



**Confédération
des syndicats nationaux**

Projet de loi n° 34
Loi modifiant diverses dispositions législatives
concernant les centres médicaux spécialisés
et les laboratoires d'imagerie médicale générale

Commentaires de la
Confédération des syndicats nationaux
déposés lors des consultations particulières
de la Commission des affaires sociales

Québec, le 26 mai 2009

Confédération des syndicats nationaux (CSN)
1601, avenue De Lorimier
Montréal (Québec)
Canada H2K 4M5
Téléphone : 514 598-2271
Télécopieur : 514 598-2052
Web : www.csn.qc.ca

Table des matières

<u>Introduction</u>	<u>4</u>
<u>Les problèmes de fond</u>	
<u>et les corrections qui s'imposent</u>	<u>6</u>
<u>Remarques sur les dispositions concernant les centres médicaux spécialisés et les</u>	
<u>laboratoires d'imagerie médicale générale</u>	<u>12</u>
<u>Conclusion</u>	<u>14</u>

Introduction

La CSN regroupe plus de 2 100 syndicats qui représentent plus de 300 000 membres œuvrant dans différents secteurs d'activité et elle est présente dans toutes les régions du Québec.

La CSN apprécie de pouvoir participer à cette consultation sur le projet de loi n° 34 modifiant diverses dispositions concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale. Cependant, nous devons dénoncer encore une fois les délais vraiment extrêmement courts de la convocation à cette consultation compte tenu des importants enjeux de l'encadrement de la pratique médicale hors établissements au Québec. En outre, on conviendra que cette brève consultation hâtive constitue un cadre de délibération bien limité pour informer, éclairer et surtout démêler les nombreux enjeux que soulèvent les services dispensés par les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale : privatisation, désengagement de médecins, pénurie, accessibilité, transparence, assurance maladie duplicative, pour n'en nommer que quelques-uns.

La CSN se porte à la défense du système public de santé et de services sociaux que les Québécoises et les Québécois se sont donné et qu'ils réaffirment toujours vouloir conservé, consolidé et bonifié. Nous faisons campagne à cet égard depuis deux ans et faisons ce travail d'information et d'éclairage des enjeux auprès de nos membres.

Ainsi, la CSN a présenté avec la FTQ l'automne dernier une requête en nullité à la Cour supérieure du Québec pour faire invalider le *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé* (CMS), tant nos deux organisations le jugeaient périlleux à maints égards.

Dans ces commentaires, nous examinons le projet de loi n° 34 à la lumière des visées que nous formulions, avec la FTQ, à la suite de l'annonce, fin janvier 2009, de la révision et du report d'application de ce projet de règlement. Pour nos deux organisations, pas moins de six changements majeurs s'imposent pour faire cesser le dangereux mélange des genres qu'a introduit la loi 33¹ en réponse au jugement Chaoulli². En effet, en traitant dans une seule et même législation, l'ouverture à l'assurance maladie privée duplicative, l'établissement d'une garantie publique d'accès, les traitements médicaux spécialisés autorisés aux CMS et l'encadrement de la qualité et la sécurité de la pratique médicale à l'extérieur des établissements publics, le gouvernement a voulu trop faire à la fois, il a emmêlé les choses. Tant que ce

¹ Projet de loi n° 33, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives

² Bulletin n° 9 de la campagne CSN, printemps 2009

gouvernement ne fera pas la preuve que cet exercice de législation et de réglementation pour encadrer la pratique médicale dans les cliniques, cabinets et laboratoires privés ne mène pas à plus de privatisation, nous ne pourrions être en accord. Pour nous le projet de loi n° 34 entretient le fouillis, tente de concilier l'inconciliable et constitue un cheval de Troie.

Pour sortir du mélange des genres, nos demandes sont donc les suivantes :

1. l'abrogation du règlement sur les traitements autorisés en CMS;
2. le retrait du pouvoir réglementaire prévu à l'article 333.1 de la LSSS;
3. la modification de l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance maladie afin de garantir que tout élargissement de l'assurance privée duplicative se fasse par modification législative plutôt que par simple règlement;
4. la tenue d'un débat public en commission parlementaire sur le type de services chirurgicaux permis en CMS privés;
5. à cette fin, la publication d'un document de consultation faisant état de ce qui se fait actuellement sur le terrain : la nature, la quantité, le coût des services offerts, etc.;
6. l'intensification des efforts de réorganisation des services et du travail de même que l'évaluation de la création de cliniques spécialisées publiques pour améliorer l'accès dans le réseau public.

Nos commentaires comportent deux parties. Dans la première, nous exposerons les problèmes de fond ainsi que nos exigences pour corriger vraiment la trajectoire d'évolution du système public de santé et de services sociaux selon des perspectives conformes aux intérêts collectifs. Dans la seconde, nous formulerons des remarques et une appréciation globale des dispositions proposées concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale.

Les problèmes de fond et les corrections qui s'imposent

D'entrée de jeu, la CSN reconnaît l'importance d'encadrer adéquatement la qualité et la sécurité de la pratique médicale qui s'exercent à l'extérieur des établissements publics au Québec, qu'elle soit le fait des médecins participants ou de ceux qui font le choix d'être non participants³ ou désengagés⁴. Dans le contexte du développement rapide et soutenu des divers soins ambulatoires depuis deux décennies, il est devenu incontournable d'actualiser la régulation visant les cliniques, les centres médicaux et les laboratoires d'imagerie médicale générale comme on l'a fait régulièrement à l'intérieur des établissements publics. Nous admettons d'emblée qu'un balisage s'impose au regard des pratiques médicales qui prévalent à l'extérieur des établissements publics. Cependant, l'élaboration de cet encadrement doit se faire en toute transparence et dans une démarche indépendante, dédiée à cette seule finalité, en évitant absolument tout amalgame possible avec une velléité de privatisation qui viendrait la contaminer.

Alors que la population s'inquiète à raison des problèmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux et que les pénuries de personnel s'aggravent, nous croyons que le gouvernement doit agir pour corriger les problèmes et non pas les aggraver. Nous croyons qu'il revient au gouvernement de démontrer concrètement ses engagements pour assurer la consolidation des services publics et mettre les services médicaux à l'abri de toute marchandisation. Il doit dissiper les dangereux mirages de la privatisation qui imprègnent le projet de loi n° 34.

Pour ce faire, nous réclamons la tenue d'un débat public en commission parlementaire sur les services médicaux spécialisés permis en CMS ainsi que sur l'organisation et la collaboration avec les établissements qui en découlent.

À cet égard, un document de consultation s'avère indispensable pour faire le point sur les pratiques actuelles des cliniques, les cabinets et les laboratoires privés et préciser la nature et les volumes des actes médicaux, les divers effectifs mobilisés, la nature des ententes et des liens établis avec les établissements publics, les conditions d'exercices, de même que le coût des services offerts, etc. En toute équité, cette information devra aussi inclure ce qui se fait dans les cliniques spécialisées publiques et les cliniques médicales affiliées de même que renseigner sur l'évolution du système de gestion de

³ Les médecins non participants exercent en marge du régime public, réclament des tarifs convenus avec le Collège des médecins du Québec et leurs patients ne peuvent se faire rembourser.

⁴ Les médecins désengagés exercent en marge du régime public, réclament les tarifs convenus avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et leurs patients peuvent se faire rembourser par celle-ci.

l'accès et sur les principaux efforts de réorganisation des services et du travail.

En somme, ce document d'information devrait permettre à toute la population de comprendre et participer aux choix afin de soutenir les progrès d'efficience que poursuit le réseau public. Il viendrait démontrer comment le gouvernement et les organismes gouvernementaux tels la CSST et la SAAQ⁵, par leurs diverses politiques, assurent réellement la pérennité des capacités publiques (agences, établissements, équipements, effectifs, organismes-conseils, etc.) pour les générations futures.

Sans cette information, il est impossible d'apprécier l'étendue et l'impact de la gamme de services médicaux spécialisés qu'on s'apprête à confier aux cliniques médicales spécialisées privées.

En effet, l'article 34 du projet de loi vient modifier le règlement adopté en juin 2008 et dont l'entrée en vigueur a été reportée au 30 septembre 2009. Cet article supprime le paragraphe 3^o qui rendait la liste de traitements médicaux spécialisés infinie et indéterminée. On se retrouve donc avec quelque 53 traitements médicaux spécialisés identifiés sans qu'on sache trop sur quoi on s'est basé pour fixer ce nombre.

La CSN estime que la liste de traitements médicaux spécialisés demeure trop vaste et même inquiétante dans le *Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé*, en raison de certaines chirurgies comportant des risques importants.

Dans ses commentaires au MSSS sur le projet de règlement, en décembre 2007, le regroupement Médecins pour l'accès à la santé devenu depuis « Médecins québécois pour le régime public » indiquait : « Le projet de *Règlement* ne spécifie aucunement la sélection des patients qui se doivent d'être à faible risque pour se qualifier pour une chirurgie extrahospitalière. Il est inquiétant de constater que le projet de règlement étend la liste des chirurgies extrahospitalières aux chirurgies de cancer, notamment le cancer du sein (contrairement aux promesses faites par le ministre Couillard lors de la Commission parlementaire) et à des chirurgies abdominales, pelviennes et bariatriques⁶.

À l'instar de ces médecins, nous croyons que seules des chirurgies mineures pour des patients à faible risque devraient être autorisées en cabinets et en cliniques médicales, comme le prescrit le guide d'exercice *La chirurgie en milieu extrahospitalier* (2005) du Collège des médecins, faisant en sorte que

⁵ Ces deux organisations, la CSST et la SAAQ font essentiellement affaire avec des cliniques, cabinets et laboratoires privés. *Le Devoir*, 12 novembre 2008, La CSST, acheteur numéro 1 de soins privés au Québec – Près de 1,5 milliard a été versé au privé en 5 ans.

⁶ Voir <http://www.mgrp.qc.ca/position8.php>

ces chirurgies ne requièrent qu'une courte période d'observation postopératoire, et ce, seulement en s'assurant de la disponibilité rapide de services additionnels en cas d'événements indésirables ou d'accidents. La CSN demande donc que cette disposition du *Règlement* soit corrigée et que l'actualisation de la liste en tienne toujours compte.

Par ailleurs, la CSN s'oppose aussi vigoureusement à la chasse gardée que confère l'article 3 du règlement aux CMS de médecins non participants en matière de chirurgie de la hanche et du genou ainsi que pour tout traitement médical spécialisé dont la durée d'hébergement excède habituellement 24 heures. Cette disposition nous semble déroger au fonctionnement prévu pour mettre en œuvre la garantie de soins élaborée au Livre blanc *Garantir l'accès* de février 2006. Cette garantie, il est utile de le rappeler, doit être assumée d'abord en établissement, puis, s'il le faut, après un certain délai par les cliniques médicales associées (CMA), et enfin, en dernier ressort seulement, par l'entremise d'un CMS de médecins non participants.

À propos de cette mécanique, nous écrivions en 2006 : « Globalement, dans une optique d'efficacité, les garanties d'accès mettent donc le réseau public au défi de mobiliser tous les efforts et moyens pour que chaque personne soit traitée à l'intérieur du délai fixé, sans avoir à recourir à l'extérieur du système public. On constate d'ailleurs, à la lecture du document, que les succès sont au rendez-vous quand les moyens y sont aussi. C'est le cas pour la cardiologie tertiaire et la radio-oncologie pour lesquelles la garantie d'accès proposée est entièrement publique. Nous sommes d'avis que comme les frais globaux des installations privées sont plus élevés, compte tenu de leurs exigences de rentabilité, l'efficacité commande que les garanties d'accès s'appuient sur le réseau public de telle sorte qu'il en soit renforcé et substantiellement amélioré »⁷.

Or le monopole consenti aux CMS de médecins non participants par le projet de loi n° 34 contribue à accentuer le drainage des ressources du public vers le privé dont se préoccupait déjà le ministre Couillard lors de la consultation sur le Livre blanc. « Le problème, disait-il, c'est que ce n'est pas juste un chirurgien que ça prend, puis une opération, c'est des anesthésistes, c'est des infirmières, c'est les inhalothérapeutes, c'est les employés d'entretien. Et souvent le manque de temps opératoire n'est pas dû... en fait, il n'est jamais dû au manque de chirurgiens, il y en a en masse qui attendent d'opérer, il est dû au reste de la chaîne, qui n'est pas en nombre suffisant »⁸.

⁷ Mémoire CSN avril 2006, *Garantir la pérennité du système public des services sociaux et de santé*.

⁸ Assemblée nationale du Québec, Journal des débats, Commission permanente des affaires sociales, 5 avril 2006 – Vol. 39, n° 60.

Aujourd'hui, avec des pénuries de main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux devenues alarmantes⁹ et des désaffiliations de médecins qui prennent une ampleur inédite¹⁰, et qui se font avec une facilité déconcertante¹¹, adopter des mesures venant accentuer le problème n'est vraiment pas une solution. Afin d'aider à corriger ces difficultés, la CSN croit que le gouvernement devrait fournir au réseau public tous les appuis et moyens pour que chaque personne soit traitée à l'intérieur du délai fixé, sans avoir à recourir à l'extérieur du système public. De plus, il doit retirer le monopole consenti aux CMS de médecins non participants en matière de chirurgie de la hanche et du genou ainsi que pour tout traitement médical spécialisé dont la durée d'hébergement excède habituellement 24 heures.

Pour la CSN, le gouvernement ne doit tout simplement pas encourager la création de CMS de médecins non participants et la spirale de privatisation qu'elle induit. Nous ne voulons pas non plus voir se développer un éventuel marché de l'assurance maladie privée duplicative, en parallèle avec le réseau public. Nous l'avons dit et redit. Un système public comme le nôtre est un acquis social d'une richesse inestimable qu'il faut préserver et bonifier encore. Il n'y a aucune de raison justifiant d'encourager la privatisation ou l'assurance maladie duplicative, car les preuves disponibles en démontrent les risques et ceux-ci continuent de s'accumuler¹².

Comme nous l'écrivions encore en 2006 : « Il est illusoire de penser que le recours accru à des cliniques privées, financées par une assurance maladie privée, pourra réduire les temps d'attente dans l'ensemble du système. Avec le transfert de ressources professionnelles vers le secteur privé, il y a fort à parier que le secteur public sera plus déficitaire.

Il est reconnu que les systèmes de santé parallèles au système public favorisent les personnes plus riches ainsi que celles qui sont plus jeunes, en meilleure santé ou qui ont des problèmes de santé moins coûteux à traiter¹³. Ainsi, l'assurance maladie duplicative induit une différenciation dans le choix et la rapidité des soins entre les personnes titulaires d'une assurance privée et celles qui n'en possèdent pas. Il se crée alors un régime à deux vitesses

⁹ Le 16 mai 2009, Il manquerait 950 omnipraticiens et 825 spécialistes selon le Collège des médecins du Québec,

¹⁰ *Le Soleil* 30 avril 2009 : En janvier 2009, 179 médecins sont désaffiliés : 105 omnipraticiens et 74 spécialistes. En 2007, le total était de 113.

¹¹ Sur simple avis écrit à la RAMQ, un médecin peut opter pour le désengagement ou la non-participation, avec prise d'effet le 30^e jour suivant. Pour redevenir participant, sur avis à la Régie, la réintégration prend effet le 8^e jour.

¹² La « marchandisation » du système public de santé britannique (*National Health Service*), du D^{re} Jacky Davis, récemment invitée par les Médecins québécois pour un régime public. 14 mai 2009.

¹³ L'Observateur OCDE, Synthèses, *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, novembre 2004.

dans lequel la rapidité d'accès aux services est déterminée par les moyens financiers des patients, non par leurs besoins »¹⁴.

Malgré ces évidences, nous savons que des pressions s'exercent vigoureusement en ce sens. Certains milieux d'affaires, depuis le jugement Chaoulli, veulent développer l'assurance maladie privée et estiment que les conditions n'y sont pas encore, parce que la Loi 33 s'est limitée aux chirurgies du genou, de la hanche et de la cataracte¹⁵. Ce n'est pas suffisamment étendu pour bâtir des régimes d'assurance. Selon Yves Milette, vice-président pour le Québec de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), il faudrait que l'ouverture soit plus généralisée. « Par exemple », dit-il, « si toutes les chirurgies d'un jour pouvaient être faites en clinique privée, il serait peut-être plus intéressant de créer un produit. Cela ne demande pas d'hospitalisation, ne coûte pas une fortune et la formule est utilisée assez souvent. »

La CSN ne veut pas de cette marchandisation des soins, pas plus que la majorité des Québécois. Comme nous le mentionnions aussi, « les études de l'OCDE¹⁶ démontrent que le développement de régimes d'assurance maladie privés a pour effet d'augmenter les dépenses totales de santé sans toutefois alléger la charge publique. Selon cet organisme international, plusieurs facteurs contribuent à cette situation, entre autres :

- la possession d'assurance maladie privée incite les gens à consommer davantage de soins et de services médicaux, augmentant par le fait même les coûts ;
- les autorités gouvernementales exercent moins de contrôle sur les activités et les prix du secteur privé. Des honoraires plus élevés dans le privé et la recherche de profits contribuent à augmenter les coûts ;
- un système à payeur unique est en meilleure position que les assureurs privés pour négocier les prix et la qualité des soins ;
- les interventions et les cas lourds ne sont généralement pas admissibles et donc pas couverts par l'assurance maladie privée et demeurent aux frais du régime public. C'est ainsi que, contrairement à la croyance populaire, ce dernier ne se trouve pas soulagé. »

¹⁴ Mémoire CSN avril 2006. *Garantir la pérennité du système public des services sociaux et de santé*

¹⁵ *Finance et Investissement*, Vol. 9 No 10 , 1 juin 2008, Assurance maladie : la privatisation écartée- Les assureurs ne peuvent créer un marché d'assurance au compte-gouttes Christian Benoit-Lapointe

¹⁶ L'Observateur OCDE, Synthèses, *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, novembre 2004.

L'actuel projet de loi n° 34 va trop vite en nous demandant d'avaliser une trop vaste gamme de services médicaux spécialisés permis en CMS alors que le réseau public manque de personnel.

Nous demandons plutôt au gouvernement de redoubler ses efforts pour freiner le désengagement des médecins et mettre en place des mesures d'attraction et de rétention pour favoriser la pratique médicale dans les structures des Groupes de médecine familiale et des Réseaux universitaires intégrés de service. Il doit également mettre en place de nouvelles mesures d'attraction et de rétention pour favoriser davantage de délégation et de collaboration avec les infirmières et les autres professionnels de la santé ainsi qu'une pratique médicale plus interdisciplinaire, dans les structures des GMF et des CMA des RUIS.

De plus, compte tenu des risques considérables que représente tout élargissement de l'assurance maladie privée, la CSN réclame également la modification de l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance maladie afin de garantir que tout élargissement de l'assurance privée duplicative se fasse par modification législative plutôt que par simple règlement.

Remarques sur les dispositions concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale

La CSN estime que le projet de loi n° 34 contient plusieurs mesures d'encadrement de la qualité et de la sécurité de la pratique médicale dans les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale qui sont plus restrictives que ce que nous retrouvons dans la loi 33. Voici quelques remarques sur ces mesures.

Le pouvoir réglementaire d'ajouter d'autres actes médicaux aux CMS en sus des 53 autorisés est maintenant transféré du ministre au gouvernement (articles 1 et 13), en conservant au ministre l'obligation de consulter le Collège des médecins du Québec à ce sujet. Pour nous, cette décision devrait plutôt se faire par voie législative à l'Assemblée nationale, car elle nécessite un débat.

Le projet de loi n° 34 précise l'application prévue de trois principes clés de l'encadrement des CMS : d'une part, le principe d'étanchéité ou de non-mixité entre les médecins participants à la Régie de l'assurance maladie (RAMQ) et les non participants; d'autre part, la qualification pour l'obtention d'un permis de pratique, et ce, pour chaque médecin d'un CMS; et enfin, la clarification du statut de services non assurés (par la RAMQ). Ces dispositions du projet de loi convergent pour que la mixité de statut de médecins, dans un même CMS, soit vraiment restreinte de diverses façons (article 30). Elles sont susceptibles d'avoir un impact concret pour refroidir l'exode des médecins hors de la RAMQ alors que plusieurs centres existants recherchaient une grande flexibilité (prévue au défunt projet de loi n° 67 de l'ex-ministre Couillard).

Le projet de loi limite à 5 lits d'hébergement la capacité des CMS de médecins non participants (article 9). Cette disposition rassure quant à l'envergure envisagée des CMS et ferme la porte aux « entrepreneurs un peu prédateurs » dont parlait l'an dernier le Dr Barette¹⁷, toujours à l'affût d'occasions de développement, des gens qui ne cachent pas qu'ils ont l'ambition de se construire des empires avec des cliniques médicales ou des hôpitaux privés.

Les traitements médicaux spécialisés autorisés seront désormais inscrits au permis du CMS (article 7). Un rapport annuel obligatoire des activités du CMS (types et volumes de traitements réalisés, avec quels médecins, ainsi que tout autre renseignement exigé par le ministre) devra aussi être produit

¹⁷ En juin 2008, lors de l'étude en commission parlementaire du projet de loi n° 95 sur l'encadrement des cabinets de radiologie selon le modèle des centres médicaux spécialisés.

(article 8). Ensemble, ces dispositions marquent un net progrès de reddition de comptes, d'autant que le ministre pourra requérir d'autres informations.

Plusieurs autres éléments viennent préciser les modalités de l'encadrement. Ainsi, la structure corporative des CMS et le contrôle clinique de la pratique professionnelle sont mieux définis et resserrés (article 3). On garantit le contrôle de l'encadrement de la qualité et de la sécurité des soins par les médecins spécialistes qui y travaillent. Le directeur médical du CMS doit être un médecin qui y exerce la profession (article 5).

En fait, ces exigences reproduisent le dispositif de la loi 95¹⁸, adoptée en vitesse en juin dernier afin de protéger les cliniques de radiologie des prises de contrôle étrangères. L'accent est mis sur l'encadrement de la qualité des soins, c'est-à-dire des processus et protocoles qui peuvent être contrôlés, avec une reddition de comptes uniforme, et une surveillance des améliorations recommandées lors des visites d'agrément, etc.

La responsabilité de l'information, de l'organisation et du paiement pour tout l'épisode de soins lié à un traitement acheté par un patient en CMS de médecins non participants est réaffirmée et précisée (article 6). Ainsi, le CMS doit offrir, soit directement, soit par entente avec une autre ressource privée, tout service préopératoire (examens diagnostiques, consultations) et postopératoire (incluant visites de suivi, services de réadaptation et services à domicile) lié au traitement, à l'exception des complications. Il confirme également que l'exploitant doit informer le patient de l'ensemble des coûts à assumer pour ces services puisque ceux-ci ne peuvent être assumés par la RAMQ. Lorsqu'il y a des complications, le dispositif prévoit que le patient est recommandé, au besoin, là où les ressources adéquates sont disponibles pour assurer sa sécurité, et ce, sans facturation additionnelle. Cette disposition est appropriée puisque notre régime public reste universel et « couvre » toute la population, y compris celle qui dispose d'une assurance privée duplicative.

Enfin, la CSN apprécie également que les dispositions à l'égard des manquements aux règles soient plus développées (articles 10, 11, 12 et 27).

¹⁸ Projet de loi n° 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. Adopté à l'unanimité le 20 juin 2008.

Conclusion

Comme nous le mentionnions en introduction, en traitant dans une seule et même législation, l'ouverture à l'assurance maladie privée duplicative, l'établissement d'une garantie publique d'accès, les traitements médicaux spécialisés autorisés aux CMS et l'encadrement de la qualité et la sécurité de la pratique médicale à l'extérieur des établissements publics, le gouvernement a voulu trop faire à la fois, il a emmêlé les choses. Tant que ce gouvernement ne fera pas la preuve que cet exercice de législation et de réglementation pour encadrer la pratique médicale dans les cliniques, les cabinets et les laboratoires privés ne mène pas à plus de privatisation, nous ne pourrions être en accord. Pour nous le projet de loi n° 34 entretient le fouillis, tente de concilier l'inconciliable et constitue encore un cheval de Troie.

Nous concluons donc que le projet de loi n° 34 ne doit pas être adopté et que le gouvernement doit prendre le temps de bien faire les choses. Il y a une confiance à rétablir envers la population et il doit cesser de louvoyer quant à ses intentions réelles à l'égard de l'évolution du système public de santé, de la place qu'il donne aux CMS et quant à sa volonté de discuter des choix et de leurs impacts de façon transparente et démocratique avec toute la population.

Ce n'est pas encore le débat public qu'il nous faut. Après des années sans encadrement, on peut bien prendre quelques mois de plus pour faire les vraies discussions. C'est au gouvernement que revient de démontrer comment assurer la vraie consolidation du système public.