

**Le projet de loi n° 34 : une confirmation du
développement d'un réseau de
soins de santé privé parallèle**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ

à la

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi no 34
Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux
spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale**

par le

SECRETARIAT INTERSYNDICAL DES SERVICES PUBLICS - SISP

Le 26 mai 2009



Table des matières

AVANT-PROPOS.....	5
Introduction	7
1. L'« exploitation d'une entreprise » n'emporte pas sa propriété.....	9
2. Les renforcements législatifs au regard des services privés.....	17
3. Les laboratoires d'imagerie médicale : pour une couverture publique et gratuite	25
4. Des mesures d'exception qui mènent à la pratique médicale mixte.....	29
Conclusion : pour des solutions résolument publiques.....	31
Notes.....	33

Avant-propos

5

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP regroupe 300 000 membres, issus de cinq organisations syndicales, la CSQ, la FIQ, le SFPQ, l'APTS et le SPGQ, dont près de 245 000 proviennent des secteurs public, parapublic et péripublic. Le SFPQ représente 43 000 membres, dont 40 000 sont issus de la fonction publique québécoise. La FIQ regroupe 57 000 membres du secteur de la santé. La CSQ représente près de 155 000 membres, dont près de 100 000 oeuvrent au sein des secteurs de l'éducation et de la santé. Quant au SPGQ, il regroupe plus de 19 000 membres de la fonction publique, des sociétés d'État, des réseaux de l'éducation et de la santé du Québec. Pour sa part, l'APTS représente 26 000 travailleuses et travailleurs occupant des postes professionnels ou techniques au sein du réseau public de la santé et des services sociaux.

« Enfin, l'efficacité d'un régime de l'assurance maladie, instrument d'une politique d'investissement massif dans les ressources humaines, serait incontestablement réduite, si le champ d'application en était limité à une fraction de la population. En réalité, la réduction de l'efficacité serait proportionnellement plus forte que la réduction du champ d'application. »

L'assurance maladie, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Volume 1, Gouvernement du Québec, 1967, p 44-45, cité dans Directeurs de santé publique, Le privé dans la santé : un enjeu de santé publique, novembre 2007, p. 7.

Introduction

Les organisations syndicales membres du Secrétariat intersyndical des services publics - SISP ne cachent pas leur attachement au système public de santé et de services sociaux géré et financé publiquement. En cela, elles sont souvent intervenues pour se porter à la défense de sa préservation et aussi de son développement. Même si le système de santé québécois comporte certaines faiblesses en regard de son accessibilité, le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP reste fortement convaincu que les solutions publiques existent et demeurent plus équitables pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population. Lorsque les administrations publiques s'y mettent, elles font la preuve qu'un gain d'efficacité est réalisable en révisant des processus et en favorisant un travail d'équipe qui utilise le potentiel de tous les types de professionnel-le-s du réseau.

Se tourner vers le développement d'un système privé parallèle s'avère toujours un mauvais choix et ne garantit en rien la justice sociale. L'égalité dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux reste une valeur partagée par les organisations que nous représentons.

C'est avec ces convictions que le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP s'est prononcé contre le projet de loi n° 33 en décembre 2006 lequel mettait sur pied les centres médicaux spécialisés - CMS. La création de ces CMS venait institutionnaliser, en quelque sorte, des cliniques privées comme étant des ressources légitimes et courantes pour dispenser des services ambulatoires et hospitaliers à la population. Or, les cliniques ambulatoires publiques telles que proposées lors de réformes antérieures devaient constituer un des créneaux privilégié d'investissement dans le réseau public. Elles ont été abandonnées en raison d'un parti pris envers l'entrepreneuriat privé.

Il est de notoriété publique que la viabilité des CMS ne peut être assurée sans l'autorisation de contracter des assurances privées duplicatives qui permettront à une tranche mieux nantie de la population d'accéder plus rapidement à des services normalement couverts par l'État. D'autres citoyen-ne-s se priveront pour bénéficier des mêmes privilèges. N'était-ce pas ce genre d'iniquités inacceptables qui a conduit le Québec à se doter d'un système public, universel et gratuit à la fin des années 1960? Institutionnaliser une iniquité d'accès, c'est retourner à des valeurs où la capacité de payer des soins de santé prévaut sur les besoins. C'est retourner au moins 40 ans en arrière.

Le faire sans réel débat public va encore plus loin. C'est accorder une primauté, dès le départ, à une vision marchande de la santé. En effet, l'instauration des CMS n'a jamais fait l'objet de véritables débats démocratiques. Le projet de loi n° 33 a été soumis à une consultation très restreinte et il a été adopté sous le bâillon.

De plus, cette loi permettait l'ajout de chirurgies autorisées en CMS par simple règlement du ministre. Ce que le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, Philippe Couillard, s'est empressé de faire l'année suivante en publiant un règlement en douce dont la consultation s'est déroulée pendant les festivités de Noël et du Nouvel An, période peu propice à la vigilance et à l'expression publique!

Ce règlement portait à plus d'une cinquantaine le nombre de chirurgies autorisées en CMS. Y avait-il des délais d'attente à ce point déraisonnables dans tous ces secteurs de soins qui justifiaient une si longue liste? Les chirurgies autorisées se conformaient-elles aux standards de sécurité et de risques chirurgicaux reconnus? Ces chirurgies répondaient-elles aux quatre critères énoncés dans la Loi 33? C'était pourtant là l'esprit du projet de loi n° 33. Le ministre Couillard affirmait alors qu'il n'avait fait qu'avaliser des chirurgies déjà existantes dans le secteur privé. Aurait-il pu, au contraire, les limiter? Bien sûr, mais cela demandait une volonté politique de maintenir le cap sur le développement de services publics. Ce qui n'était pas l'apanage du gouvernement libéral friand de partenariats public-privé - PPP. De l'avis du Secrétariat intersyndical des services publics - SISP, ce dernier règlement contrevient à l'esprit de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Et nous voilà maintenant devant le projet de loi n° 34 qui vient ajouter certains renforcements législatifs à l'entrée en vigueur de la pratique en CMS. Sont-ils suffisants et adéquats pour préserver le système public? L'analyse du Secrétariat intersyndical des services publics - SISP aborde la question sous les angles suivants : l'exploitation et la propriété des centres médicaux spécialisés - CMS; les renforcements législatifs au regard des services privés engendrés par certains aspects du projet de loi, à savoir la réglementation sur les chirurgies extrahospitalières, la sous-traitance dans le secteur privé, la limite de lits imposée aux CMS de médecins non participants et le changement de statut des centres de santé des femmes; puis seront abordées la situation des laboratoires d'imagerie médicale générale et les mesures d'exception qui mènent à la pratique médicale mixte.

1. L'« EXPLOITATION D'UNE ENTREPRISE » N'EMPORTE PAS SA PROPRIÉTÉ

La Loi 33, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives¹, adoptée sous le bâillon en décembre 2006, dont le prétexte était de répondre à l'arrêt Chaoulli, a notamment créé un régime juridique d'exercice d'activités médicales dans des CMS. À cet égard, cette loi traite de l'exploitation d'un CMS par un médecin, une personne morale ou une société. Elle précise qu'un CMS peut être exploité selon deux formes distinctes : par des médecins participants ou par des médecins non participants. Actuellement, 42 cliniques privées sont en opération dans huit régions sociosanitaires du Québec. Elles devront toutes se transformer en CMS et obtenir un permis si elles veulent continuer leurs opérations, tout comme les trois centres de santé des femmes qui pratiquent des avortements.

Quelque deux années plus tard, la Fédération des médecins spécialistes du Québec - FMSQ demandait au gouvernement d'adopter un régime juridique semblable afin que les 96 cliniques de radiologie diagnostique en opération au Québec puissent bénéficier d'un statut juridique équivalent. Sept d'entre elles avaient alors fait l'objet d'un rachat par une compagnie privée étrangère. C'est donc dans cette foulée que le gouvernement du Québec a adopté, en juin 2008, la Loi 95². Tout comme sa jumelle, la Loi 95 prévoyait que « *l'exploitation d'un laboratoire d'imagerie médicale générale ne peut être confiée qu'à un médecin radiologiste, à une personne morale ou à une société contrôlée majoritairement par de tels médecins ou à une association formée exclusivement par de tels médecins.* » Comme dans le cas d'un CMS, un laboratoire d'imagerie médicale générale ne peut être exploité que par des médecins participants ou par des médecins non participants.

Le lecteur attentif l'aura peut-être remarqué, ces deux lois traitent de l'*exploitation* des CMS et des laboratoires d'imagerie médicale générale. Elles n'abordent jamais la véritable question de leur *propriété* bien que cette question ait été le principal motif invoqué par l'ex-ministre Couillard pour faire adopter le projet de loi n° 95. La question de la propriété n'est donc pas abordée; et pour cause. Lors de l'étude détaillée du projet de loi n° 95, le 18 juin 2008, en réponse à une question du critique de l'opposition en matière de santé, le ministre Couillard avait clairement affirmé qu'il n'avait jamais été

question que la propriété des cliniques de radiologie et d'imagerie médicale soit exclusivement entre les mains d'intérêts québécois :

« Mais ce n'est pas ça, le but, ça n'a jamais été ça, le but, là. Le but, c'est que l'exploitation et la prestation des services professionnels, même sur le plan commercial, soit entièrement dans les mains ou en majorité dans les mains d'intérêts de médecins spécialistes québécois. Il n'est pas question de faire autre chose que ça, c'est ce qu'on a fait pour la Loi 33 pour les CMS également [...L]a gestion de l'activité professionnelle doit être faite par des médecins radiologistes québécois. Mais personne n'a d'objection à ce qu'une entreprise, quelle qu'elle soit, qu'elle soit québécoise ou d'autres, soit propriétaire des lieux physiques, en autant que le ... je dirais, le contrôle de l'exploitation de l'activité professionnelle des radiologistes demeure – c'est ce qu'on fait actuellement; demeure – sous le contrôle majoritaire des médecins spécialistes québécois. »³

Ainsi, tant la Loi 33 que la Loi 95 établissent une distinction entre l'exploitation d'une entreprise et la propriété des lieux. Comment cette situation est-elle rendue possible? Au début des années 1990, une importante réforme du Code civil du Québec est intervenue. Cette réforme a notamment consacré la séparation entre l'« exploitation d'une entreprise » et sa « propriété ». En effet, le Code civil dispose maintenant que :

« Constitue l'exploitation d'une entreprise l'exercice, par une ou plusieurs personnes, d'une activité économique organisée, qu'elle soit ou non à caractère commercial, consistant dans la production ou la réalisation de biens, leur administration ou leur aliénation, ou dans la prestation de services. »⁴

Selon les commentaires formulés par le ministre de la Justice lors de l'adoption de cette loi, cet article « introduit une définition de la notion d'entreprise », « laquelle recouvre l'ensemble de ces activités. Ces dernières dépassent donc le cadre des activités commerciales puisqu'elles visent également, entre autres, les activités artisanales, agricoles, professionnelles ou fondées sur la coopération. » La notion d'entreprise qui a été retenue s'inspire du droit civil français.⁵ Le Code civil ne définit pas l'entreprise comme tel; il traite de son

exploitation. La doctrine s'est intéressée à cette question. Selon les auteurs, cinq ou six critères sont généralement retenus pour définir l'exploitation d'une entreprise, soit la poursuite d'un objectif économique déterminé, la présence d'une activité économique organisée - plan d'affaires, la répétition d'actes juridiques habituels, la présence d'une clientèle, d'un achalandage ou d'un marché, la valeur économique attribuable à l'effort de l'entrepreneur⁶. Deux éléments sont importants pour notre propos : la prestation de services constitue l'exploitation d'une entreprise et les professionnels peuvent désormais exploiter une entreprise⁷.

En regard de l'exploitation et de la propriété d'une entreprise, le projet de loi n° 34 n'altère en rien la distinction établie par la Loi 33 et la Loi 95 qui ont permis la création de CMS et de laboratoires d'imagerie médicale générale. Tout au plus, le projet de loi balise-t-il un peu mieux l'exploitation de ces nouveaux lieux de dispensation des services. Mais, d'aucune manière, il ne modifie la dynamique existante mise en place par les projets de loi précités.

1.1 De professionnels à entrepreneurs

Une dizaine d'années après avoir modifié le Code civil du Québec et y avoir introduit l'exploitation d'une entreprise, le gouvernement du Québec faisait subir de profondes modifications au Code des professions. En effet, dès le tournant des années 2000, sous le gouvernement Bouchard, une importante réforme du Code des professions touchait l'ensemble des professionnels québécois. Cette réforme visait, selon ses promoteurs, à « moderniser » le système professionnel québécois comme l'avaient déjà fait plusieurs pays. Parmi les motifs à l'origine de son adoption, figurent la concurrence, la mondialisation et les accords commerciaux⁸. À la faveur de la loi 169, sanctionnée et entrée en vigueur le 21 juin 2001, le gouvernement du Québec autorisait l'exercice professionnel en société en nom collectif à responsabilité limitée et en société par actions⁹.

Le nouveau Code des professions permet donc depuis « *aux membres d'un ordre d'exercer au Québec leurs activités professionnelles au sein d'une société par actions constituée en vertu d'une loi autre qu'une loi du Québec* »¹⁰. Le Code précise « *qu'en matière de responsabilité professionnelle, la loi du Québec s'applique pour toutes les activités professionnelles exercées au Québec par les membres* »¹¹ « *comme si la société avait été constituée sous le régime du présent code* »¹².

Afin de permettre l'exercice professionnel en société en nom collectif à responsabilité limitée ou en société par actions, un règlement doit être adopté par un ordre professionnel pour autoriser ses membres à un tel exercice¹³. Dans le cas des médecins, le *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société* a été publié en 2007¹⁴.

Il faut encore ajouter pour compléter le tableau que le Code des professions du Québec n'exige plus d'un professionnel qu'il réside au Québec pour devenir membre d'un ordre professionnel¹⁵. D'ailleurs, les récentes négociations autour de l'Entente France-Québec viendront donner tout leur sens aux nouvelles catégories de permis créées en 2006, soit notamment le « *permis sur permis* »¹⁶ :

« [U]n ordre pourrait décerner un permis à un professionnel sur présentation, par ce dernier, d'un permis qu'il détient d'un ordre de l'extérieur du Québec. Ce qui veut dire, par exemple, qu'un ordre professionnel qui régit la profession dans une autre province ou un autre État, dont les membres seraient automatiquement admis ici, au Québec, pour la pratique de leur profession. »¹⁷

Les différentes modifications apportées au Code des professions créent une nouvelle dynamique dans le domaine des soins de santé et notamment dans le domaine de la médecine. Elles facilitent la mise en place de cliniques médicales générales et spécialisées et de laboratoires d'imagerie médicale possédés, gérés et/ou exploités totalement ou en partie par des médecins investisseurs, éventuellement membres du Collège des médecins du Québec, mais qui ne résideraient pas au Québec et qui n'y pratiqueraient pas non plus la médecine.

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP est convaincu que le gouvernement a mis en place les instruments nécessaires pour favoriser l'installation de médecins investisseurs au Québec et ce, peu importe les propos rassurants de l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, lors de l'adoption de la Loi 33. Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP ne croit pas que les modifications apportées à l'article 333.2, al. 1 par le projet de loi

n° 34¹⁸ soient de nature à empêcher l'arrivée de médecins investisseurs qui ne résideraient ni ne pratiqueraient au Québec.

Par ailleurs, le régime fédéral des sociétés par actions prévoit que seulement 25% des administrateurs doivent être des résidents canadiens. C'est donc dire que 75% peuvent ne pas être des résidents. En ce sens, les nouvelles dispositions du Code des professions sur l'abolition du lieu de résidence et la création d'une nouvelle catégorie de permis, le « permis sur permis », viennent faciliter l'implantation de cliniques qui pourraient être contrôlées par des intérêts étrangers même si le CMS ou le laboratoire d'imagerie médicale générale est exploité par des membres du Collège des médecins du Québec¹⁹. De plus, comme le pourcentage de la valeur des parts ou des actions n'est pas prévu au projet de loi, il est possible qu'en dépit de la majorité de leurs droits de vote, les membres du Collège des médecins ne détiennent qu'une faible partie de la valeur de l'entreprise.

Par contre, l'amendement apporté par le projet de loi n° 34 à l'article 333.2, al. 2 de la Loi 33 qui exige que les affaires de l'exploitant d'un CMS soient administrées par un conseil d'administration ou un conseil de gestion interne formé en majorité de médecins qui exercent dans le centre, amoindrit cet effet en exigeant qu'une majorité – mais non la totalité – des membres du conseil d'administration ou du conseil de gestion interne exercent leur profession dans le CMS²⁰.

De plus, un autre amendement à ce même article prévoit que les actionnaires ne peuvent, par convention, restreindre le pouvoir des administrateurs²¹. L'effet d'une telle convention serait « *de substituer les actionnaires aux administrateurs* » en regard des droits, des pouvoirs, des devoirs et des responsabilités. « *À la limite, les actionnaires peuvent remplacer complètement les administrateurs* »²². D'ailleurs, il semble bien que cela ait déjà été le cas :

« Avant 2001, l'instrument de la convention unanime était particulièrement utile pour les actionnaires d'une société fédérale qui ne sont pas des « résidents canadiens » au sens de la Loi canadienne sur les sociétés par actions, car il leur permettait de diriger la destinée de la société malgré la présence d'une majorité d'administrateurs qui, eux, devaient nécessairement être des résidents

canadiens. La Loi n'exige dorénavant que la présence de 25% de résidents canadiens sur le conseil d'administration, mais même cette exigence réduite peut être circonvenue par l'entremise de la convention unanime. »²³

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP considère que ces deux amendements constituent des améliorations indispensables à la loi actuelle. Mais sont-ils suffisants? La pratique médicale est en train de basculer indéniablement, voire irrémédiablement dans l'univers marchand. Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP croit que le gouvernement du Québec va bien au-delà de l'esprit et de la lettre du jugement Chaoulli de 2005. Il n'y a d'ailleurs plus aucun lien entre les législations adoptées et les garanties d'accès contenues au Livre blanc de 2006. Comment le gouvernement libéral peut-il justifier une telle dérive?

Toujours dans le même ordre d'idées, l'article 333.2, al. 3 de la Loi 33, prévoit que :

« [L]e producteur ou le distributeur d'un bien ou d'un service relié au domaine de la santé et des services sociaux, autre qu'un médecin visé au premier alinéa, ne peut détenir, directement ou indirectement, d'actions du capital-actions d'une personne morale exploitant un centre médical spécialisé ou de parts d'une société exploitant un tel centre ».

Or, comment définir l'expression « *relié au domaine de la santé et des services sociaux* »? Pour l'Office des professions du Québec, il apparaît assez clairement que les industries opérant dans le domaine pharmaceutique pourraient être considérées comme reliées et seraient cependant exclues. Mais qu'en est-il des entreprises opérant dans le domaine de l'hébergement pour les personnes âgées? Qu'en est-il du domaine du maintien à domicile où les entreprises s'implantent de plus en plus faute d'investissements publics adéquats?

Il est bon de rappeler « *que chacune des juridictions américaines, l'Ontario et l'Alberta, exigent que toutes les actions d'une société par actions professionnelle soient détenues par des membres de cette profession.* »²⁴ Pourquoi le gouvernement du Québec va-t-il aussi loin et permet-il que des actions soient détenues par des personnes autres

que des médecins?²⁵ Malgré les amendements apportés par le projet de loi n° 34 à l'article 333.2 de la Loi 33²⁶, ce dernier ne ferme pas complètement cette possibilité. Serait-ce une façon d'accéder à la demande du Groupe Santé Sedna, représenté par Michel Clair, qui en commission parlementaire sur le Livre blanc sur la Garantie d'accès au printemps 2006, réclamait que les cliniques médicales spécialisées soient la propriété de compagnies²⁷. Nous y reviendrons plus loin.

La société par actions formée en vertu de la Loi canadienne « *peut être prorogée [continué] sous une autre juridiction et éventuellement se fusionner avec une société par actions d'une autre juridiction.* »²⁸ Concrètement, cela signifie que les Lois 33 et 95 autant que le projet de loi n° 34, n'empêchent pas qu'un CMS ou un laboratoire d'imagerie médicale générale puisse être vendu à des intérêts américains ou à tout autre intérêt étranger et ce, dans le meilleur intérêt des investisseurs. D'ailleurs, l'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux Philippe Couillard, à l'occasion de ses remarques finales lors de l'étude détaillée du projet de loi n° 95 avait fait la déclaration suivante :

« [I]l existe des accords de commerce internationaux auxquels le Québec, quel que soit son statut politique, ne se soustraira pas. [...] Je ne crois pas que ce soit un engagement officiel de son parti qu'il [Éric Caire, critique de l'ADQ en matière de santé] vient de nous livrer, il devrait peut-être faire quelques vérifications sur le plan légal, sur le plan des accords de commerce internationaux et avoir une certaine prudence parce qu'il ouvre une porte qui pourrait l'amener dans des profondeurs insoupçonnées. Mais ce qu'il était important de faire aujourd'hui, [...] c'est de protéger, au bénéfice des patients du Québec, le contrôle des pratiques médicales par des médecins spécialistes québécois en édifiant une sorte de séparation claire entre les installations physiques et cette pratique médicale. »²⁹

De plus, le

« Code des professions envisage expressément la possibilité que les actions de la société soient inscrites à une bourse de valeurs mobilières. [...] Si l'ordre ne requiert qu'un contrôle de la société par les professionnels, cela ouvre la porte à l'émission publique

d'actions subalternes (les professionnels conservant un nombre suffisant d'actions multivotantes) ou d'actions non votantes, et à l'inscription de ces actions à la bourse.
»³⁰

Comme le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP l'a évoqué plus haut, en commission parlementaire sur le Livre blanc sur la Garantie d'accès au printemps 2006, le Groupe Santé Sedna, représenté par Michel Clair, réclamait que les cliniques médicales spécialisées soient la propriété de compagnies. Il faisait valoir que, dans l'hypothèse où la propriété des CMS serait confiée aux médecins uniquement, qu' « *une telle approche limiterait considérablement la taille, la nature et la pérennité de projets* »³¹. De toute évidence et en prétendant exactement le contraire, le gouvernement libéral, par la bouche de l'ex-ministre Philippe Couillard, a répondu favorablement à cette demande de l'entreprise privée. D'ailleurs, dans ses remarques finales lors de l'étude détaillée du projet de loi n° 95, Philippe Couillard a admis avoir fait plus que quiconque au Canada pour le développement du secteur privé en santé :

*« Je dirais que, pour ce qui est de l'inclusion du privé au système de santé, notre collègue a vraiment devant lui le gouvernement et même le ministre, je dirais, qui, dans l'histoire du système de santé canadien, a fait le plus pour que ça se fasse et que ça se fasse concrètement, mais selon des principes de prestation privée à payeur public actuellement. »*³²

Cette réforme du Code des professions et du Code civil, conjuguée à la récente adoption des Lois 33 et 95, consacre donc le statut d'investisseurs aux professionnels et notamment aux médecins québécois. Et le projet de loi n° 34 ne modifie en rien cette situation. Tout au plus tente-il d'éviter le pire, et encore.

2. LES RENFORCEMENTS LÉGISLATIFS AU REGARD DES SERVICES PRIVÉS

2.1 Colmater certaines brèches

L'objectif gouvernemental entourant la présentation du projet de loi n° 34 semble être de colmater certaines brèches qu'il a identifiées aux Lois 33 et 95. Ainsi, le projet de loi n° 34 autorise les exploitants d'un CMS à dispenser les seuls services médicaux inscrits à leur permis (projet de loi 34, art. 7, modifiant l'article 333.7 de la Loi 33). Il en est de même, pour les examens de laboratoire, mentionnés à l'article 32 du projet de loi n° 34, et ce, jusqu'à ce que le ministre adopte un règlement pour déterminer les examens qu'il autorisera. Ainsi, le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP note que l'exploitant d'un CMS ne pourra dispenser que les seuls services médicaux nécessaires pour effectuer une chirurgie ou un autre traitement indiqué à son permis. Toutefois, les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux – MSSS nous ont déjà indiqué qu'un CMS pouvait théoriquement demander à ce que tous les services autorisés par la Loi 33 et par ses dispositions réglementaires soient inscrits à son permis même s'il ne les pratique pas au moment de la demande. Il n'est pas exclu que le même principe puisse s'appliquer pour les laboratoires d'imagerie médicale. Cette modification n'empêcherait toutefois pas que des examens inutiles, mais rentables, puissent être pratiqués sur des patients.

De même, la création par le projet de loi n° 34 de l'obligation pour un exploitant de maintenir son contrôle sur l'exploitation du centre, de demeurer propriétaire ou locataire des installations et employeur du personnel qui y œuvre, évitera des dérives possibles après l'obtention d'un permis. Il oblige l'exploitant d'un CMS de s'assurer que les services médicaux dispensés dans son centre respectent les standards de qualité et de sécurité reconnus. Finalement, il crée l'obligation pour l'exploitant d'un CMS de transmettre au ministre et à l'agence de son territoire un rapport annuel de ses activités. Ces renforcements législatifs sont plutôt élémentaires. Toutefois, le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP trouve curieux qu'il faille obliger par voie législative l'exploitant d'un CMS à garantir les standards de qualité et de sécurité reconnus. La recherche du profit par le secteur privé expliquerait-elle cette nécessité? C'est bien

la moindre des choses que les CMS soient tenues de rendre des comptes.

2.2 Règlement sur les chirurgies extrahospitalières

Dans un document publié au milieu des années 1990, le MSSS prévoyait la prise en charge des soins pré et postopératoire au sein même du réseau public de santé. Il s'agissait alors de mettre en place des cliniques ambulatoires publiques en lien avec des centres hospitaliers pour la dispensation de certaines interventions ne nécessitant pas des installations hospitalières complexes. Ce projet visait le maintien de la personne dans son milieu de vie, l'utilisation optimale des lits de soins de courte durée, l'accessibilité accrue à des services chirurgicaux pour une clientèle sélectionnée et la diminution du risque d'infection nosocomiale liée à l'hospitalisation. De plus, les objectifs spécifiques de développement de la chirurgie d'un jour considéraient l'importance du potentiel de substitution observée et des gains possibles en équivalents-lits³³. Cinq projets étaient alors à l'étude dans la région de Montréal : CHUM, CUSM, Lakeshore, Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Cœur. Dès 1998, les programmes fonctionnels et techniques - PFT de ces deux derniers projets étaient d'ailleurs prêts pour la réalisation³⁴. La clinique ambulatoire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a été construite mais n'a jamais reçu le financement nécessaire de telle sorte qu'elle a finalement été utilisée comme clinique externe. Quant au projet de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, il n'a jamais vu le jour. Aujourd'hui, le gouvernement lui a plutôt substitué la sous-traitance des chirurgies d'un jour en CMS comme en fait foi l'appel d'offres de l'établissement sur lequel nous reviendrons.

Un certain nombre des interventions identifiées alors comme pouvant être réalisées dans ces cliniques ambulatoires publiques se retrouvent aujourd'hui dans les dispositions réglementaires et pourront donc être réalisées dans les CMS. À partir d'un projet de centres ambulatoires publics, le gouvernement s'oriente maintenant vers le développement d'un système de santé au profit de l'entreprise privée. Finalement, les Lois 33, 34 et 95 visent toutes les mêmes objectifs : créer des entreprises de services médicaux et impartir une partie des soins de santé publics vers l'entreprise privée.

D'ailleurs, en mars 2009, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal - HSCM lançait un appel d'offres pour des services de chirurgie d'un jour. Le but était de « *convenir d'une entente avec un CMS afin*

d'améliorer l'accessibilité des services de chirurgie d'un jour à ses usagers et ainsi diminuer le délai d'attente aux services de soins ». Cet appel d'offres concerne en réalité l'ensemble des chirurgies extra-hospitalières inscrites au Règlement. Le plateau technique du CMS doit être disponible au minimum deux jours par semaine et potentiellement jusqu'à cinq jours par semaine. Deux soumissionnaires se sont manifestés : le Groupe Opmedic et Rockland MD. Ce contrat, d'une durée de cinq ans, représente une valeur minimale approximative de 4,68 millions de dollars³⁵. Il sera payé à même le budget de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Cet établissement affichait déjà un déficit accumulé de plus de 57 millions de dollars au 31 décembre 2008³⁶.

L'HSCM effectue plus de 10 000 chirurgies d'un jour par année. Quelle portion de ces chirurgies représentent les 51 chirurgies extra-hospitalières autorisées par la loi 33 et son règlement? Quel avantage pour le réseau public devrait survenir du fait que le projet de loi n° 34 transfère le pouvoir réglementaire du ministre au gouvernement? Par ailleurs, les médecins participants devront être assistés de médecins résidents. C'est donc dire que, par ce contrat, la chirurgie d'un jour et la formation des médecins résidents sera transférée au secteur privé. Cette situation est totalement inadmissible.

Pour les organisations syndicales membres du Secrétariat intersyndical des services publics - SISPP, seules les solutions publiques sont garantes de d'équité, de sécurité et de justice sociale afin de répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population québécoise.

Le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés a été publié le 9 juillet 2008³⁷. Il autorise plus d'une cinquantaine de traitements médicaux spécialisés pouvant être dispensés en CMS, en excluant le 3^e paragraphe de l'article 1 qui dit que « *tout autre traitement non mentionné* » peut également être dispensé en CMS. Le projet de loi n° 34, à l'article 34, propose la suppression du 3^e paragraphe du Règlement. Toutefois, l'article 13 du projet de loi n° 34 prévoit qu'un pouvoir réglementaire équivalent sera octroyé au gouvernement en lieu et place du ministre. Pratiquement, est-ce que le transfert du pouvoir réglementaire du ministre au gouvernement garantit une meilleure protection du réseau public de santé? Le projet de loi n° 34 maintient en fait le statu quo. Il s'agit simplement d'une modification purement cosmétique.

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP est donc d'avis que le projet de loi no 34, même s'il colmate certaines brèches, s'inscrit dans la même logique marchande que les Lois 33 et 95. Pour le Secrétariat intersyndical des services publics – SISP, le gouvernement maintient le cap sur le développement d'un système de santé privé parallèle.

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP réclame que le gouvernement renonce à l'application de ces lois et mette le cap sur des solutions publiques.

2.3 Autorisation de sous-traitance par les CMS de médecins non participants

Pour sa part, l'article 6 du projet de loi n° 34 prévoit que les CMS de médecins non participants pourront sous-traiter à une autre ressource privée les services pré et postopératoires. Il est évident que cette modification ouvre la possibilité à toute une constellation de services privés dans le domaine de la santé contribuant ainsi à l'édification d'un système de santé privé parallèle.

Par contre, ce même article stipule que les complications résultant de chirurgies pratiquées dans ces centres spécialisés entièrement privés seront prises en charge par le système public. Alors, non seulement, le projet de loi n° 34 favorise les CMS privés en leur transférant les chirurgies de volume mais en plus, il les décharge de tous les risques pouvant survenir. Le réseau public écoperait non seulement des chirurgies plus lourdes mais également des complications pouvant survenir en CMS et qui pourraient encore alourdir la tâche des centres hospitaliers publics. Le réseau privé lucratif engrangerait subventions, paiements des patients, paiements des assureurs privés et esquiverait toutes les charges financières lourdes même celles qui pourraient résulter d'une mauvaise intervention de leur part.

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP s'accorde avec le concept que la sécurité des patients doit prévaloir et que ceux-ci ont entièrement droit à des soins et des traitements pleinement sécuritaires et de qualité ce que leur garantirait d'ailleurs des centres ambulatoires publics.

Si le gouvernement choisit de leur faire un pont d'or pour les chirurgies lucratives, il devrait aussi leur laisser la charge financière des complications. Que celles-ci soient prises en charge par le système public, il en va du mieux-être des patients. Mais en revanche, le système public n'a pas à payer la facture.

2.4 Limiter les CMS de médecins non participants à cinq lits

Le projet de loi n° 34 propose à l'article 9 de limiter à cinq lits le permis d'un CMS de médecins non participants, c'est-à-dire ayant le droit d'hospitaliser leurs patients. Cette limite constitue certes une avancée par rapport à la situation actuelle. Mais cet article limiterait-il vraiment l'appétit des investisseurs de la santé à construire des modèles d'hôpitaux privés? Certes à première vue cette limite de cinq lits ferme la porte à la construction de projets comme l'hôpital privé au bassin Peel annoncé en février 2008. Il s'agissait en fait de la construction de deux tours de 60 étages comportant un hôpital privé de 24 étages destiné à une clientèle étrangère bien nantie, géré par une entreprise américaine, mais employant des médecins et des infirmières québécois, une gare intermodale, un hôtel de luxe de plus de 500 chambres ainsi qu'un hélicoptère, le tout en bordure du bassin Peel. Un complexe de 2,5 milliards de dollars³⁸.

De l'avis du Secrétariat intersyndical des services publics - SISP, ce n'est pas suffisant. Comme la loi 33 et la loi 95 n'interdisent pas la propriété des CMS et des laboratoires d'imagerie médicale par des investisseurs nationaux ou étrangers, ceux-ci pourront toujours construire de grands complexes pouvant héberger plusieurs CMS différents et leurs sous-contractants de services pré et postopératoires ainsi que des services de réadaptation et de soutien à domicile. Alors, qu'un consortium construise une tour de cinq étages avec 50 lits ou qu'il héberge dix CMS de spécialités différentes

exploitant chacun cinq lits, cela ressemble en tout point à un petit hôpital privé.

Le projet de loi n° 34 n'élimine donc pas les dérives vers un système de santé privé parallèle. Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP ne peut souscrire à un tel démantèlement de notre système public et continue de réclamer que les centres médicaux spécialisés pour la chirurgie ambulatoire soient intégrés entièrement au réseau public et composés de médecins participants.

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP ne peut souscrire à un tel démantèlement de notre système public et continue de réclamer le développement de centres ambulatoires publics.

2.5 Le cas des centres de santé des femmes

Le Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un CMS adopté par le Conseil des ministres en juillet 2008 a établi que les seuls lieux où les avortements seront dorénavant autorisés sont les établissements publics et les CMS. Pour pouvoir continuer à pratiquer des avortements, les centres de santé des femmes devraient donc se convertir en CMS. Cette voie va complètement à l'encontre de leur mission communautaire de santé globale, laquelle inclut bon nombre de services sociaux, et de leur approche moins médicalisée de la santé des femmes.

Les CMS sont des entreprises à but lucratif, sous le contrôle de médecins spécialistes, qui doivent être exploités majoritairement par des médecins investisseurs. Or, depuis une trentaine d'années, des femmes se sont organisées pour offrir des services en matière de santé reproductive qui correspondent à leurs besoins. Ces centres de santé des femmes sont des organismes sans but lucratif, pratiquant une approche alternative en matière de santé reproductive, gérés par un conseil d'administration composé de salariées et d'usagères, qui pratiquent une gestion participative. Les CMS étant des entreprises à but lucratif, on peut facilement s'imaginer que l'éducation et la prévention en matière contraceptive ne seront pas une priorité. Tel que le fait si justement remarquer le Conseil du statut de la femme dans une étude publiée le 8 octobre 2008, « *Quel sort sera réservé à*

l'approche globale en matière de santé des femmes, si la pratique de l'avortement devient le fait du seul CMS? »

Outre ces considérations, c'est l'accessibilité elle-même aux services d'interruption de grossesse qui peut en être affectée, particulièrement en région. Les CMS ne seront pas nécessairement accessibles dans toutes les régions du Québec. Selon l'intérêt manifesté par les médecins spécialistes eux-mêmes et selon la rentabilité escomptée, des CMS pourraient se développer essentiellement dans les milieux urbains comme Montréal et Québec. Le Conseil du statut de la femme révélait dans son étude, qu'en 2006, dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec, le Centre de santé des femmes a réalisé plus de 50 % des interruptions volontaires de grossesse, alors qu'en Outaouais, c'est 98 % des interruptions volontaires de grossesse qui ont été réalisées à la Clinique des femmes de l'Outaouais. Qu'advient-il alors des femmes qui ont accès à l'interruption volontaire de grossesse dans leur région, si la Clinique des femmes de l'Outaouais et le Centre des femmes de Trois-Rivières choisissent de ne pas se convertir et devaient fermer boutique? C'est donc l'accessibilité au service d'interruption volontaire de grossesse, et par le fait même l'autonomie reproductive des femmes, qui est menacée par l'obligation d'offrir ce service dans un CMS.

La gratuité de ces services se trouve également mise en péril puisque qu'elle sera assurée dans les seuls cas où ceux-ci seront offerts par un établissement public ou par un CMS qui a conclu une entente et que la femme y est référée. En l'absence d'une telle entente, ces services ne seront que partiellement couverts. Donc, un nombre important de femmes risque de se voir obligé de payer pour interrompre une grossesse.

Pour toutes ces raisons, le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP appuie la demande de la Fédération du Québec pour le planning des naissances - FQPN d'exclure les trois centres de santé des femmes de l'application la loi 33 et de retirer l'avortement des interventions faisant partie du Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un CMS.

Pour toutes ces raisons, le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP appuie la demande de la Fédération du Québec pour le planning des naissances - FQPN d'exclure les trois centres de santé des femmes de l'application la loi 33 et de retirer l'avortement des interventions faisant partie du Règlement sur

**les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre
médical spécialisé - CMS.**

3. LES LABORATOIRES D'IMAGERIE MÉDICALE : POUR UNE COUVERTURE PUBLIQUE ET GRATUITE

Depuis un certain temps, les pressions du privé sont de plus en plus grandes sur le réseau public et l'imagerie médicale n'y échappe pas. En effet, en juin dernier, le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Dr Gaëtan Barrette, lui-même copropriétaire d'une clinique privée de radiologie, a convaincu le ministre Couillard de légiférer, à la suite d'une offensive d'une multinationale américaine qui visait à acquérir un certain nombre de cliniques privées de radiologie. Le gouvernement a donc adopté le projet de loi n° 95 qui visait entre autres à ce que l'exploitation d'un laboratoire d'imagerie médicale générale ne puisse être confiée qu'à un médecin radiologiste détenant un certificat de spécialiste en radiologie diagnostique délivré par le Collège des médecins.

Par le projet de loi n° 34, l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux, Yves Bolduc, veut appliquer aux cliniques de radiologie privées les mêmes structures corporatives que les CMS. De plus, le permis qui sera accordé à un laboratoire d'imagerie médicale générale devra indiquer quels types d'examen d'imagerie médicale par radiologie ou par résonance magnétique pourront y être effectués. Toutefois, le pouvoir réglementaire de déterminer la liste des examens pouvant être réalisés en clinique privée sera déterminé par le ministre et non le gouvernement comme dans le cas des CMS. Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISPP s'explique mal ce choix et croit que le projet de loi devrait être amendé afin que les types d'examen pratiqués dans les laboratoires d'imagerie médicale soient, tout comme les traitements spécialisés en CMS, déterminés par le gouvernement plutôt que par le ministre.

Mais quel est l'intérêt pour le gouvernement de vouloir encadrer ainsi les laboratoires privés d'imagerie médicale ? Un petit retour en arrière nous permet de bien saisir la volonté gouvernementale de transférer vers le privé plutôt que de faire les investissements nécessaires pour améliorer l'offre publique.

Le 21 janvier dernier, dans le cadre d'une rencontre technique avec les médias, le Dr Michel Bureau, directeur général des services de santé et de la médecine universitaire au MSSS annonçait qu'il

comptait éliminer les listes d'attente en radiologie dans une période de 12 à 18 mois.

Pour ce faire, le MSSS veut mettre en place un « guichet unique » pour diriger les patients où il n'y a pas d'attente. Toutefois, le MSSS n'était pas en mesure d'évaluer les délais d'attente en radiologie sinon que de dire qu'ils sont trop longs. Afin d'être en mesure de régler ces problèmes d'accès, le MSSS annonçait qu'il allait recueillir auprès de l'ensemble des hôpitaux du Québec, les informations quant à leurs listes d'attente en radiologie ainsi que des heures d'accessibilité des services d'imagerie médicale.

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP croit, tout comme le soulignait le Dr Bureau dans son point de presse, que le réseau public est capable de résorber les listes d'attente. Nous ne pouvons qu'être en accord avec le fait que les délais d'attente en radiologie sont bien trop longs et qu'il faut envisager des solutions publiques au problème d'accessibilité. Toutefois, on constate par la même occasion que le MSSS compte utiliser les cliniques privées de radiologie pour résorber les listes d'attente. En effet, d'ici septembre les cliniques privées en radiologie vont obtenir un statut équivalent aux CMS³⁹. Dans le cadre de l'étude des crédits en santé, le Dr Bureau a expliqué que l'objectif poursuivi par le MSSS était « *d'abord que le réseau public offre les services de radiologie et que le service privé soit en complémentarité avec les établissements* ». Pour ce faire, les cliniques d'imagerie médicale seront appelées à faire des ententes avec les groupes de médecine familiale - GMF, les cliniques réseaux et les hôpitaux, et être ouvertes le samedi et le dimanche.

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP ne croit pas que le maillage souhaité par le MSSS entre le public et le privé soit en mesure de régler les délais d'attente pour les examens d'imagerie médicale et de résonance magnétique. D'ailleurs un certain nombre d'études et de rapports démontrent que les délais d'attente au public sont plus longs lorsque cohabitent les secteurs publics et privés en santé. Une étude réalisée en 1998 par l'université du Manitoba suggère que les délais d'attente des patients dont le médecin travaille à la fois au privé et au public sont plus longs que ceux dont le médecin travaille uniquement dans le public⁴⁰. Cela s'explique par le fait que le privé attire hors du réseau public des professionnels de la santé en pénurie, ce qui génère une augmentation des délais d'attente. En effet, quel serait l'intérêt des médecins œuvrant à l'intérieur du réseau public de faire en sorte de diminuer les délais

d'attente si, par la même occasion, ils exploitent une clinique privée qui s'inscrit en complémentarité du réseau public? Pour le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP, poser la question, c'est y répondre.

D'ailleurs, la pratique mixte, qui permet aux radiologistes d'exercer à la fois au public et au privé, est une réalité qui remonte aux années 1970 et qui n'est pas sans poser des problèmes d'accessibilité au point d'inquiéter la Protectrice du citoyen. En effet, dans son allocution au 6^{ième} Congrès sur l'interdisciplinarité le 3 avril 2009, elle observait que les services médicaux spécialisés et plus particulièrement les services d'imagerie médicale où les usager-e-s doivent déboursier une partie ou la totalité des coûts des examens prolifèrent à grande vitesse.

De plus les avancées technologiques qui augmentent considérablement le coût d'acquisition de la technologie font en sorte que les cliniques privées s'équipent plus rapidement que les départements d'imagerie médicale des centres hospitaliers faisant en sorte que ces examens ne sont accessibles qu'à ceux et celles qui ont la capacité de payer. La Protectrice du citoyen y voit un double standard qu'elle définit ainsi :

« En clair, si vous avez la capacité de payer, vous avez votre examen immédiatement. Au contraire, si vous ne pouvez pas payer, vous attendrez. La discrimination selon le revenu est flagrante dans ces cliniques privées de radiologie, maintenant à but lucratif. Cette discrimination est encore plus frappante quand les examens de tacographie ou par résonance magnétique sont prescrits en situation d'urgence. »⁴¹

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP croit fermement qu'il est possible de répondre aux attentes des usager-e-s en termes d'accessibilité et de qualité des services dans la mesure où nous décidons collectivement de faire les choix et les investissements nécessaires. Plusieurs expériences, tant au Québec qu'ailleurs au Canada, permettent de croire qu'il est possible de relever ce défi. L'exemple de la radio-oncologie au Québec et de la résonance magnétique en Alberta nous montre qu'il est possible, avec de la volonté politique, de faire mieux à l'intérieur même du réseau public.

On se souvient tous de cette période au début des années 2000 où, faute d'être en mesure de les soigner dans un délai raisonnable, le MSSS envoyait les patients atteints de cancer nécessitant des traitements de radio-oncologie aux États-Unis afin qu'ils puissent recevoir leur traitement. À cette époque, le temps d'attente pour les traitements de radio-oncologie était de 24 semaines. À la suite de cet épisode malheureux et afin que les patient-e-s n'aient plus à se faire soigner hors-frontière, les technologues en radio-oncologie ont accepté de faire une période intensive de temps supplémentaire; puis, de nouvelles places en formation collégiale ont été ajoutées; et finalement, une réorganisation du travail dans les départements de radio-oncologie a permis d'améliorer les délais d'attente pour le traitement des patient-e-s. Le temps d'attente est maintenant de quatre semaines pour plus de 95% des patients selon les données du MSSS.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la grande majorité des résonances magnétiques en Alberta sont réalisées au sein du système public de santé. Mais ce ne fût pas toujours le cas. En effet, sous le gouvernement Klein en 1993, l'Alberta est devenue la première province canadienne à autoriser les cliniques privées d'imagerie médicale en raison de l'ouverture de cliniques à Calgary et à Edmonton. Et dans les années qui ont suivi, le nombre de cliniques privées n'a cessé d'augmenter. Les coûts des traitements reçus dans ces centres étaient assumés entièrement par les usager-e-s.

En 2000, à la suite des pressions publiques et des avertissements du gouvernement fédéral de violation de la Loi canadienne de la santé liée à l'obligation pour les patient-e-s de payer de leur poche des services de santé médicalement nécessaires, le gouvernement albertain a promis de rembourser tous les examens achetés au secteur privé depuis 1993. Après avoir fait l'acquisition d'un certain nombre d'appareils pour mieux outiller les hôpitaux, la plupart des examens diagnostics sont réalisés dans le réseau public.

La tendance provinciale en Alberta du temps d'attente médian entre le moment de la décision de procéder à l'examen et la date où l'examen a été réalisé est d'ailleurs passée de 63 jours en décembre 2005 à 42 jours en décembre 2008. Durant la même période, les délais pour un examen en tomodensitométrie sont passés de 17 à 14 jours.⁴²

Ces exemples démontrent bien qu'il est possible de pallier aux délais d'attente à l'intérieur même du réseau public. C'est pourquoi le

Secrétariat intersyndical des services publics - SISP estime qu'il faut viser à mettre fin à la pratique mixte et à restaurer la couverture publique et gratuite de tous les examens d'imagerie médicale et de résonance magnétique médicalement requis.

C'est pourquoi le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP estime qu'il faut viser à mettre fin à la pratique mixte et à restaurer la couverture publique et gratuite de tous les examens d'imagerie médicale et de résonance magnétique médicalement requis.

4. DES MESURES D'EXCEPTION QUI MÈNENT À LA PRATIQUE MÉDICALE MIXTE

Parmi les dispositions transitoires et finales du projet de loi n° 34, les articles 30 et 31 autorisent un médecin participant à exercer sa profession dans un CMS de médecins non participants. Bien que cette reconnaissance ne soit pas transférable et qu'elle ne vaille que pour ce médecin et dans ce CMS, elle n'en constitue pas moins un précédent.

De plus, le troisième alinéa de l'article 30 du projet de loi n° 34 se lit comme suit :

« Les services médicaux rendus dans un centre médical spécialisé visé au premier alinéa par un médecin bénéficiant d'une reconnaissance sont réputés, malgré toute disposition inconciliable, être rendus par un médecin non participant au sens de la Loi sur l'assurance maladie. »

Pour le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP, le projet de loi n° 34 légalise la pratique médicale mixte pour certains médecins participants qui exercent déjà dans des CMS de médecins non participants. Il est largement connu que des médecins participants exercent dans des cabinets de médecins non participants mais auprès de patient-e-s ne résidant pas au Québec. Dorénavant, le nouvel article 30 permettra non seulement que des patient-e-s venant

de l'étranger puissent recevoir des soins de médecins participants, mais des patient-e-s québécois-e-s prêts à payer pour ces services le pourront également. De plus, tous les traitements prévus à la loi 33 et à son règlement sont visés par l'article 30. Il s'agit là d'un précédent totalement inacceptable.

Depuis plusieurs années déjà, la mixité de la pratique médicale fait l'objet de débats. Jusqu'ici le gouvernement a résisté aux appels pressants des néo-libéraux qui la réclament d'une manière insistante. Encore récemment l'Institut économique de Montréal revenait à la charge à ce sujet⁴³. L'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, disait que cette voie n'était pas appropriée :

« Quant à la mixité éventuelle de la pratique, on a déjà dit à plusieurs reprises que, nous non plus, on n'y voyait pas d'obstacles fondamentaux en termes philosophiques, mais qu'il y avait des obstacles pratiques actuellement qu'il fallait résoudre. Et je pense qu'un jour peut-être les deux formations politiques se retrouveront sur cette voie ensoleillée où ils pourront partager et mettre en commun des objectifs et des moyens. »⁴⁴

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP considère que ces articles constituent non pas une mesure transitoire mais plutôt une mesure d'exception autorisant certains médecins participants à avoir une pratique médicale mixte au Québec. Combien d'entre eux sont visés par cette mesure? Pour le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP, il s'agit d'un précédent qui pourrait conduire à une application plus large.

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP se prononce donc contre toute mesure ayant pour effet de permettre à des médecins participants de pouvoir exercer à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé.

Conclusion : pour des solutions résolument publiques

31

La défense d'un système public de santé et de services sociaux géré et financé publiquement est au cœur des préoccupations qui lient les organisations membres du Secrétariat intersyndical des services publics - SISP. En effet, malgré les imperfections de notre système de santé actuel, le Secrétariat croit qu'il est possible de mettre de l'avant des solutions publiques pour répondre aux nombreux défis auxquels le réseau de la santé aura à faire face dans les prochaines années. Les centres ambulatoires publics tels que proposés dans le cadre du virage ambulatoire font notamment partie de cette solution publique. Le Secrétariat interprofessionnel des services publics – SISP réitère donc sa recommandation à l'effet que les cliniques ambulatoires publiques telles que proposées lors de réformes antérieures fassent l'objet de réinvestissements publics significatifs du réseau de la santé et des services sociaux et deviennent opérationnels dans les plus brefs délais.

C'est pour cela que dès la présentation du projet de loi n° 33 par le ministre Couillard en 2006, les organisations membres du Secrétariat intersyndical des services publics - SISP s'y étaient opposées. Elles considéraient qu'il s'agissait ni plus ni moins que d'une marchandisation des services de santé et du développement de l'entreprise privée aux dépens du réseau public. L'adoption des dispositions réglementaires découlant de la loi 33 par l'ex-ministre Couillard qui identifiait plus d'une cinquantaine d'actes chirurgicaux qui deviendront le fonds de commerce des CMS et des assureurs privés n'est venue que confirmer le virage marchand entrepris par le gouvernement libéral. Et maintenant avec le projet de loi n° 34, le gouvernement procède à un certain maquillage tout en maintenant la logique de privatisation des soins de santé. La Loi 33, tout comme la Loi 95 et maintenant le projet de loi n° 34 sont donc en flagrante contradiction avec le jugement de la Cour suprême qui ne remettait nullement en question la prestation publique des soins de santé. Ces lois ne peuvent être légitimement invoquées pour répondre au jugement Chaoulli. Ce dernier n'aura représenté qu'une opportunité politique pour le gouvernement libéral.

Le développement d'un réseau de santé privé parallèle va à l'encontre de la justice sociale et de l'égalité dans l'accès aux soins de santé et aux services sociaux, principe qui sont chers à nos organisations.

Pour les organisations syndicales membres du Secrétariat intersyndical des services publics - SISP, seules les solutions publiques sont garantes d'équité, de sécurité et de justice sociale. Elles seules sont susceptibles de répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population québécoise. Durant les années soixante, le Québec a choisi d'assurer à l'ensemble de la population un accès à des soins de santé universels de qualité. Le Québec avait alors fait le choix de la solidarité pour faire face aux problèmes de santé rencontrés par tous les citoyen-ne-s, peu importe leur situation économique.

Le Secrétariat intersyndical des services publics - SISP croit qu'il est temps de réaffirmer ces choix de société tout en cherchant à améliorer et à adapter le réseau public de santé et de services sociaux pour répondre aux défis qui l'attendent. Pour le Secrétariat, les solutions doivent être résolument publiques : développer des centres ambulatoires publics, restaurer la couverture publique et gratuite de tous les examens d'imagerie médicale et de résonance magnétique médicalement requis et maintenir de façon absolue l'étanchéité de la pratique médicale entre les médecins participants et non participants.

¹ L.Q. 2006, c. 43 (ci-après citée Loi 33).

² *Loi modifiant la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres*, L.Q. 2008, c. 28, (ci-après citée Loi 95).

³ Commission des affaires sociales, *Étude détaillée du projet de loi no 95 – Loi modifiant la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres*, Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, Journal des débats, 38^e législature, 1^{ère} session, vol. 40, no 56, 18 juin 2006, 16h20 et 16h30, [En ligne] :

<http://www.assnat.qc.ca/fra/38Legislature1/DEBATS/journal/cas/080618.htm>(page consultée le 19 mai 2009).

⁴ *Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64, art. 1525, al. 3.

⁵ Le Code civil du Québec, *Commentaires du ministre de la Justice*, Tome 1, Louiseville, Publications du Québec, 1993, p. 935-937.

⁶ Pierre J. DALPHOND, « Entreprise et vente d'entreprise en droit civil québécois », *La Revue du Barreau*, automne 1994, tome 54, p. 52 et 53; Patrice VACHON, « La notion d'«entreprise» de l'article 1525 C.c.Q. et son impact sur les transactions immobilières », *Développements récents en droit commercial (1995)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1995, p. 138 et 139 ajoute un sixième critère, soit la combinaison de facteurs humains et de facteurs économiques.

⁷ Pierre J. DALPHOND, op. cit., p. 44 et 45; Patrice VACHON, op. cit., p. 138.

⁸ Office des professions du Québec, *Avis de l'Office des professions du Québec sur la déontologie et l'exercice en société en regard des pratiques commerciales entre les médecins et les pharmaciens*, s.l., Office des professions, 2005, p. 49.

⁹ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives concernant l'exercice des activités professionnelles au sein d'une société*, L.Q. 2001, c. 34, (projet de loi 169). Voir particulièrement le «CHAPITRE VI.3 «EXERCICE DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES AU SEIN D'UNE SOCIÉTÉ EN NOM COLLECTIF À RESPONSABILITÉ LIMITÉE OU D'UNE SOCIÉTÉ PAR ACTIONS », articles 187.11 à 187.20.

¹⁰ Paul MARTEL, « Les sociétés par actions professionnelles », présentation dans le cadre du mini-colloque *L'exercice professionnel en société par actions ou en s.e.n.c. – comment les réglementer*, Barreau du Québec, Service de la formation permanente, novembre 2001, p. 5. Voir L.Q. 2001, c. 34, (projet de loi 169), art. 187.20.

¹¹ Michel PAQUETTE, Office des professions du Québec, « À la recherche du juste équilibre entre l'adaptation aux nouvelles réalités professionnelles et la protection du public », présentation dans le cadre du mini-colloque *L'exercice professionnel en société par actions ou en s.e.n.c. – comment les réglementer*, Barreau du Québec, Service de la formation permanente, novembre 2001, p. 41.

¹² Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art. 187.20, al. 2.

¹³ *Id.*, art. 187.11, par. 1.

¹⁴ *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*, (2007) 139 G.O. II, 1436.

¹⁵ L.Q. 2000, c. 13, art. 4 qui abroge l'article 44: Assemblée nationale, Commission permanente des institutions, Journal des débats, *Étude détaillée du projet de loi no 87*, 16 mai 2000, [En ligne] : http://www.assnat.qc.ca/archives36leg1se/fra/Publications/debats/journal/ci/000516.htm#_Toc498419139 (page consultée le 20 mai 2009).

¹⁶ *Loi modifiant le Code des professions concernant la délivrance de permis*, L.Q. 2006, c. 20, art. 2.

¹⁷ Commission des institutions, Journal des débats, *Étude détaillée du projet de loi no 14*, 37^e législature, 2^e session, vol. 39, no 16, 2 juin 2006, 11h30, [En ligne] : <http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/ci/060602.htm> (page consultée le 20 mai 2009).

¹⁸ *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale*, Projet de loi 34, 1ère session, 39^e législature (Québec), article art. 3, par. 1 qui modifie l'article 333.2, al. 1, (ci-après citée projet de loi no 34).

¹⁹ Paul MARTEL, « Les sociétés par actions professionnelles », op. cit., p. 26 : « la possibilité pour des professionnels étrangers d'être actionnaires de sociétés par actions professionnelles québécoises, directement ou par l'entremise de sociétés par actions professionnelles étrangères; la possibilité pour des sociétés par actions professionnelles étrangères d'exercer des activités au Québec, par l'entremise de professionnels québécois. »

²⁰ Projet de loi no 34, article 3, par. 2. L'amendement se lit comme suit : « Les affaires d'une personne morale ou d'une société qui exploite un centre médical spécialisé doivent être administrées par un conseil d'administration ou un conseil de gestion interne, selon le cas, formé en majorité de médecins qui exercent leur profession dans le centre ».

²¹ *Id.*, article 3, par. 3. Cet amendement se lit comme suit : « Les actionnaires d'une personne morale ou les associés d'une société qui exploite un centre médical spécialisé ne peuvent, par convention, restreindre le pouvoir des administrateurs de cette personne morale ou de cette société. ».

²² Maurice MARTEL et Paul MARTEL, *La compagnie au Québec. Volume 1 : Les aspects juridiques*, Montréal, Éditions Wilson & Lafleur, Martel Ltée, 2009, par. 27-27, p. 27-7.

²³ *Id.*, par. 27-41, p. 27-12.

²⁴ Paul MARTEL, « Les sociétés par actions professionnelles », op. cit., p. 13.

²⁵ *Id.*, p. 14 : « L'ordre doit déterminer aussi s'il veut permettre à d'autres que des professionnels de détenir des actions, votantes ou non, dans la société. La règle dans les autres juridictions est que seuls les professionnels peuvent détenir des actions votantes et que, parfois, seuls eux-mêmes ou des membres de leur famille peuvent détenir des actions non votantes. Rien dans la Loi [Code des professions] n'oblige l'ordre à suivre cet exemple, mais il est convaincant. »

²⁶ Projet de loi no 34, article 3, par. 1.

²⁷ Groupe Santé Sedna, Commission permanente des affaires sociales, Consultation générale sur le document concernant les services de santé intitulé *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficacité et de qualité (6)*, Journal des débats, vol. 39, no 13, 13 avril 2006, 11h00, [En ligne]: http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature2/DEBATS/journal/cas/060413.htm#_Toc139178341 (page consultée le 20 mai 2009).

²⁸ Paul MARTEL, « Les sociétés par actions professionnelles », op. cit., p. 7.

²⁹ Commission des affaires sociales, Étude détaillée du projet de loi no 95 – Loi modifiant la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres, Assemblée nationale, Commission des affaires sociales, Journal des débats, 38^e législature, 1ère session, vol. 40, no 56, 18 juin 2008, 17h00, [En ligne] : <http://www.assnat.qc.ca/fra/38Legislature1/DEBATS/journal/cas/080618.htm> (page consultée le 19 mai 2009).

³⁰ Il s'agit de l'article 94 (p) du Code. Voir Paul MARTEL, « Les sociétés par actions professionnelles », op. cit., p. 16 et 17.

³¹ Groupe Santé Sedna, op. cit., 11h00.

³² Commission des affaires sociales, Étude détaillée du projet de loi no 95, op. cit., 17h00.

³³ Pauline BROSSEAU et Micheline HÉROUX, *La chirurgie d'un jour et son organisation*, s.l., MSSS, 1995, p. 19.

³⁴ Régie régionale de Montréal-Centre, *Les centres ambulatoires de 2^e et 3^e lignes dans le réseau des soins de santé du troisième millénaire, Concept de soins et services ambulatoires hospitaliers*, s.l., La Régie, 1998, p. 5.

³⁵ 2 jours X 52 semaines X 5 ans à raison de 9 000\$ par jour, tel que facturé par Rockland MD pour la durée du projet-pilote.

³⁶ Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, *Des experts sur toute la ligne. Rapport annuel 2007-2008*, s.l., s.é., n.d., p. 47, [En ligne] : http://www.hscm.ca/fileadmin/contenu/pdf/Documents-institutionnels/rapport%20annuel/Rapport_annuel_2007-2008.pdf (page consultée le 21 mai 2009).

³⁷ Arrêté numéro AM 2008-08 du ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 18 juin 2008 concernant le *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, (2008) 140 G.O. II, 4027.

³⁸ Marilyse Hamelin, « Hôpital privé à Griffintown? Méga complexe de 2,5 milliards de dollars », *La Voix Pop*, 16 février 2008, [En ligne] : <http://www.lavoixpop.com/article-183960-Hopital-prive-a-Griffintown.html> (page consultée le 21 mai 2009); Jeanne Corriveau, « Sud-Ouest : projet de deux tours de 60 étages avec hôtel et hôpital », *Le Devoir*, 9 et 10 février 2008, p. A-5.

³⁹ « Liste d'attente en radiologie et longs séjours aux urgences, Québec veut régler le problème dans un an », *La presse*, 22 janvier 2009, p. A-14.

⁴⁰ Centre canadien de politiques alternatives, *Pourquoi attendre, des solutions publiques aux listes d'attente en chirurgie*, Ottawa, Le Centre, novembre 2007, 51 p., [En ligne] : http://www.policyalternatives.ca/documents/National_Office_Pubs/2007/Pourquoi_attendre.pdf (page consultée le 19 mai 2009).

⁴¹ *Collaboration public-privé en santé: quelles assurances pour les citoyens ?*, Allocution de Madame Raymonde Saint-Germain, Protectrice du citoyen devant le 6ième Congrès sur l'interdisciplinarité, Québec, 4 avril 2009.

⁴² Institut canadien d'information en santé (ICIS), *Tableaux sur les temps d'attente - une comparaison par province, 2009*, avril 2009, [En ligne]: http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=download_form_f&cw_sku=WTTABP09FPDF&cw_ctt=1&cw_dform=N (page consultée le 25 mai 2009).

⁴³ IEDM, « Selon une enquête de l'IEDM sur la mixité de la pratique médicale, le Québec se prive de l'équivalent de 790 médecins spécialistes les jours de semaine », communiqué de presse, 22 avril 2009; voir également IEDM, *Médecins spécialistes au Québec : évaluation de l'offre de réserve*, s.l., IEDM, 22 avril 2009, 4 p.

⁴⁴ Étude détaillée du projet de loi no 95, op. cit., 17h00.