la faute.

M. Boileau (Ariel): On n'est pas dans un régime «no-fault» ici.

M. Couillard: Donc, ça ne peut pas être dans le cadre de l'assurance automobile. D'un acte criminel, je ne suis même pas certain, parce qu'il existe quand même des processus d'indemnisation. Je ne sais pas, là. Certainement que ça pourrait exister. Je prends un exemple théorique, et dites-moi si je me... Quelqu'un est dans un centre de ski, a un accident dans le remonte-pente dont on détermine qu'il est causé par une négligence du centre de ski, la personne est hospitalisée. Peut-être, dans ce

genre de situation, il peut y avoir recouvrement, effectivement.

Mme Harel: À ce moment-là, le centre de ski a sa propre police d'assurance, et puis la personne hospitalisée fait un recours contre le centre, qui le fait contre son assurance, en fait, et...

M. Boileau (Ariel): S'il y a une faute qui est claire, à mon avis la compagnie d'assurance va payer sans contester, là, chaque cas étant un cas d'espèce, là.

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce que l'article...

Mme Harel: Et...

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

Mme Harel: Oui. Dans le deuxième alinéa, quelle est la différence que vous introduisez?

M. Couillard: C'est parce que, dans le premier, on parle de la faute elle-même, tandis que, dans le deuxième, c'est la connaissance de l'événement. Donc, il peut y avoir une faute qui a été commise...

Une voix: ...

M. Couillard: C'est une concordance qui n'a pas été faite jusqu'à maintenant avec la Loi de l'assurance maladie qui exprime la prescription de la même façon, mais ça semble vouloir dire qu'on peut n'avoir connaissance des faits que quelques années plus tard ou quelque temps plus tard. Et, à ce moment-là, on n'est pas couvert par la prescription s'il n'y a pas eu connaissance des...

Mme Harel: Le trois ans est toujours là?

M. Couillard: Oui.

● (23 h 10) ●

Mme Harel: C'est donc le trois ans mais qui ne commence en fait qu'à compter de la date à laquelle l'État a eu connaissance du fait qui y donne naissance.

M. Couillard: Voilà.

Mme Harel: Et non pas autrement, alors que, jusqu'à maintenant, c'était...

M. Couillard: Après l'événement lui-même, je suppose.

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce que l'article 38...

Mme Charest (Rimouski): M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Oui, Mme la députée de Rimouski, pardon.

Mme Charest (Rimouski): Moi, je veux bien comprendre parce que je ne vote pas sur des choses que

je ne comprends pas. Si je regarde «subrogation», on dit que la subrogation, c'est la «substitution d'une personne à une autre dans une relation juridique — donc une subrogation personnelle; transmission à une chose des qualités juridiques de celle qu'elle remplace dans un patrimoine ou une universalité — donc c'est une subrogation réelle. Subrogation conventionnelle, consentie par le créancier ou par le débiteur. Subrogation légale.» Et, si je vais voir à «subroger», c'est «substituer», alors «mettre à la place de». Est-ce que l'État est remplacé par quelqu'un d'autre au recours de toute personne assurée contre un tiers?

M. Couillard: Ma compréhension, puis mes experts vont me le dire si je le comprends comme il faut, loin de moi de m'intituler connaissant dans cette chose-là, ce que ça veut dire, d'après moi — puis peut-être même la députée d'Hochelaga-Maisonneuve pourrait commenter, compte tenu de sa qualité de membre du Barreau — je pense que ça veut dire que l'État devient automatiquement partie de la cause en question à partir du moment où on lui reconnaît ce droit-là, ce qui lui permet d'intervenir dans le cas du centre de ski, là. Si on n'a pas cet article-là, il n'y a rien qui permet à l'État d'aller récupérer les sommes suite au préjudice.

Mme Charest (Rimouski): Ça, ça s'appliquerait pour toutes les cliniques médicales spécialisées?

M. Couillard: Mais là on ne parle pas de clinique médicale, là.

Mme Charest (Rimouski): On parle de la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

M. Couillard: C'est une disposition qui existe déjà, qu'on vient préciser et à notre avis améliorer, là. Mais ça n'a pas de rapport ici, cet article-là n'a pas de rapport avec le fond du projet de loi qui est devant nous. On profite du projet de loi pour faire cet ajustement.

Mme Charest (Rimouski): C'est peut-être pour ça que je ne comprenais pas, parce que j'essayais de chercher le lien.

M. Couillard: Non, il n'y en a pas.

Mme Charest (Rimouski): Je n'en voyais pas.

M. Couillard: Il y en a un lointain, c'est-à-dire qu'on a introduit, souvenez-vous, on a adopté un article qui donne la subrogation, par la Loi sur l'assurance maladie, pour les centres médicaux spécialisés.

Mme Charest (Rimouski): Mais, s'il n'y a pas de lien avec le projet de loi, pourquoi vous amenez ça là?

M. Couillard: Parce qu'il y en a un quand même de concordance, parce que, quand on a adopté l'article sur la subrogation pour les centres médicaux spécialisés, on a utilisé la même formulation pour la prescription et introduit «préjudice» plutôt que «blessure» à l'article qu'il y avait déjà dans la Loi sur l'assurance maladie. Donc, c'est une concordance avec ce qu'on a fait.

Mme Harel: En fait, c'est le fonds consolidé qui récupère les dépenses effectuées pour des personnes qui avaient un recours contre les tiers. Est-ce que vous les obligez à exercer ce recours contre les tiers?

M. Couillard: Honnêtement, ce n'est pas quelque chose que, nous, on a suivi, là. Je pense qu'ils le font. De toute évidence, ils le font parce qu'il y a des lettres types, puis on a vu le nombre de causes qui sont...

Mme Charest (Rimouski): Parce qu'à l'aide sociale on obligeait les personnes monoparentales à avoir un recours contre l'ex-conjoint qui ne payait pas la pension alimentaire. Est-ce que l'esprit est le même, là, c'est-à-dire on va obliger les personnes à avoir un recours contre les tiers, hein? Parce que le précédent est déjà là, M. le Président.

M. Couillard: Pardon? Excusez-moi, je m'excuse. Est-ce qu'il y avait une question, M. le Président, j'ai peut-être... Quelle était la question? Je m'excuse de mon...

Mme Charest (Rimouski): Ah! C'est parce que je disais que le précédent existe déjà d'obliger un tiers, là, à prendre recours. Que l'on se rappelle, à la Solidarité sociale, les personnes monoparentales qui, parce qu'elles ne...

M. Couillard: Ce n'est pas la même chose.

Mme Charest (Rimouski): Non, je sais que ce n'est pas la même chose, mais...

M. Couillard: C'est l'État.

Mme Charest (Rimouski): ...le précédent est créé pour dire que, s'il y a une possibilité de recours, on oblige la personne à faire le recours.

M. Couillard: Ce n'est pas la même situation. Ce n'est pas une personne qui prend un recours, c'est l'État.

Mme Charest (Rimouski): Ah! C'est l'État.

M. Couillard: Ah, mon Dieu! Ray Charles!

Mme Harel: Non, mais c'est une lumière crue, hein, n'est-ce pas, M. le Président?

M. Couillard: Oui, c'est vrai, c'est vrai.

Le Président (M. Copeman): Pourrions-nous disposer...

Mme Charest (Rimouski): Trois ans? Ce n'est pas cinq ans? Ce n'est pas 10 ans?

M. Couillard: Dans ce cas-là, c'est trois ans. C'est déjà trois ans, hein?

Mme Charest (Rimouski): C'était déjà là.

M. Couillard: C'était déjà là.

Mme Charest (Rimouski): Et comment on peut faire la preuve que l'État a eu connaissance, à

compter de la date à laquelle l'État a eu connaissance du fait?»

M. Couillard: Bien, l'idée, c'est justement d'étendre la prescription, en fait. L'effet que ça a, c'est d'étendre la prescription plus que trois ans après l'événement lui-même. Ça donne le temps d'avoir l'information nécessaire au cas où. Une autre façon d'avoir...

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce que l'article 38 est adopté?

M. Couillard: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté.

Une voix: Adopté sur division.

Le Président (M. Copeman): Sur division, d'abord. L'article 39.

M. Couillard: Alors, dans l'article...

Mme Harel: M. le Président...

Mme Charest (Rimouski): Je ne suis pas sûre à 100 %.

Mme Harel: On s'obstine.

M. Couillard: Je sens, malgré le fait que l'opposition soit peut-être rébarbative au bloc des articles touchant les assurances, que cet article sera apprécié néanmoins par nos collègues de l'opposition, car il permet de ré-introduire l'article 11 de la Loi d'assurance-hospitalisation, qui a été jugé invalide par la Cour suprême, en des termes modernisés cependant, et voilà qui m'apparaît intéressant quand même. Alors, je vais lire l'article. Il y avait déjà un article 11 qui existait et c'est celui qui a été invalidé par la Cour suprême du Canada en juin 2005 qui est remplacé par le suivant:

«Un assureur ne peut conclure ni maintenir un contrat d'assurance comportant une garantie de paiement à l'égard du coût d'un service assuré fourni à un résident — rappelons qu'on est dans le contexte de la Loi de l'assurance-hospitalisation.

«Nul ne peut par ailleurs établir ou maintenir un régime d'avantages sociaux comportant une garantie de paiement à l'égard du coût d'un service assuré fourni à un résident.

«Un contrat d'assurance ou un régime d'avantages sociaux qui va à l'encontre du premier ou du deuxième alinéa, selon le cas, mais qui a également pour objet d'autres services et biens demeure valide quant à ces autres services et biens et la considération prévue à l'égard de ce contrat ou de ce régime doit être ajustée en conséquence, à moins que le bénéficiaire de ces services et de ces biens n'accepte de recevoir en échange des avantages équivalents.

«Rien dans le présent article n'empêche la conclusion d'un contrat d'assurance ou l'établissement d'un régime d'avantages sociaux qui a pour objet l'excédent du coût des services assurés rendus hors du Québec.

«On entend par "assureur", une personne morale titulaire d'un permis délivré par l'Autorité des marchés

financiers qui l'autorise à pratiquer l'assurance de personnes au Québec.

«On entend par "régime d'avantages sociaux", un régime d'avantages sociaux non assurés, doté ou non d'un fonds, et qui accorde à l'égard d'un risque une protection qui pourrait être autrement obtenue en souscrivant une assurance de personnes.

«En cas de contravention au premier ou au deuxième alinéa, l'assureur ou la personne qui administre un régime d'avantages sociaux, selon le cas, commet une infraction et est passible d'une amende de 50 000 \$ à 100 000 \$ et, en cas de récidive, d'une amende de 100 000 \$ à 200 000 \$.»

Voilà. Donc, il s'agit de réintroduire l'interdiction totale d'assurance hospitalisation privée à l'égard des services hospitaliers couverts par le régime public d'assurance hospitalisation.

Mme Harel: Si c'était vrai, M. le Président, vraiment si c'était le cas, nous serions les premiers à rendre hommage au ministre, à louer... Mais, M. le Président, heureusement, pour éclairer le débat, nous avons de savants universitaires habitués à ces analyses en profondeur de systèmes complexes, et j'en veux la preuve le texte publié dans *Les Cahiers de droit*, volume 47, numéro 3, septembre 2006, pages 539-580, texte donc récent qui a été publié par la vice-doyenne de la Faculté de droit de l'Université McGill, Me Marie-Claude Prémont, qui écrit ceci: «Le projet de loi n° 33 — notre projet de loi qu'on étudie — propose la modification de l'article 15 de la Loi sur l'assurance maladie...» Attendez, non, vous avez raison, la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

Le Président (M. Copeman): C'est l'article 11...

● (23 h 20) ●

Mme Harel: «...l'article 11 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation fait l'objet d'une modification qui pourrait sembler équivaloir à une nouvelle adoption d'interdiction totale, avec une actualisation quant aux régimes d'avantages sociaux — non assurés — également interdits.» Donc, à première vue, ça peut sembler une interdiction totale avec un élargissement, si on peut le dire ainsi, en fait une actualisation aux régimes d'avantages sociaux qui également sont interdits.

«De plus, le dernier alinéa prévoit des amendes pour toute contravention de 50 000 à 100 000 \$, et du double en cas de récidive. La sévérité de ces amendes est sans commune mesure avec celle qui est actuellement prévue dans l'article 15 de la loi, pour un montant de 100 \$.» Ça a l'air d'être, ma foi, une puce et un cheval, n'est-ce pas, puisqu'actuellement, à première vue du moins, l'amende de 100 \$ adoptée au moment de l'adoption de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, en 1960, est sans commune mesure avec l'amende... la contravention de 50 000 \$ à 100 000 \$ et du double en cas de récidive.

«Il faut par contre — ajoute l'auteur — se méfier des apparences, puisque, comme nous l'avons vu plus haut, le projet de loi n° 33 prévoit l'introduction des centres médicaux spécialisés dont certaines fonctions seront les mêmes que les fonctions hospitalières en ce qui concerne les chirurgies qui y seront autorisées. Les services "hospitaliers" équivalents ne seront donc pas des services assurés au sens de la Loi sur l'assurance-hospitalisation. Ainsi, ils ne sont pas couverts par l'interdiction de l'assurance privée duplicative en matière d'hospitalisation.»

Quel est le processus? En apparence, on réintroduit l'article 11 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation que la Cour suprême avait invalidé dans l'arrêt Chaoulli-Zeliotis. Mais en réalité, M. le Président, puisque les centres médicaux spécialisés qui sont... les centres médicaux spécialisés pour les médecins non participants, pour lesquels nous avons déjà adopté un dispositif qui les oblige à prévoir à la fois les interventions préopératoires et postopératoires, et donc, s'il y a lieu, le cas échéant, à prévoir de l'hébergement qui dans le fond est de la nature d'une hospitalisation... On l'appelle hospitalisation quand finalement la chirurgie est réalisée dans un hôpital. Quand cette catégorie de chirurgie qui nécessite une hospitalisation, quand cette catégorie de chirurgie est faite dans un CMS, centre médical spécialisé, la même catégorie de chirurgie qui nécessite de l'hospitalisation, par une sorte de simulacre, devient une chirurgie avec hébergement.

On peut répéter inlassablement entre nous: Le cheval blanc de Napoléon est noir, c'est-à-dire: L'hospitalisation en centres médicaux spécialisés est de l'hébergement. Ça revient à répéter: Le cheval blanc de Napoléon est noir. Alors, il demeure que la chirurgie avec hospitalisation, lorsqu'il s'agit d'un établissement à caractère hospitalier, reste la même chirurgie, même si on l'appelle avec hébergement lorsqu'il s'agit de centres médicaux spécialisés.

Alors, ce qu'ajoute l'auteur... C'est assez passionnant, c'est un article de fond, c'est un article extrêmement intéressant. L'auteur ajoute ceci: «Les modifications proposées [entre autres à la Loi sur l'assurance-hospitalisation] changent de façon significative la structure juridique de l'assurance maladie [du] Québec.» Alors, c'est un peu comme... En fait, l'assurance hospitalisation donne l'impression qu'il n'y a rien de changé. Mais, en modifiant l'assurance maladie, le changement de structure juridique de l'assurance maladie au Québec intervient d'abord, on le sait, par «l'introduction de l'assurance privée duplicative pour certains services de santé couverts par le régime public». Et, pour ce fait, cette introduction exige que «les lois sur le régime public d'assurance soient, par le fait même, adaptées à la présence de régimes privés duplicatifs. C'est la raison pour laquelle la nouvelle formulation proposée pour l'article 15 de la Loi sur l'assurance maladie — que nous verrons demain sans doute, M. le Président? — et pour l'article 11 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation ne parle plus seulement de l'assurance privée, mais autorise ou interdit également la couverture des mêmes services par les régimes d'avantages sociaux. En effet — ajoute l'auteur — l'assurance privée ne devient significative et importante que lorsqu'elle prend la forme collective des régimes d'avantages sociaux, comme cela a été le cas pour l'assurance médicaments, avant même l'introduction en 1997 de l'assurance privée obligatoire avec le régime général d'assurance médicaments du Québec.»

Alors, ce qui compte, M. le Président, c'est: contrairement aux apparences, la prohibition d'assurance hospitalisation privée fait également l'objet d'une ouverture partielle à travers la modification de la Loi sur l'assurance maladie pour l'ensemble des soins qui seront pratiqués en centres médicaux spécialisés de médecins non participants. Alors, sous l'apparence de réintroduire la Loi de l'assurance-hospitalisation adoptée sous le régime de Jean Lesage en 1962, cet article 39 du projet de loi n° 33, qui introduit l'article 11, est le cheval de Troie, n'est-ce pas,

par lequel va être modifiée la Loi de l'assurance maladie, parce que la Loi de l'assurance maladie va faire une ouverture partielle mais réelle pour l'ensemble des soins, dont ceux appelés hébergement pratiqués dans les centres médicaux spécialisés. Est-ce que vous me suivez toujours, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Absolument, Mme la députée, tout à fait.

Mme Harel: Vous êtes très gentil, j'apprécie beaucoup. Alors donc... Il est tard, c'est certain, nous allons reprendre certainement ce débat de fond, parce que, si débat de fond il est, c'est bien celui-là, M. le Président.

J'ai eu le plaisir de relire, en fin de semaine, l'excellent rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, appelé tout simplement du nom de rapport Ménard, du nom de Jacques Ménard qui en fut le président, qui s'intitule *Pour sortir de l'impasse: la solidarité entre nos générations*. Et je dois dire, M. le Président, que ce rapport a été publié à l'été 2005, peu après le jugement rendu public de la Cour suprême, là, dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis. Et le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec mis en place à l'occasion du Forum des générations, en octobre 2004, a, comme on le sait, vaillamment travaillé pendant une année, jusqu'à l'été 2005, rendu un rapport substantiel, que certains membres n'ont pas signé, mais nous pourrions y revenir. Quoi qu'il en soit, le président du comité de travail a par la suite fait une tournée à travers le Québec tout entier, mobilisant l'opinion publique, s'adressant aux chambres de commerce, interpellant les citoyens.

Et que dit ce rapport, M. le Président, du comité mis en place par le gouvernement lui-même après une tournée de 17 forums régionaux, je pense, ou 16 forums régionaux, quoiqu'il en soit, puis un grand forum, là, une grande messe à laquelle moi-même j'ai participé, M. le Président.

● (23 h 30) ●

Mme Charest (Rimouski): Vous allez à la messe?

Mme Harel: Une messe laïque, là, comme en voit à quelques occasions à la veille des élections, habituellement. Nous avons assisté, jeudi dernier, sur la question de la ruralité, n'est-ce pas...

Mme Charest (Rimouski): Oui, une grande messe ici même, au salon rouge.

Mme Harel: ...à une grande-messe de cette nature.

Mme Charest (Rimouski): Mais avec des promesses pour 2007, 2008, 2009, 2010.

Mme Harel: En fait, l'idée, c'est toujours qu'on reporte, hein, n'est-ce pas, on reporte le paradis. Alors, il faut quelques indulgences. Mais on peut vendre des indulgences entre-temps, par exemple.

Mme Charest (Rimouski): C'est ce qu'on appelle nourrir l'espoir.

Mme Harel: Alors, je simplifie, le rapport dit ceci: «Nous avons voulu réitérer notre engagement à l'égard

du financement public de notre système de santé et de services sociaux.» Je rappelle que c'est un comité mis en place par le gouvernement, qui était en fait très éclectique, là, composé de gens venant de milieux différents, là, milieux d'affaires, milieux syndicaux. Alors, ça dit ceci: «Les membres du comité croient que le récent jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli fournit une grande occasion au gouvernement du Québec de réaffirmer son engagement [à l'égard du financement public,] pilier fondamental de notre système.» Alors, M. le Président, c'est là, je pense, une voix autorisée que le gouvernement a choisi de ne pas entendre.

Alors, à quelques occasions dans le rapport, le comité réitère d'une façon très ferme... Je lis, par exemple, à la page 104, la résolution 19... Attendez, M. le Président, je pense que je me suis trompée, voilà, à la page 103: «Le comité recommande — à la résolution 15 — que le gouvernement fixe des cibles acceptables au Québec quant aux niveaux de prestation de services accessibles au secteur privé dans tous les domaines de la santé et des services sociaux...» Le rapport Ménard recommandait qu'il y ait du privé dans le système public, mais toujours, ajoutait-il, «dans le cadre d'un système financé par les fonds publics, et qu'il indique les secteurs concernés ainsi que les paramètres qui encadreront ces activités».

Souvent, il arrive, parce qu'on a un système de santé très complexe, il va arriver très souvent, dans l'opinion publique, qu'on va confondre le financement et la livraison du service, hein? Il y a comme une confusion entre savoir: quand c'est privé, ça veut dire automatiquement qu'on paie, alors que, quand on va chez le médecin, depuis l'assurance maladie il y a 36 ans maintenant, on présente notre carte-soleil, notre carte d'assurance maladie, et on n'a pas finalement à déboursier de l'argent pour recevoir un soin, un service médical. Je ne dis pas que c'est gratuit. On le paie par nos impôts, bien évidemment, c'est-à-dire qu'on le paie collectivement, mais on n'a pas à déboursier, en plus des impôts qu'on paie, on n'a pas en plus à déboursier pour se faire soigner.

D'ailleurs, le premier ministre avait dit, en campagne électorale, que jamais, avec le gouvernement du Parti libéral, ce serait comme avec l'ADQ... qui, en fait, proposait la carte d'assurance maladie et la carte de crédit, hein, il présentait les deux cartes en disant: Jamais on n'aura besoin des deux, la carte d'assurance maladie va suffire. Est-ce que ça voulait dire pour autant qu'il n'y avait pas de privé dans la santé? Non. Parce que, on le sait, avec la prestation de services, quand on va chez un médecin, en fait il s'agit d'un travailleur autonome dans une clinique privée, mais il n'y a pas de tiers payeur. Le financement est public et partagé collectivement. C'est la base de notre société de solidarité sociale, c'est la base de notre système, je dirais, de fraternité, M. le Président.

Est-ce que, pour autant, il n'y a pas d'autres types d'assurances? Oui, mais pas duplicatives, complémentaires. On en a tous, comme membres de l'Assemblée nationale, notamment pour tous les services non assurés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Mais nous sommes assurés collectivement par la Régie de l'assurance maladie du Québec et donc nous pouvons, pour tout ce qui est service assuré, utiliser notre carte d'assurance maladie.

Ce principe que réitère le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, il y a de cela un an... Ce n'est pas Mathusalem,

là, M. le Président, c'était en 2005, il y a de cela un an. Et, à maintes reprises d'ailleurs dans le rapport on réitére unanimement ce principe. Par exemple, à la page 141 du rapport, on y lit ceci: *Réviser le niveau de financement actuel: étendre la couverture à de nouveaux services, n'est-ce pas?* Alors, le rapport dit: «Un point à souligner: aucune commission n'a remis en question les valeurs et les principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé. Toutes ont réaffirmé leur appui à un système de santé soutenu par un financement public», public, sans tiers payeur, M. le Président. Et, pour vraiment aller au fond des choses, nous avons commencé à examiner la Loi canadienne sur la santé qui sera évidemment un sujet de nos discussions à l'occasion donc de cette étude du projet de loi n° 33. Alors, on me fait signe, mais j'espère avoir d'autres occasions, M. le Président. Je vous remercie.

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

M. Couillard: Ça fait longtemps que je n'avais pas pris la parole, ça va me faire plaisir de retrouver cet exercice. Évidemment, on ne sera pas surpris de voir que je ne partage pas du tout les opinions émises par notre consocier d'Hochelega-Maisonneuve à plusieurs égards. Elle parle de cheval de Troie, je dirais que ce n'est pas une raison pour jouer les Cassandre et se faire les prophètes de malheur.

D'abord, effectivement, le projet de loi n° 33 et le document de consultation qu'on a déposé sont une réaffirmation d'une confiance dans un système public, effectivement un financement public. D'ailleurs, toute l'économie est basée là-dessus, du projet de loi. Et nulle part n'a-t-on suggéré ou dit que la question de l'assurance avait quelque rapport que ce soit avec l'accessibilité aux soins, qui est prise en charge par beaucoup d'autres actions, dont celles qui sont dans le projet de loi à d'autres chapitres.

Et, lorsque M. Ménard confirme qu'il a une confiance et une foi profonde dans un système de santé à financement public, c'est notre cas également. D'ailleurs, si c'était un manque de foi, comment pourrait-on qualifier les autres provinces canadiennes où il n'y a aucune prohibition de l'assurance privée? Il y a, au sein même du Canada, dans le contexte de la Loi canadienne sur la santé, plusieurs provinces qui n'ont aucune prohibition d'assurance privée duplicative. Il n'y en a pas en pratique, parce que les assureurs n'ont pas jugé opportun ou intéressant d'offrir des produits semblables. Mais il y a des provinces, et elles sont mentionnées d'ailleurs dans le jugement de la Cour suprême, où il n'y a aucune prohibition semblable.

Et en fait l'assurance privée, c'est-à-dire les soins médicaux privés ont été introduits, et c'est là le grand paradoxe, ils ont été introduits largement sous la gouverne du Parti québécois. Toutes les cliniques de médecins non participants, résonance magnétique, chirurgies qu'il y a actuellement où les gens vont payer de l'argent cash pour se faire opérer, ils sont intervenus alors que nos prédécesseurs étaient au gouvernement. Et je les mets constamment au défi — à date, je n'ai pas eu un seul exemple — de me citer une parole ou une action qui ait tenté de limiter leur apparition ou de les empêcher, ça ne s'est jamais produit.

Alors, non seulement, ici, il n'y a pas de retrait par rapport à la foi qu'on a dans un système public de

santé, un système à financement public, mais c'est plutôt réaffirmé, et l'adoption éventuelle de ces articles ne changera strictement rien à ça.

● (23 h 40) ●

Maintenant, pour ce qui est de l'opinion émise sur la question de l'assurance hospitalisation, là, bien sûr, M. le Président, également je suis en désaccord total et on est en désaccord total avec cette interprétation, puisque souvenons-nous que la Cour suprême a invalidé l'article de l'assurance hospitalisation. Donc, actuellement, si on ne réintroduisait pas l'article, il n'y a rien qui empêche quelqu'un d'ouvrir, à Montréal, demain, un hôpital privé pour faire de la chirurgie cardiaque, de la chirurgie vasculaire, de la chirurgie gynécologique, tous les types de pratique. Et il n'y aurait d'abord aucun motif du ministère de refuser un tel permis d'hôpital puisqu'il n'y a pas de prohibition de l'hospitalisation privée. Donc, de dire qu'on ne réintroduit pas la prohibition de l'assurance hospitalisation, c'est faux, on la réintroduit de façon encore plus sévère et encore plus prescriptive que ce qui était le cas auparavant.

Effectivement, dans les centres médicaux spécialisés, on permet de la pratique de chirurgie avec hébergement. D'ailleurs, c'est le même terme qu'on emploie dans l'assurance hospitalisation, mais ça n'a pas non plus de rapport avec l'assurance, puisque les personnes peuvent être opérées actuellement pour des chirurgies de la hanche et des genoux dans ces centres-là, qui vont s'appeler des centres médicaux spécialisés, sans qu'elles aient d'assurance. Et, d'autre part, la liste que nous allons publier des procédures qui peuvent être faites dans ces centres-là également par des médecins non participants sera constituée par la grande majorité de procédures pour lesquelles il n'y a pas d'assurance qui sera permise.

Alors, moi, je crois que... Qu'on nous dise l'alternative. Est-ce que l'alternative souhaitée par l'opposition, c'est qu'on retire cet article-là et qu'on maintienne le vide juridique pour l'assurance hospitalisation? La conséquence de ne pas réintroduire l'article 11 de l'assurance hospitalisation, c'est, demain, dans un mois, dans six mois, d'avoir un hôpital privé. Il y a eu d'ailleurs un article, là, au cours des derniers mois, d'un hôpital privé qui avait des projets d'installation à Montréal. Et on leur a conseillé d'être prudents compte tenu de ce qu'on allait avancer comme changements législatifs. Et de faire ça, ça m'apparaît tout à fait essentiel.

Alors, de dire que c'est une apparence de réintroduction de la prescription ou prohibition de l'assurance hospitalisation, c'est tout simplement faux. Si on avait voulu permettre l'assurance hospitalisation et l'hospitalisation privée, on aurait tout simplement laissé l'article invalide. Parce que rappelons que le résultat du jugement de la Cour suprême, c'est d'invalider deux articles majeurs: l'article 11 de la Loi de l'assurance-hospitalisation et l'article 15 qui actuellement sont inopérants, à moins que le gouvernement n'agisse sur le plan législatif.

Alors, je comprends qu'on peut ne pas être d'accord sur les centres médicaux spécialisés et l'ouverture limitée à l'assurance duplicative qu'on apporte, mais je ne comprends pas qu'on puisse ne pas être d'accord avec la réintroduction de la prohibition de l'assurance hospitalisation, parce que ne pas le faire, ça ouvre la porte vraiment à un régime d'hôpitaux privés parallèle. Qu'on soit complètement en désaccord sur l'assurance duplicative

pour trois procédures, je peux le concevoir, puis on avait vu dès le début que ce serait un point de désaccord entre nous sur le projet de loi. Mais je suis très surpris de voir qu'il n'y a pas un accord pour la réintroduction de cet article-là qui, à mon avis, si ce n'était pas fait, aurait des conséquences très fâcheuses, là, exactement du type de celles que la députée d'Hochelaga-Maisonneuve craint.

Alors, moi, je recommande, M. le Président, que nous réservions l'épisode d'opposition idéologique qui arrivera certainement rapidement dans ce projet de loi là pour l'article où cette opposition se cristallise, qui est l'article prochain sur l'assurance maladie et les procédures choisies. Je ne pense pas que... En fait, si je regarde les discours de l'opposition depuis plusieurs années, normalement le discours de l'opposition devrait les conduire à réadopter cet article-là le plus rapidement possible et je dirais même être sûrs d'avoir enregistré leurs votes pour sa réintroduction avant que les débats parlementaires se prolongent, là.

Le Président (M. Copeman): D'ailleurs, ce n'est pas la première fois, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, que vous utilisez cette analogie avec le cheval de Napoléon, je l'ai entendue déjà...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Le cheval de Napoléon. Et je me suis demandé: Quelle est la couleur du cheval d'Arthur Wellesley, le premier duc de Wellington? Parce que c'est quand même le pendant un peu de Napoléon. On connaît son nom, le nom du cheval du duc de Wellington était Copenhague. Et j'ai trouvé qu'il était de couleur châtain, alors brun, hein? Je ne sais pas si on connaît le nom du cheval de Napoléon, mais on connaît celui du duc Wellington, qui est Copenhague.

M. Couillard: ...la bataille de Waterloo, l'empereur Napoléon, qui était d'ailleurs incommodé par des hémorroïdes, a fait très peu d'équitation. Il s'était déplacé en charrette et il était dans une auberge. Et c'est de là qu'il a suivi les péripéties de la bataille de Waterloo, que d'ailleurs Victor Hugo a immortalisée dans un célèbre poème par la suite, mais c'est tout à fait intéressant. D'ailleurs, il y avait plein d'hôpitaux privés...

Le Président (M. Copeman): Je crois que le maréchal Ney est probablement responsable de la défaite beaucoup plus que l'empereur. Mais en tout cas ce sera pour une autre discussion.

M. Couillard: Ah! Ça, c'est...

Le Président (M. Copeman): ...une autre discussion.

M. Couillard: Il l'a blâmé, c'est sûr. À Sainte-Hélène, il l'a blâmé, mais c'était peut-être un peu mesquin de sa part à ce moment-là, je trouve. Enfin.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'il y a d'autres interventions, sur, ma foi, quel article?

Une voix: 39.

Le Président (M. Copeman): 39. Oui, sur l'article 39.

M. St-André: M. le Président, je vais intervenir à ce stade-ci pour appuyer avec force l'intervention de ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve. Franchement, objectivement, rationnellement, quand on regarde le libellé du nouvel article 11 proposé par le ministre et qui remplace l'article 11, invalidé par la Cour suprême, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, on ne peut pas s'empêcher d'avoir certaines interrogations.

Et, oui, de ce côté-ci, on accorde beaucoup d'importance, beaucoup de crédibilité aux opinions émises par la vice-doyenne de la Faculté de droit de l'Université McGill. C'est une voix qui s'est fait beaucoup entendre depuis que la Cour suprême a rendu son jugement dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis, d'abord pour rappeler, à juste titre à mon avis, la portée réelle de ce jugement-là, l'interprétation qu'il faut en faire. Une de ces interprétations-là, la principale — et nous partageons cette opinion du côté de l'opposition officielle: Il est faux de prétendre que le jugement de la Cour suprême oblige l'Assemblée nationale du Québec ou le gouvernement du Québec à ouvrir à l'assurance privée duplicative.

L'interprétation qu'il faut accorder au jugement de la Cour suprême — et Me Prémont à été la première à le dire de façon, à mon sens, très claire, très éloquente — c'est plutôt, au contraire, que le régime public de santé n'arrive pas à dispenser des services dans des délais raisonnables et que cette obligation-là, elle est faite au gouvernement et à l'État, de dispenser les services dans des délais raisonnables puis que, s'il n'y parvient pas, bien la cour reconnaît que, oui, peut-être que l'assurance privée, dans un tel contexte, c'est peut-être une mesure abusive, mais que, si le gouvernement prend les mesures nécessaires et appropriées pour rendre les services dans des délais médicalement acceptables, médicalement raisonnables, l'interdiction de l'assurance privée est tout à fait, tout à fait appropriée.

J'ai lu aussi, comme ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve, l'interprétation de Me Prémont en ce qui concerne l'article 11 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, l'article qui est actuellement à l'étude devant la commission parlementaire. Moi, je pense qu'on ne peut pas faire autrement que d'être troublé par l'avis et l'opinion émise par Me Prémont.

Effectivement, quand on lit l'article 11, on a l'impression que le gouvernement fait simplement reconduire l'article tel qu'il existait avant l'invalidation de l'article en question par la Cour suprême. Or, d'après Me Prémont, il n'en serait rien. Je pense que c'est important de bien comprendre l'opinion émise par Me Prémont. Je tiens à relire ce que Me Prémont en dit. Alors, Me Prémont s'exprime ainsi: «Pour sa part, l'article 11 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation fait l'objet d'une modification qui pourrait sembler équivaloir à une nouvelle adoption d'interdiction totale, avec une actualisation quant aux régimes d'avantages sociaux — non assurés — également interdits. De plus, le dernier alinéa prévoit des amendes pour toute contravention de 50 000 à 100 000 \$, et du double en cas de récidive. La sévérité de ces amendes est sans commune mesure avec celle qui est actuellement prévue dans l'article 15 de la loi, pour un montant de 100 \$.»

● (23 h 50) ●

Donc, on a même l'impression, quand on lit le nouvel article 11, que l'interdiction de recourir à des assurances privées est encore plus forte que ce qui existait avant. Me Prémont rajoute: «Il faut par contre se méfier des apparences, puisque, comme nous l'avons vu plus haut, le projet de loi n° 33 prévoit l'introduction des CMS dont certaines fonctions seront les mêmes que les fonctions hospitalières en ce qui concerne les chirurgies qui y seront autorisées.»

Là, on doit comprendre de l'interprétation de Me Prémont que ce n'est pas tant le libellé de l'article 11 qui pose problème que l'architecture d'ensemble du projet de loi, qui crée, entre autres, les centres médicaux spécialisés. Puis, les centres médicaux spécialisés, bien on comprend qu'il y a certaines chirurgies qui vont pouvoir y être pratiquées. Il y en a déjà trois qui vont pouvoir y être pratiquées, puis les autres, bien ça, ça va être par règlement du ministre, donc ça, on ne le sait pas. Et puis on comprend évidemment que, pour les chirurgies qui seraient pratiquées dans les centres médicaux spécialisés où exercent des médecins non participants, bien là on va pouvoir prendre des assurances privées duplicatives. Puis c'est là qu'est tout le problème, et c'est ce qu'explique Me Prémont dans l'opinion qu'elle a émise à cet égard-là.

Donc, sous des apparences anodines, il est évident que le projet de loi n° 33, dans son ensemble, pose des balises qui vont permettre de construire, dans un avenir prévisible, un système privé parallèle, au Québec. Et c'est évident que, nous, dans ce sens-là, évidemment, on ne peut pas souscrire à un tel projet de loi qui va constituer en quelque sorte un affaiblissement du régime public de santé au Québec.

Je pense que ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve a illustré de façon très éloquente la distinction qu'il faut faire entre le financement du régime de santé et la livraison de services. Objectivement, il faut reconnaître — puis ça, le ministre l'a dit à plusieurs reprises tout au long de la commission — qu'au Québec la livraison de services, dans la très grande majorité des cas, elle est privée. Effectivement, les médecins, ce sont, au sens de la loi, au sens juridique, des entrepreneurs libres et autonomes. Mais ce sont aussi des médecins participants au régime public, c'est-à-dire que l'essentiel, sinon la totalité de leur rémunération se fait avec les fonds publics, à même nos impôts et nos taxes. Donc, un régime public de santé où il n'y a qu'un seul payeur.

Et c'est d'ailleurs ce régime de santé public que louait le ministre lorsqu'il a signé une opinion en 2002, dans le journal *La Presse*. À juste titre, le ministre à l'époque prétendait, on est moins sûrs aujourd'hui quand on l'écoute, mais le ministre prétendait à l'époque que la meilleure façon d'assurer des services de santé à toute la population, peu importe leur condition économique ou sociale, c'était un régime de santé à payeur unique. Et, aujourd'hui, le ministre, par son projet de loi n° 33, veut introduire l'assurance privée duplicative, donc ce qui veut dire, l'assurance privée duplicative, ça veut dire que quelqu'un va pouvoir prendre une assurance pour un service qui est déjà couvert par le régime de santé, qui est couvert par la carte d'assurance maladie.

Donc, tout ça, en clair, M. le Président, ça veut dire que quelqu'un, avec sa carte de crédit, va pouvoir payer pour obtenir des services de santé, ce qui est une brèche importante quant aux principes qui ont été adoptés,

entre autres, dans la Loi sur l'assurance-hospitalisation, en 1960, et l'assurance maladie, au début des années 1970. Puis on va rappeler que ces législations importantes ont été adoptées par des gouvernements libéraux qui, eux, croyaient dans les valeurs libérales défendues par Claude Ryan. Aujourd'hui, on est obligé de convenir que les gens d'en face s'apprentent à faire rupture avec des valeurs qui ont fait la force de gouvernements libéraux, des gouvernements libéraux de Robert Bourassa, le gouvernement libéral de Jean Lesage, qui, par des législations sur l'assurance maladie et sur l'assurance-hospitalisation, ont grandement amélioré la qualité de vie de toutes les Québécoises et de tous les Québécois.

M. le Président, j'insiste, nous, de ce côté-ci, nous réitérons que la meilleure façon de dispenser des soins de santé à toute la population, quelles que soient leurs conditions économiques ou sociales, quel que soit leur état de santé aussi, c'est un régime public de santé universel accessible à tous les citoyens et à payeur unique, c'est-à-dire à même l'ensemble des impôts et des taxes.

Sur l'article qu'on étudie plus spécifiquement, M. le Président, je pense que c'est important que nos collègues d'en face prennent connaissance de l'opinion qui a été émise par Me Marie-Claude Prémont, Me Prémont qui affirme que les modifications proposées aux deux lois — les deux lois que j'ai mentionnées, la Loi sur l'assurance-hospitalisation et la Loi sur l'assurance maladie — changent de façon significative la structure juridique de l'assurance maladie au Québec.

«D'abord, l'introduction de l'assurance privée duplicative pour certains services de santé couverts par le régime public exige que les lois sur le régime public d'assurance soient, par le fait même, adaptées à la présence de régimes privés duplicatifs — excusez-moi, c'est l'heure tardive, M. le Président. C'est la raison pour laquelle la nouvelle formulation proposée pour l'article 15 de la Loi sur l'assurance maladie et pour l'article 11 — présentement à l'étude — de la Loi sur l'assurance-hospitalisation ne parle plus seulement de l'assurance privée, mais autorise ou interdit également la couverture des mêmes services par les régimes d'avantages sociaux. En effet, l'assurance privée ne devient significative et importante que lorsqu'elle prend la forme collective des régimes d'avantages sociaux, comme cela a été le cas pour l'assurance médicaments, avant même l'introduction en 1997 de l'assurance privée obligatoire avec le régime général d'assurance médicaments du Québec.

«D'autre part, l'histoire de l'instauration de la couverture publique de l'assurance santé au Québec explique la distinction entre les soins hospitaliers, couverts par la Loi sur l'assurance-hospitalisation, et les soins médicaux, couverts par la Loi sur l'assurance maladie. L'introduction de l'assurance maladie privée pour des soins de chirurgie pouvant être pratiqués dans un CMS titulaire d'un permis d'hébergement rend caduque cette distinction. La régulation de services équivalents aux services hospitaliers dans les CMS tomberait désormais sous le coup de la Loi sur l'assurance maladie. Bref — et j'insiste, M. le Président, bref — contrairement aux apparences, la prohibition de l'assurance hospitalisation privée fait également l'objet d'une ouverture partielle, à travers la modification de la Loi sur l'assurance maladie, pour l'ensemble des soins qui seront pratiqués en CMS de médecins non participant.»

J'espère, M. le Président, que nos collègues d'en face vont prendre bonne note des commentaires émis par Marie-Claude Prémont.

Et franchement, M. le Président, devant l'heure tardive, je vous suggérerais d'ajourner nos travaux à demain matin.

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

M. Couillard: J'ai fait quelques recherches sur le duc de Wellington, hein? Il était également le marquis de Douro parce qu'il avait remporté une bataille dans la guerre hispanique contre Napoléon sur la rivière du Douro. Et j'ai trouvé également une référence à son cheval, effectivement, Copenhagen. Lors de la bataille de Waterloo, lorsqu'il a constaté la retraite massive de la garde impériale, il s'est levé, selon le signal convenu, sur les étriers de Copenhagen en agitant son chapeau, donnant ainsi le signal de la charge finale dans le centre des armées françaises. Alors, vous voyez, on a profité de cette commission, si on n'a pas réussi à réintroduire l'assurance hospitalisation malheureusement, et on a réussi au moins à apprendre sur la bataille de Waterloo.

Mme Harel: J'ai une question.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, avant l'ajournement de nos travaux.

Mme Harel: Alors, la question est la suivante: Quand est-ce que le ministre va agiter son chapeau pour la charge finale?

M. Couillard: Bien, ça prend les étriers. Je n'ai pas les étriers.

Le Président (M. Copeman): Compte tenu de l'heure, j'ajourne les travaux de la commission sine die. Merci.

(Fin de la séance à minuit)