



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission permanente
des affaires sociales

Le vendredi 8 mai 1998 — N° 119

Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (5)



Président de l'Assemblée nationale:
M. Jean-Pierre Charbonneau

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêches et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 528-0381

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

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes
Numéro de convention: 0592269

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le vendredi 8 mai 1998

Table des matières

Volet santé et services sociaux	
Discussion générale (suite)	
Construction de centres de soins de longue durée	1
Recours à des services privés pour le lavage du linge personnel	1
Document déposé	1
Programme d'indemnisation des victimes du sang contaminé	
Document déposé	2
Déficit du réseau de la santé	2
Départs à la retraite et dotation des postes	5
Déficit du réseau de la santé (suite)	7
Coupons de taxi	10
Volet Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)	
Discussion générale	
Régime d'assurance-médicaments	
Consolidation du régime	11
Information sur le régime	12
Personnes inscrites	14
Financement du régime	14
Contribution des assurés	15
Choix d'un régime privé	16
Contribution des assurés (suite)	17
Obligation faite à un conjoint d'adhérer au régime privé de l'autre conjoint	17
Suite à donner aux recommandations du Protecteur du citoyen	22
Situation de personnes dans l'incapacité de payer leurs médicaments	24
Liste des services couverts par l'assurance-maladie	25
Utilisation du terme «usager»	28
Liste des services couverts par l'assurance-maladie (suite)	29
Impact du passage à l'an 2000 sur les systèmes informatiques	30
Établissement d'un réseau de télécommunications	31
Résultats des programmes de départ à la retraite	
des médecins omnipraticiens et spécialistes	34
Départs à la retraite et pénurie d'anesthésistes	36
Expérience-pilote d'une carte-santé à microprocesseur	42
Indemnisation des victimes du sang contaminé	44
Quotas imposés aux médecins omnipraticiens et spécialistes	45
Implantation d'une politique concernant les médicaments	47
Adoption de l'ensemble des crédits	47
Remarques finales	48

Table des matières (suite)

Intervenants

M. Rosaire Bertrand, président
Mme Marie Malavoy, présidente suppléante

M. Jean Rochon
M. Pierre Paradis
Mme Michèle Lamquin-Éthier
M. Russell Williams
M. Léandre Dion

- * M. Roger Paquet, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * M. François Mercier, idem
- * M. Robert Tremblay, idem
- * M. Pierre Houde, RAMQ
- * M. Marc St-Pierre, idem
- * M. Guy Simard, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le vendredi 8 mai 1998

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux

(Huit heures trente-huit minutes)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Nous recommençons nos travaux. Est-ce que le quorum est constaté, Mme la secrétaire?

La Secrétaire: Oui, M. le Président, nous avons quorum.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, je vous rappelle le mandat: La commission des affaires sociales est réunie afin d'étudier les crédits budgétaires de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1998-1999. Est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Loïselle (Saint-Henri—Sainte-Anne) sera remplacée par M. Bissonnet (Jeanne-Mance).

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. À moins d'avis contraire, j'ai cru comprendre qu'on n'a pas d'ordre précis pour travailler, on travaille jusqu'à 12 h 30 avant de mettre aux voix, et j'ai cru comprendre qu'il n'y avait pas de remarques préliminaires, si ce n'est, M. le ministre, de nous présenter peut-être les gens qui vous accompagnent.

M. Rochon: Oui, M. le Président. Nous avons avec nous l'équipe de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Je pense qu'il y a une bonne partie de la session, ce matin, qui vise les crédits de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Alors, à ma droite, vous connaissez déjà M. Roger Paquet, qui est responsable de l'équipe de soutien au réseau de la santé et des services sociaux. Je demanderais peut-être à l'équipe... Est-ce qu'ils pourraient s'approcher de la table? Oui, c'est ça. Il y a M. Pierre Houde, qui est le P.D.G. par intérim, M. St-Pierre, M. Corneau, M. Lévesque, M. Simard et Mme Guérette.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, bonjour à tout le monde. Peut-être juste mentionner que la procédure adoptée va être une période de questions ne dépassant pas, autant que possible, 10 minutes, de façon à ce que je puisse permettre un maximum de 10 minutes de réponses, le 20 fameux minutes. Mais pas 20 minutes de questions et 20 minutes de réponses, sinon on pose trois ou quatre questions dans tout l'avant-midi et c'est fini. Je pense que vous êtes des vieux guerriers, tout le monde le sait, de toute façon. Ah, excusez, je ne voulais pas insulter personne!

Des voix: Ha, ha, ha!

● (8 h 40) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Alors, vous êtes prêts à commencer? La première intervention, est-ce qu'elle est de vous, M. le député de Brome-Missisquoi?

Volet santé et services sociaux

Discussion générale (suite)

Construction de centres de soins de longue durée

M. Paradis: Oui. Strictement, une question a été posée au ministre par le député de l'Acadie concernant la construction de centres de longue durée et le ministre s'était engagé à apporter une réponse. Au nom du député de l'Acadie, je resolicite l'information.

M. Rochon: Oui, c'est ça, ça devrait être là, il y avait une couple d'informations du genre, là.

M. Paradis: O.K.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Bourassa.

Recours à des services privés pour le lavage du linge personnel

Mme Lamquin-Éthier: À l'occasion de la dernière rencontre, M. le ministre, nous avons échangé sur la circulaire concernant le lavage du linge personnel, l'ADP, et vous aviez mentionné qu'à votre connaissance il s'agissait principalement d'établissements privés conventionnés qui ne respectaient pas ladite circulaire. Donc, j'ai obtenu, pour votre information, la liste de la requête, amendée en date du 30 juillet 1997, qui a été déposée en Cour supérieure concernant l'autorisation d'intenter un recours collectif, laquelle comprend notamment la liste des 30 établissements publics qui ne respectent pas ladite circulaire et la liste des 44 établissements privés conventionnés qui ne la respectent pas davantage.

Document déposé

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que c'est une liste que vous voulez déposer à nous ou la remettre à M. le ministre?

Mme Lamquin-Éthier: La déposer.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci.

M. Rochon: Bien, on va revérifier, M. le Président. Moi, ce que j'avais comme information, c'était à l'effet

que, après qu'il y ait eu le dépôt de ce recours collectif, qui remonte à combien de temps?

Mme Lamquin-Éthier: Ah, c'est très récent.

M. Rochon: Donc, c'est un deuxième. En tout cas, il y a eu une action collective qui a été prise, qui nous avait emmenés, qui avait emmené le sous-ministre à envoyer une nouvelle lettre, je pense, ou à recommuniquer avec les établissements pour leur rappeler quelle était la directive du ministère à cet égard. Si on a la démonstration que malgré ça il y en a encore des établissements publics qui font ça, on va réintervenir avec encore plus de force. Ils vont finir par comprendre.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Dans le même ordre d'idées, M. le Président, il y avait également des réponses qui devaient être apportées à Mme la députée de Saint-Henri—Sainte-Anne sur le...

M. Rochon: On devrait toutes les avoir, là, les réponses, ce matin, là.

Une voix: Les gens de la Régie sont ici.

M. Rochon: Il y en a combien qui devaient être déposées? Est-ce qu'on peut faire le point à quelle place ils sont?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que quelqu'un a les réponses qu'on doit déposer ce matin, dans les gens qui accompagnent M. le ministre?

M. Rochon: Bon. Alors, il y a des gens ici pour répondre aux questions, M. le Président. Est-ce que vous voulez passer...

M. Paradis: Non, mais il y avait des engagements. Ce matin, ce qui est prévu, compte tenu du scénario construction des travaux, c'est qu'on réserve le maximum de temps à la RAMQ. Maintenant, vous aviez convenu — moi, c'est ma compréhension, je n'étais pas là — de déposer ce matin ce type de questions-là, et on me dit également qu'il y en avait en santé mentale.

M. Rochon: Est-ce qu'on s'attendait à avoir de l'information par écrit ou des gens qui viennent donner l'information?

M. Paradis: Non, non, non, des documents.

M. Rochon: Bon. Les gens avaient compris qu'on emmènerait du monde qui donnerait l'information à la commission.

M. Paradis: Est-ce qu'ils peuvent la documenter et la déposer de façon à sauver le temps, parce que ces gens-là qui ont posé des questions...

M. Rochon: On peut faire ça.

M. Paradis: ...ces gens-là ne sont pas ici aujourd'hui.

M. Rochon: On peut faire ça.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Les questions ont été prises en note, les réponses vont suivre le plus tôt possible. Est-ce que, M. le député de Brome-Missisquoi, vous êtes prêt à commencer? M. le député de Nelligan.

Programme d'indemnisation des victimes du sang contaminé

Document déposé

M. Williams: Oui, juste dans le même esprit de collaboration que le ministre a demandé, est-ce que je peux déposer les chiffres que j'ai utilisés selon mes propres études sur le programme d'indemnisation pour les victimes du sang contaminé? Avec ça, pour aider le débat, je voudrais déposer effectivement les chiffres que j'ai reçus de la Société canadienne d'hémophilie, pour le bénéfice de tous les membres.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci. Ça va? M. le député de Brome-Missisquoi, première intervention.

Déficit du réseau de la santé

M. Paradis: Oui, strictement, M. le Président, reprendre un peu où nous en étions sur ce qu'on appelle les *Réponses aux questions particulières*, à la page 117 du cahier, tome I. Il s'agit de l'état de la situation financière du réseau comme tel. Vous avez un tableau qui apparaît, M. le ministre, qui donne l'état des surplus de déficit, les résultats financiers réels pour 1995-1996, réels pour 1996-1997 et anticipés pour 1997-1998. Les déficits, qui sont, suivant la présentation du ministre, dévolus presque entièrement aux centres hospitaliers, s'élevaient à 54 000 000 \$ en 1995-1996, à 148 000 000 \$ en 1996-1997 et 256 000 000 \$ en 1997-1998. On se rend compte là qu'il y a un accroissement qu'on peut pratiquement qualifier d'alarmant sur le plan de l'endettement de notre secteur de santé.

Est-ce que, compte tenu de la nouvelle approche du ministre des Finances, ces déficits-là apparaissent au déficit du gouvernement du Québec ou ce sont strictement des déficits qui sont portés par le réseau et qui n'apparaissent pas dans le déficit suivant les nouvelles méthodes comptables qui ont été retenues par le ministre des

Finances cette année? On parle au total d'à peu près 450 000 000 \$ pour le réseau hospitalier.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Les chiffres que j'ai à l'esprit — puis, au besoin, j'aurai quelqu'un pour donner des informations plus techniques, si on le souhaite — c'est que le déficit annuel, le déficit pour l'année en cours est de 210 000 000 \$ — si on prend tes chiffres — et le déficit accumulé — tu les as? — est de 360 000 000 \$.

M. Paradis: Annuel, 210 000 000 \$, vous dites, et accumulé?

M. Rochon: 360 000 000 \$. Ça, c'est les chiffres qu'on a.

M. Paradis: Comment on les concilie avec les chiffres que vous nous fournissez ici, à ce moment-là, à la page 117 des *Renseignements* qui nous donne plutôt 256 000 000 \$ pour cette année puis 458 000 000 \$ accumulé?

M. Rochon: Ça, on va vérifier. On va clarifier les chiffres puis je vous réponds après.

M. Paradis: Maintenant, quel que soit le chiffre, il va varier entre 210 000 000 \$ et 256 000 000 \$, et 360 000 000 \$ et 458 000 000 \$ pour l'accumulé. Est-ce qu'il apparaît...

M. Rochon: C'est ça. L'accumulé, ça, ce qu'on a ici, c'est à chaque année, c'est vraiment 360 000 000 \$. Bon. Oui, c'est correct.

M. Paradis: Est-ce que ça apparaît maintenant dans le déficit de la province de Québec quand on parle de l'atteinte du déficit zéro, pour se replacer dans ce contexte-là ou c'est un...

M. Rochon: Non, ce déficit-là apparaît toujours comme il est présenté là, c'est le déficit qui demeure supporté par le réseau. L'augmentation est en majeure partie — mais il y a du travail qui continue à se faire là-dessus — reliée à des coûts qu'ont dû supporter des établissements avec la réorganisation du réseau, le transfert de personnel. Par exemple, la main-d'oeuvre, les employés qui ont la sécurité d'emploi. Et dans les délais que ça a pris pour que les gens soient replacés, il y a eu des périodes de temps où il y a des gens qui étaient payés même s'ils ne travaillaient plus dans l'établissement.

Maintenant, je ne qualifierais pas ça d'alarmant, M. le Président, mais c'est une situation dont il faut s'occuper, là, ce n'est pas quelque chose qu'on peut laisser aller. Le gros de la transformation est fait essentiellement et, dans les années de consolidation qui s'en viennent, ça va devoir comprendre aussi l'établissement des déficits budgétaires.

On sait qu'on a des établissements, de gros établissements qui ont toujours eu des difficultés à maintenir leur équilibre financier.

Maintenant, on a une meilleure compréhension de ça quand on décortique un peu. Sur un peu plus de 400 établissements qu'on a maintenant dans le réseau, ce déficit-là est essentiellement supporté par à peu près 80, 85 établissements, c'est un groupe d'établissements. Si on regarde un peu plus précisément, il y en a à peu près 70 %, je pense, qui sont supportés par 25 établissements et il y en a à peu près 40 % qui sont supportés par huit ou neuf établissements qui sont essentiellement les grands centres universitaires, les CHU, qui sont des établissements où la transformation a été la plus majeure, la plus importante et où les coûts reliés à ça ont été plus importants.

Là, ce qui est en cours présentement avec les établissements et les régies régionales et le ministère, c'est d'établir des plans d'équilibre budgétaire. Pour un bon nombre d'établissements, ça ne semble pas présenter de problèmes sur deux, trois ans, un plan d'équilibre budgétaire, parce que ce n'est pas des montants importants pour chaque établissement. On me dit que ça va être résorbé sans que ça ne pose aucune difficulté.

Pour les huit établissements où le déficit est plus important, là il y a un travail qui se fait, qui est commencé avec chacun de ces établissements-là, pour trouver les moyens de ramener l'équilibre. Alors, ce n'est pas une situation qui est alarmante dans ce sens que ce n'est pas l'ensemble du réseau qui est en déficit, c'est un nombre limité d'établissements. Les causes sont connues. Ce n'est pas relié à de la mauvaise gestion de l'établissement, les causes en sont connues. Les principales causes qui ont causé ça ne sont plus là. La réorganisation est faite ou est après se faire. Par contre, je ne conteste pas que c'est une situation qu'il faut gérer, dont il faut s'occuper. Il ne faut pas s'imaginer que ça va se régler par magie, tout seul.

• (8 h 50) •

M. Paradis: Si on prend la situation qui s'aggrave au lieu de s'améliorer d'année en année — je prends les chiffres que le ministère nous communique; on peut avoir une petite différence mais, au total, ça s'aggrave d'année en année — ça n'apparaît pas au déficit de la province de Québec, c'est quelque chose que le réseau de la santé ou que le ministre de la Santé se doit de régler à l'interne, dans un contexte qui n'est pas facile. On part d'une année où il y a un manque de ressources, je pense que tout le monde s'entend. Cette année — le ministre l'a admis à l'Assemblée nationale comme tel — il y a 158 000 000 \$, si on compte le coût de système, qui n'est pas là, qui sera absorbé en plus du quelque 200 000 000 \$.

On est rendu, pour l'année qui s'en vient, à quelque 350 000 000 \$ en n'améliorant pas les services. Et, si on recoupe ça avec une autre problématique dont on a commencé à discuter la dernière fois, ça peut devenir inquiétant pour et le réseau et les patients.

J'attire l'attention du ministre sur la page 1.

M. Rochon: Du même cahier?

M. Paradis: Du même cahier, M. le ministre, où on parle des personnes qui ont pris leur retraite. Donc, 18 700 personnes ont pris leur retraite. Si on exclut le personnel occasionnel, ces personnes représentent environ 15 700 équivalents temps complet, dans le jargon de la fonction publique. Un bilan provisoire pour l'ensemble des régies régionales indique que, sur ces 15 700 équivalents temps complet, 5 700 postes ont été abolis. Ça fait qu'ils ne réapparaîtront pas cette année. Si on veut être mathématicien, bien, ils ne soigneront pas de monde mais ils ne causeront pas de problème budgétaire.

Donc, 4 700 ont été dotés — donc eux autres font partie de ce qu'on appelle les comptes courants du ministère; ils sont payés régulièrement — et les 5 300 postes restant sont encore en suspens et feront l'objet d'une décision dans un proche avenir.

On part donc d'une situation d'un déficit de 200 000 000 \$ auquel on ajoute un manque de ressources additionnelles de 158 000 000 \$. Ces 5 300 postes-là, en moyenne, c'est des postes à 30 000 \$ par année, à peu près? On parle d'ajouter, à ce moment-là, un autre 160 000 000 \$. Et ça, on n'a pas amélioré les services de santé à la population du Québec.

Est-ce que vous avez des projections qui nous indiquent que cette année... Moi, tout ce que je peux lire, c'est: «Pour répondre à cette problématique, le ministre, en collaboration avec les régies régionales, a entrepris une démarche structurée et proactive du redressement du réseau financier. Cette démarche comporte l'élaboration et l'implantation, dès qu'ils sont prêts — ça veut dire qu'ils ne sont pas prêts — de plans d'action pluriannuels de redressement financier en distinguant des autres établissements, les centres universitaires et les instituts, une vision globale, etc.»

On part d'une situation de 200 000 000 \$ minimums déficitaire cette année, 158 000 000 \$ de manque à gagner — quelque 350 000 000 \$ — et si ces postes-là sont dotés, les services de paie devront être effectués et on parle d'un autre 150 000 000 \$, à moins que ce ne soit pas des postes à 30 000 \$ par année, que ce soit meilleur marché. On s'en va où?

M. Rochon: Si ça se passe comme ça, je ne sais pas où on s'en va là. Non, écoutez, la question d'abord de la situation qui s'aggrave à chaque année, je pense que la réalité est différente. Il y a eu, à chaque année, une augmentation du déficit qui est supportée par le réseau. Il faut dire que l'essentiel des coûts de la transformation a été pris sur la dette publique. Le dernier budget était clair là-dessus.

M. Paradis: Parce qu'on parle de paiements sur 16 ans là.

M. Rochon: Oui.

M. Paradis: Par le ministère des Finances.

M. Rochon: Oui, oui, c'est ça, ce qui a été pris...

M. Paradis: Il n'est pas dans le dernier budget. C'est-à-dire qu'il est spécifié dans le dernier budget qu'on en a pour 16 ans à payer.

M. Rochon: C'est ça. Une capitalisation de ces coûts-là, oui, comme toute réorganisation du genre se fait dans n'importe quel gouvernement ou entreprise privée, je pense. C'est sûr que pendant les trois années...

M. Paradis: Je m'excuse, M. le ministre, 16 ans, il n'y a pas une entreprise privée qui est allée à ça, à moins que vous pouviez m'en citer une.

M. Rochon: Je ne sais pas. En tout cas, si on veut discuter ça, je pense que je vous inviterais à discuter ça avec le ministre des Finances, il connaît ça pas mal mieux que moi. Bon.

Pendant les trois années de la transformation, c'est bien sûr qu'à mesure qu'on a avancé dans la transformation, c'est là que les coûts de système se sont fait sentir, c'est-à-dire les coûts de transition, et c'est ces trois années-là qui ont amené une augmentation. Maintenant, ce sur quoi je vais être très clair, ce n'est pas une courbe qui est partie pour continuer comme ça indéfiniment. Avec les plans d'équilibre budgétaire qui vont se mettre en place, l'essentiel de la transition est terminé. C'est une courbe qui va faire son plafond puis qui va recommencer à baisser au cours des prochaines années.

M. Paradis: Si je suis la courbe du ministre, à ce moment-là... J'essaie juste de comprendre. Moi, la courbe, je la voyais aller comme ça. Le ministre me dit: Inquiétez-vous pas, elle a atteint son sommet, puis...

M. Rochon: Elle devrait commencer à faire son plateau avec cette année.

M. Paradis: Si c'est le cas, ça veut dire que vous allez retrancher encore d'autres ressources du système parce que pour...

M. Rochon: Non, non. J'arrive à ça. Bon. Maintenant, le 210 000 000 \$ de déficit actuel, qui est récurrent, ça ne sera pas remboursé au complet cette année. Bon. C'est ça. Donc, les prévisions sont d'en faire une portion cette année — je pense qu'on parle peut-être d'une quarantaine de millions par le réseau; vu qu'on a encore un coût de système à absorber, il y a une portion qui va être faite — et ça va se résorber sur les... Je pense qu'on voit un horizon de trois à cinq ans pour que le 210 000 000 \$ soit résorbé complètement. Alors, sur le...

M. Paradis: Oui, mais dans la vraie vie, M. le ministre, là...

M. Rochon: Non, mais laissez-moi finir.

M. Paradis: O.K.

M. Rochon: Je vais repasser exactement le tracé que vous avez fait pour donner l'information comme on la voit. Alors, sur le 150 000 000 \$ de coût de système qui reste encore à absorber, il y a un effort qui va être demandé aux différents établissements, mais ça, c'est réparti sur 80 établissements, d'aller chercher un 40 000 000 \$ sur le 210 000 000 \$ du déficit récurrent.

M. Paradis: M. le ministre, je m'excuse. Le 210 000 000 \$, ça, c'est l'annuel.

M. Rochon: Oui, oui. C'est ça.

M. Paradis: Les déficits des années passées sont encore là. Vous devriez au moins — si je prends votre chiffre, moi, j'ai dit 458 000 000 \$, vous, vous dites 360 000 000 \$, on va réconcilier — nous parler du 360 000 000 \$ qui va être à repayer, parce que vous ne pouvez pas oublier les années passées. Ce sont vos déficits aussi.

M. Rochon: Oui, mais dans le 360 000 000 \$, ça comprend le déficit... c'est l'accumulé. Le 210 000 000 \$ est là-dedans, on comprend bien.

M. Paradis: Oui. O.K. C'est ça. Mais on parle du 360 000 000 \$ qui a un plan...

M. Rochon: C'est ça. Oui, oui. Alors, si on prend 40 000 000 \$ sur le récurrent, ça fait 40 000 000 \$ aussi sur 360 000 000 \$ qui est l'accumulé.

M. Paradis: O.K.

M. Rochon: Bon. O.K. C'est comme les poupées russes, ça, ça s'emboîte.

M. Paradis: Oui. Puis vous en emboîtez une plus grosse à chaque année. Ha, ha, ha!

M. Rochon: C'est ça. Ha, ha, ha! O.K. Donc, l'effort à cet égard-là, c'est 150 000 000 \$ plus 40 000 000 \$, cette année, qu'on vise et non pas 150 000 000 \$ plus 210 000 000 \$, parce qu'on ne va pas demander aux établissements de résorber, en faisant leur équilibre financier, dans une seule année 200 000 000 \$. On comprend...

M. Paradis: Ce que vous nous dites, autrement dit, c'est qu'il n'y aura pas de déficit l'an prochain. On part d'une situation, suivant vos propos en commission parlementaire, M. le ministre, où les centres hospitaliers vont équilibrer leurs budgets cette année et, en plus, ils vont absorber la coupure de 158 000 000 \$, plus ils vont repayer 40 000 000 \$. C'est ça que vous dites?

M. Rochon: C'est-à-dire que dans le déficit récurrent on vise à aller en résorber 40 000 000 \$.

M. Paradis: Puis ne pas en ajouter, là.

(Consultation)

M. Rochon: O.K. Bon. Alors, il faut clarifier les chiffres. Le déficit récurrent, on dit qu'il est de 200 000 000 \$. Il y a à peu près 40 000 000 \$ qu'on veut résorber cette année, donc il va rester à peu près 160 000 000 \$, 170 000 000 \$. Mais oui. Le déficit annuel récurrent, il est de 210 000 000 \$. Si on ne fait rien, il va se rajouter un autre déficit de 200 000 000 \$. O.K.?

M. Paradis: O.K. Un autre 210 000 000 \$ l'année prochaine. O.K. Ça va.

M. Rochon: Si on en résorbe 40 000 000 \$, bien, il va en rester 170 000 000 \$ ou 160 000 000 \$ de déficit qui va être fait en année en cours.

M. Paradis: Ça fait que si on additionne le 140 000 000 \$, l'an prochain on est rendu à 500 000 000 \$.

M. Rochon: C'est ça, de déficit accumulé.

M. Paradis: O.K.

● (9 heures) ●

M. Rochon: Bon. Donc, le plan, c'est d'avoir, pour les établissements où le déficit est moins important... Pour l'établissement, le projet, c'est d'avoir un programme de résorption d'équilibre budgétaire sur autour de trois ans ou entre trois et cinq ans, selon l'importance du déficit, pour ne pas que ça affecte les activités de l'hôpital. Où c'est plus important, bien, ça pourra être un peu échelonné. Bien, c'est ce sur quoi le monde travaille actuellement.

Départs à la retraite et dotation des postes

Bon. Maintenant, la relation avec les postes. Le programme qui a été offert, c'est un programme volontaire. Il est parti effectivement plus de monde que ce qu'était l'objectif visé. On se rappellera que l'objectif qui avait été donné au secteur de la santé et des services sociaux était d'abolir 7 000 postes. Ça, ça a été corrigé après...

M. Paradis: Corrigé, doublé.

M. Rochon: ... quand on a vu que tout le monde a compris que ce n'était pas faisable, ça.

M. Paradis: Doublé.

M. Rochon: Non, non, non. L'objectif de 7 000 a été ramené à 3 000. Donc, c'est ça qu'il y a à faire, parce qu'il y avait déjà eu dans le réseau de la santé un premier programme de départs assistés, mais qui était ciblé, celui-là, qui était vraiment dans les établissements qui étaient fermés...

M. Paradis: Juste une petite précision. À ce moment-là, M. le ministre, comment vous expliquez les 5 700, et ce sont les chiffres du ministère...

M. Rochon: J'y arrive, là.

M. Paradis: O.K., postes abolis.

M. Rochon: C'est ça. Alors, dans les 15 700 qui sont partis, il y a eu 5 700 postes abolis. Il y en avait là-dedans qui étaient... Dans le premier programme qui a été fait, il y avait déjà d'identifiés 3 000 postes. Même s'il n'y avait pas eu le grand programme de départs qui a été fait au gouvernement, il y en avait à peu près 3 000...

M. Paradis: Abolis.

M. Rochon: ...qui devaient être abolis, qui étaient l'objectif de la transformation telle qu'engagée au début.

M. Paradis: Sans la mesure horizontale gouvernementale.

M. Rochon: C'est ça. Voilà. O.K. La mesure horizontale gouvernementale est venue s'ajouter à ça. Il y a donc dans ces 5 700 postes 2 700 qui sont partis de la mesure gouvernementale. De ceux qui sont partis, il y en a, par contre, 4 700, eux autres, qui ont été redotés immédiatement. Les 5 300 restants, il faut bien comprendre qu'il y a des gens qui occupent ces postes-là présentement. Les services sont rendus, là. Ce n'est pas 5 300 postes vides, là.

M. Paradis: Combien sur ces postes-là à peu près là que... Parce qu'on sait qu'il y a des hôpitaux qui, pour atteindre leur objectif cette année, n'ont pas redoté, n'ont pas remis des gens en place, etc.

M. Rochon: C'est ça.

M. Paradis: Il y en a combien là qui sont vraiment partis? On «parle-tu» des 5 700 puis c'est seulement ceux-là qui sont partis, puis les autres, 5 300, sont en poste présentement, mais ils n'ont pas encore été dotés comme tels?

M. Rochon: C'est ça, c'est des gens qui sont là, mais la décision n'a pas été prise au moment où on se parle: Est-ce que c'est un poste qu'on va garder et la personne qui est là deviendra régulière sur le poste ou si c'est un poste qui sera aboli?

M. Paradis: O.K. À partir de ce moment-là, dans vos objectifs, parce qu'on sait que le personnel en santé, c'est au moins 80 % de ce qu'on appelle...

M. Rochon: À peu près, du budget.

M. Paradis: ...du budget comme tel... À partir des contraintes financières qu'on retrouve à la page 117, parce

qu'on tente de comprendre la page 1 avec la page 117, on dit: Le ministre a un ambitieux plan de couper 158 000 000 \$ cette année dans le fonctionnement, de diminuer le déficit annuel...

M. Rochon: D'à peu près 40 000 000 \$.

M. Paradis: ...d'une quarantaine de millions. Est-ce que vos gestionnaires ont d'autres choix que de jouer là-dedans, là?

M. Rochon: Non. Maintenant, pour finir ça, je vais me rendre au bout. Sur les 5 300 postes, la grande, grande majorité, ce qu'on sait maintenant, vont être dotés.

M. Paradis: O.K.

M. Rochon: Ils vont être dotés. Je pense qu'on peut dire qu'au maximum de ces 5 300 postes-là qui seront abolis, c'est à peu près 1 000 maximum.

M. Paradis: Qui s'ajoutent aux 5 700, pour un total de 6 700.

M. Rochon: C'est ça. Puis, là-dessus, en ayant un 3 000 qui était déjà prévu avant que le gouvernement lance son opération. On se comprend bien.

Maintenant, la règle qu'on s'est donnée, par exemple, M. le Président, c'est que là on vise possiblement jusqu'à 1 000 postes sur les 5 300. Mais là on a une règle très claire là-dedans, c'est qu'il ne faut pas que les services aux patients soient affectés. On ne fermera pas de postes si ça affecte. Si ça veut dire qu'on ne peut pas se rendre à 1 000, bien, on ne se rendra pas à 1 000. Ça, c'est clair. On a comme objectif... d'après les prévisions qu'on a, on pense que, essentiellement, avec le personnel des différents secteurs de services de soutien et avec la mise en place des réorganisations qui sont en cours, soit au niveau des services d'alimentation, d'entretien ou de buanderie, il y a le potentiel là pour que des postes soient diminués avec la réorganisation de ces services-là. Mais ça, ça ne vise pas les secteurs cliniques, à moins que la réorganisation, la réingénierie des équipes multidisciplinaires amène que des équipes peuvent fonctionner avec une configuration différente de leurs postes, ce qui fait que la main-d'oeuvre peut coûter moins cher. Mais le mot d'ordre est très clair: il ne faut pas que les services directs aux patients dans n'importe quel établissement soient affectés par des postes qui seraient abolis. C'est strictement le secteur des services de soutien qui est visé et qui est visé par des réorganisations. Et ça, ce n'est pas d'hier, là. Moi, quand je suis arrivé au ministère — ah non! — quand je suis arrivé au ministère, le gouvernement précédent avait déjà même commencé, avait mis en marche des études, soit faites par le ministère ou par des firmes de consultants...

M. Paradis: Le rapport Rochon.

M. Rochon: Non, ça, ça avait été fait après ça, après ça, dans les années quatre-vingt-dix. Parce qu'il a

continué à se faire des choses quand même après le rapport Rochon. Il y avait déjà des études sur la table, il y en avait trois majeures qui visaient l'alimentation, les buanderies et les services d'entretien ménager. Et c'est en discussion depuis ce temps-là avec les syndicats. Dans certains endroits, ça a été mis en place. Je pense que le dernier, le plus récent, ce n'est pas dans l'Outaouais?

Une voix: Il y a un projet dans l'Outaouais, dans la région du Pontiac.

M. Rochon: Il y a un projet d'une réorganisation majeure là, avec les syndicats, qui est en train de se faire. Alors, c'est pour ça que, pour les services cliniques, l'impact que pouvaient avoir la réorganisation puis la diminution du personnel, ça, je pense qu'on peut dire que c'est une opération finie, parce que le personnel qui est parti, c'est essentiellement avec les établissements qui ont été fermés ou dans des cas d'établissements...

M. Paradis: Là, je veux bien comprendre, M. le ministre.

M. Rochon: Oui, oui.

M. Paradis: Vous dites que c'est une opération qui est finie, mais vous dites qu'il y a 1 000 postes à risque.

M. Rochon: Dans les services de soutien, essentiellement.

M. Paradis: Strictement dans les services de soutien? Pas ailleurs?

M. Rochon: C'est-à-dire, s'il y a des postes cliniques qui partent, c'est parce qu'il y a des réorganisations faites pour continuer à donner les services autrement, ce qui fait qu'on peut le faire avec moins de postes ou avec des postes différents, ce qui fait que c'est du personnel qui coûte moins cher.

M. Paradis: O.K., 1 000 postes dans l'ensemble du réseau, en priorisant les services qu'on appelle périphériques plutôt que les services cliniques. C'est ça qu'on comprend?

M. Rochon: Oui, puis plus qu'en priorisant. Le mot d'ordre est clair: il ne faut pas que les services cliniques, les services directs aux patients — peu importe comment on veut les appeler — soient affectés. Il n'est pas question d'enlever des postes cliniques pour faire une économie. Les économies vont se faire dans les services qu'on appelle les services de soutien.

M. Paradis: Pour qu'on se comprenne bien, 158 000 000 \$ de coût de système à absorber, 40 000 000 \$ de déficit en moins...

M. Rochon: C'est ça.

M. Paradis: ...qui est visé, une partie pour le remboursement du déficit accumulé aussi? Est-ce que je dois additionner ça aussi?

M. Rochon: Non, non, non.

M. Paradis: Non? O.K. Donc, j'additionne 158 000 000 \$ et 40 000 000 \$: disons, pour faire un chiffre rond, 200 000 000 \$ de moins d'argent cette année dans le secteur de la santé pour donner des services aux patients, alors qu'on part d'un système qui est déjà, suivant l'ensemble des analystes, passablement à bout de souffle. Ce n'est pas très rassurant.

M. Rochon: Alors, pour continuer et peut-être aller avec des situations plus concrètes, M. le Président, peut-être que M. Roger Paquet pourrait faire un bout dans ce que je vous explique, juste pour que vous voyiez comment on travaille ça concrètement sur le terrain.

Déficit du réseau de la santé (suite)

M. Paradis: O.K. En même temps que le 200 000 000 \$ — j'aimerais entendre soit M. le ministre, soit M. Paquet aussi — ça, c'est malgré le fait que, mais qu'on ait fini l'année en cours, on va avoir un déficit accumulé d'à peu près 500 000 000 \$...

M. Rochon: Oui.

M. Paradis: ...au réseau de la santé qui n'apparaît pas au déficit de la province de Québec.

M. Rochon: C'est ça, mais qui est le déficit du réseau, qui va être là, mais — on se comprend bien — avec un plan d'absorption de ce déficit-là sur une période d'à peu près cinq à sept ans, si on tient compte des plus gros établissements qui auront de plus gros équilibres à faire.

M. Paradis: O.K. Oui, mais plan d'absorption auquel on va ajouter l'an prochain 160 000 000 \$ de déficit annuel...

M. Rochon: L'an prochain...

M. Paradis: ...et ça, on n'a pas encore inclus tout ce qui est hypothéqué sur 16 ans, pour faire un portrait...

M. Rochon: Non, non...

M. Paradis: Je veux faire le portrait le plus réel possible et le plus mathématiquement juste possible. Ça fait que, moi, ce que j'additionne présentement, c'est le 158 000 000 \$ et le 40 000 000 \$; ça, c'est ce qui va avoir à être coupé cette année pour qu'on finisse l'année avec un déficit d'à peu près 160 000 000 \$, qui va faire en sorte que le déficit total est de 500 000 000 \$, qui n'apparaît pas aux livres du gouvernement et auquel il faut ajouter — ça, je suis prêt à en discuter avec le ministre des Finances — ce qu'on a hypothéqué sur 16 ans.

M. Rochon: C'est ça. O.K. Oui, oui. Ce qui a été le financement du gros programme...

M. Paradis: On va avoir peur de prendre le pouvoir.

M. Rochon: ...de départ de personnel... Oui, mais c'est loin de 6 000 000 000 \$ de déficit et de doubler la dette publique en sept ans. Ça, je pense...

M. Paradis: On peut continuer. On peut continuer la discussion.

M. Rochon: Non, non, si on veut parler de ça...

M. Paradis: Mais il n'y avait pas de dette au réseau de la santé.

M. Rochon: Si on veut parler de ça, on peut parler de ça aussi.

M. Paradis: On va vous envoyer M. Bourbeau, si vous voulez, vous allez en manger une.

M. Rochon: Oui, oui, bien, là...

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Va le chercher tout de suite.

M. Rochon: Ça serait intéressant, ça, comme discussion, parce que de réussir... Si on veut se mesurer là-dessus, je pense qu'on est dans une bien petite ligue par rapport au grand champion du domaine, parce que passer une dette publique de 35 000 000 \$, 37 000 000 \$ à 75 000 000 \$ en sept ans...

Des voix: Milliards.

● (9 h 10) ●

M. Rochon: ...milliards, de défoncer un budget déjà déficitaire de 1 000 000 000 \$ de plus six années de suite, ça, on n'essaie même pas de faire ça, on sait qu'on ne sera pas capable. Ça, là-dedans, on ne sera jamais aussi bon que ça.

M. Paradis: Bien, si tous les ministres faisaient comme vous, ça serait pire.

M. Rochon: Nous, ce qu'on fait, c'est qu'on est après absorber ce qui a été cet héritage-là et, en l'absorbant, évidemment, ça implique des réorganisations importantes et qui ont des coûts de transition pour le faire et qui doivent être financées sur un certain nombre d'années, parce que tu ne peux pas redresser une situation comme ça par pensée magique, là. Alors, une fois qu'on s'en va atteindre le déficit zéro, il y a des moyens qui doivent être pris pour ça...

M. Paradis: Et c'est la santé qui est priorisée.

M. Rochon: ...qui sont des moyens très importants et qui doivent être capitalisés sur un certain nombre d'années. C'est une réorganisation qui ne peut pas se payer en comptes courants. Mais il faut bien comprendre que, ça, c'est un horizon qui fait qu'on absorbe ça puis qu'on fait disparaître ces dettes-là plutôt qu'un horizon qui les augmentait graduellement d'année en année, puis là le ciel était la limite puis il n'y avait pas de nuage, ça montait, ça montait longtemps, on ne voyait pas la fin.

M. Paradis: Toujours en pensant que c'est les plus démunis puis les malades qui absorbent.

M. Rochon: Non, non, ça, c'est le passé puis l'avenir.

Alors, moi, je résume en une phrase ce que j'ai dit puis, si c'est possible, M. le Président, je pense que M. Paquet, qui est là-dedans quotidiennement, pourrait nous montrer plus comment ça se passe, en fait, comme opération. Ce qu'on a fixé comme paramètres très clairs, comme contribution pour absorber le 150 000 000 \$ et la participation de la diminution du déficit, le 40 000 000 \$ qu'on vise de contribution aux équilibres budgétaires comme les gens appellent, il n'y aura pas plus que 1 000 postes qui seront impliqués, et ces 1 000 postes-là, ce ne sera pas des postes cliniques, à moins que ce soient des postes cliniques qui peuvent se changer sans que ça veuille dire une diminution de services. On ne dira pas aux gens: Vous avez une économie à faire... On n'a pas dit aux gens puis on ne dira pas: Faites une économie puis coupez ce qu'il faut pour la couper, là, parce que la clinique, c'est protégé.

M. Paradis: Vos chiffres le disent.

M. Rochon: Alors, à partir de là, je pense que M. Paquet pourra vous expliquer comment ça se travaille ou comment les différents types d'économie vont pouvoir se faire.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Paquet.

M. Paquet (Roger): Merci. D'abord, pour bien s'entendre sur les chiffres, le déficit prévu en 1997-1998 est de 256 000 000 \$ tel qu'inscrit au tableau et, de ce montant-là, 210 000 000 \$ est prévu comme étant récurrent s'il n'y a pas de mesures additionnelles qui sont prises. Donc, ça veut dire que, dans le déficit de cette année, il y a déjà pour 46 000 000 \$ de mesures qui ont été prises et qui vont faire en sorte que ce 46 000 000 \$ là ne se répète pas.

M. Paradis: Donc, le chiffre — je veux juste qu'on soit bien clair — de 256 000 000 \$ est vrai.

M. Paquet (Roger): Est vrai

M. Paradis: Ce qui est prévu, en corrigeant de 40 000 000 \$ pour l'an prochain, c'est 210 000 000 \$.

M. Paquet (Roger): Oui, parce qu'il faut toujours...

M. Rochon: Qui est la partie récurrente du 256 000 000 \$.

M. Paradis: Oui, mais le résultat net pour les crédits, c'est 256 000 000 \$.

M. Rochon: Oui, on est bien conscient de quoi vous avez laissé. On le sent à tous les jours, ça.

M. Paradis: Non, là, si je regarde...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: On n'essaie pas de cacher ça, là.

M. Paradis: M. le ministre, moi, je veux bien faire des farces avec les chiffres...

M. Rochon: Non, non, bien, il n'y a pas de farces à faire avec ça.

M. Paradis: ...mais, si vous partez en 1995-1996, la première année où vous êtes arrivé, le déficit accumulé que vous avez fait, le déficit annuel est à 54 000 000 \$. La deuxième année, vous l'avez monté à 148 000 000 \$. Puis la troisième année, vous l'avez monté à 256 000 000 \$. Quand vous additionnez ces chiffres-là, vous arrivez à 458 000 000 \$. Puis, ça, n'accusez pas les libéraux, puis n'accusez personne d'autre. C'est le ministre de la Santé qui est responsable de ces chiffres-là devant l'Assemblée nationale du Québec.

M. Rochon: C'est ça. Et comme j'ai dit, ça, c'est expliqué essentiellement par les coûts de transition d'une réorganisation majeure de système qui fait que tu as à supporter des coûts pendant que tu réorganises le système.

M. Paradis: Sans compter l'hypothèque de 16 ans.

M. Rochon: Bien, c'est important parce qu'il ne faut pas que les gens, au Québec, pensent que leur système de santé, il est devenu hors contrôle sur le plan financier puis qu'il est parti à s'endetter. Non, non, ce n'est pas ça. Le système a passé par une phase de réorganisation. Il y a un coût à des réorganisations comme ça et c'est ça qu'il faut absorber maintenant. C'est ça qui est l'idée, là.

M. Paradis: Bon. Et sur la prévision que vous faites, M. Paquet, pour le déficit de l'an prochain, vous absorbez également la compression de coût de système de 158 000 000 \$ en plus.

M. Paquet (Roger): Oui, la compression du coût de système est de 158 000 000 \$ pour l'ensemble. Pour le réseau, elle est de 150 000 000 \$. Il y a 8 000 000 \$ qui est spécifiquement au ministère et aux régies régionales.

Donc, c'est 150 000 000 \$ qui est affecté au réseau. Dans ce montant-là, il y a une partie qui est faite par des gains au niveau de l'organisation du travail, des gains au niveau de l'amélioration des technologies, ce qui fait en sorte que certaines dépenses deviennent moins dispendieuses.

Deuxièmement, il faut comprendre que plusieurs des mesures qu'on prend dans le système de la santé ont un rendement qui est échelonné ou reporté sur plusieurs années. Prenons un exemple concret. Lorsqu'une fonction de cadre est abolie, la personne a toute une série d'options: remplacement, prime de séparation, ou autre. Donc, on peut avoir de deux à trois ans de délai avant que le salaire de 50 000 \$, 60 000 \$ ou 70 000 \$ de la personne puisse être escompté. Alors, il faut toujours voir que ces mesures-là portent effet un an ou deux plus loin. Dans d'autres cas, c'est des investissements de modernisation qui sont nécessaires au niveau des équipements, des immeubles ou des bâtisses pour faire en sorte que le coût de la cafétéria ou le coût de certains services d'entretien ou de support va être diminué lorsqu'on aura un équipement mis à neuf ou lorsqu'on aura un volume plus grand par regroupement. Donc, tout ça a des délais de rendement et c'est pour ça qu'on ne doit pas strictement additionner les déficits annuels. Il faut travailler avec le solde du fonds, c'est-à-dire qu'est-ce qui reste une fois que les mesures ont porté. Et c'est pour ça que, si on additionne le 54 000 000 \$, le 148 000 000 \$ et le 256 000 000 \$, on arrive au chiffre que vous citez tantôt, autour de 450 000 000 \$, mais le déficit accumulé au solde du fonds est de l'ordre de 360 000 000 \$.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Dernière intervention, M. le député?

M. Paradis: Non, M. le Président. Je pense qu'on est dans ce qu'on appelle le coeur des services à la population et ce que ça va prendre pour le financer, je pense que le débat passe correctement.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je n'ai pas d'objection, c'est simplement s'il y a d'autres interventions, alors.

M. Paradis: Il y a d'autres interventions. Je veux juste liquider cette question-là pour qu'on s'entende très clairement sur les chiffres, qu'on le sache, qu'on le dise.

M. Rochon: Liquider, c'est un bon terme...

M. Paradis: Si on pouvait s'en débarrasser, ce serait correct. Mais là, ce qu'on me dit, c'est qu'il faut quand même les additionner; on les doit, ces sommes d'argent là. Elles apparaissent aux livres du ministère de la Santé et des Services sociaux, elles n'apparaissent pas aux livres du gouvernement et, l'an prochain, on va être rendu à 500 000 000 \$ malgré toutes les mesures qui vont être adoptées au cours de l'année, et des mesures qui vont entraîner une diminution de services, qu'on les appelle périphériques, qu'on fasse tous les efforts... il va y avoir

une diminution de services pour à peu près 200 000 000 \$ cette année dans le réseau. C'est inquiétant, M. le Président, je tenais à le souligner.

Coupons de taxi

J'ai une question sur un beaucoup plus petit montant, mais il n'y a pas de petites choses non plus dans le ministère de la Santé et des Services sociaux. Moi, je suis resté un petit peu estomaqué, peut-être que je ne comprends pas les dimensions, par la réponse que le ministre a donnée à la question 2 du tome I. La question était la suivante: Montant déboursé pour payer des coupons de taxi utilisés par les employés du cabinet ministériel et du ministère. Le montant déboursé pour payer des coupons de taxi est de 106 200 \$. Il n'est pas ventilé; je souhaiterais qu'il le soit. Il y a 705 employés dans le ministère, environ. Ça fait 150 \$ par employé, de taxi, ça. Trouvez-vous ça...

M. Rochon: Il y a peut-être plus de détails qui pourront vous être donnés, mais je vais juste vous donner les grandes lignes. Si vous en voulez plus, on va continuer. Oui. Quand les employés du ministère vont travailler à Montréal ou ailleurs dans les régions...

M. Paradis: Pas les avions, pas les autobus, les taxis.

M. Rochon: Non, mais, quand ils descendent de l'avion, ils prennent un taxi pour se rendre à l'établissement. À Montréal, les gens circulent pas mal et, si ça fait ça, 150 \$, pour...

M. Paradis: 106 000 \$

M. Rochon: Non, mais par employé, vous avez calculé...

M. Paradis: C'est à partir de 705 employés. On a pris vos chiffres à vous.

M. Rochon: Alors, s'il y en a en moyenne 150 \$ pour 12 mois de l'année de taxi pour des gens qui circulent dans le réseau... Bon, maintenant, je ne sais pas, peut-être que vous pouvez expliquer plus.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce qu'il y a quelqu'un qui pourrait répondre d'une façon précise?

M. Rochon: Parce que ce n'est pas moi qui tiens les livres pour ça, vous comprendrez. Peut-être qu'on peut avoir plus de détails.

M. Paradis: Je comprends. Vous en êtes responsable, mais vous ne les tenez pas.

M. Rochon: C'est ça qui est la difficulté d'être ministre, entre autres.

M. Paquet (Roger): Il ne contrôle pas les coupons de taxi.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Paquet.

M. Paquet (Roger): O.K. Il faut tenir compte de deux éléments. D'abord, en ce qui concerne la localisation du ministère, ici à Québec, la localisation sur l'avenue Joffre, secteur Sainte-Foy, exige des déplacements réguliers pour venir soit au parlement, soit aux organismes centraux, et il y a un va-et-vient constant.

M. Paradis: J'ai déjà été à l'Environnement, moi, à l'autre bout de la ville, puis ce n'était pas ça.

M. Rochon: Les gens ne circulaient pas. Ha, ha, ha!

M. Paquet (Roger): Il faut indiquer que c'est la même situation à Montréal depuis la relocalisation des locaux qui a été faite au 201, Crémazie, ce qui est un petit peu en périphérie des moyens de transport en commun.

M. Paradis: J'ai déjà été là aussi, ça ne coûtait pas ça. Le ministre du Travail était là dans le temps.

M. Rochon: Le ministère de l'Environnement ne travaille pas avec un réseau, hein, je pense.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): S'il vous plaît!

M. Paradis: Oui, des régies régionales. Non, des bureaux régionaux, partout.

M. Rochon: Mais ce n'est pas comme un réseau d'établissements qui donnent des services, vous comprendrez.

M. Paradis: Non, non, non. Mais on ne parle pas du réseau non plus, là. On parle...

M. Rochon: Des employés qui circulent...

M. Paradis: Quand je parle de 705...

M. Rochon: Employés qui circulent dans le réseau. Ils ne passent pas leur temps au ministère, eux autres.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il y a une question précise qui a été posée.

M. Rochon: Bon, on va continuer la réponse. Excusez-nous.

● (9 h 20) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): J'aimerais qu'on laisse répondre les personnes, s'il vous plaît.

M. Paquet (Roger): Deuxièmement, on préconise et on incite le personnel du ministère à utiliser le taxi parce que, en vertu des règles de conventions collectives, tout déplacement, quelle qu'en soit la longueur, a un paiement initial de 4,50 \$ plus le stationnement. Alors, il est bien sûr que 4,50 \$ de déplacement en auto, 5 \$ de stationnement, on privilégie très nettement de faire en sorte que les employés utilisent le taxi, c'est la forme la plus économique. Et comme maintenant tous les employés qui voyagent entre Québec et Montréal doivent utiliser les transports en commun ou le transport le plus économique, ce qui exclut la possibilité d'être remboursé pour la voiture personnelle, le nombre de personnes qui doivent se déplacer de la gare de terminus ou de la gare de train pour aller au 201, Crémazie est de beaucoup supérieur à ce qu'il était auparavant. Bien sûr, l'économie qui est réalisée pour le transport avec les modes antérieurs, notamment la voiture personnelle, est beaucoup plus grande que le coût du taxi entre ces deux endroits-là à Montréal.

M. Paradis: Est-ce qu'on peut avoir la ventilation cabinet-ministère, comme on l'avait demandée? On l'avait demandée, vous l'avez donnée globale.

M. Rochon: Ça doit. Mais juste pour faire un petit chiffre. 150 \$ en moyenne par employé, ça fait 12 \$ par mois. On me dit que c'est deux fois d'être obligé de venir ici au parlement à partir du Joffre, aller-retour. Ça vient de faire ces voyages-là.

M. Paradis: M. le ministre, vous me passerez l'expression, mais j'ai voulu vous donner un break en présumant que tous les employés prenaient le taxi. Je pense que ce n'est pas vrai, ça, là.

M. Rochon: Non, non, mais on parle des moyennes, c'est bien sûr. Il y en a...

M. Paradis: J'ai voulu baisser la moyenne.

M. Rochon: Non, non, ce n'est peut-être pas les 750 qui font... Ils ne font pas tous la même... Mais ceux qui en font plus en font pas mal pour les autres. De le ramener en moyenne... Une moyenne, c'est une moyenne; ça tient compte de ceux qui n'en font pas, de ceux qui en font moins, puis de ceux qui en font beaucoup. Alors, dépendant de leurs fonctions, ça circule différemment.

M. Paradis: J'ai voulu vous aider.

M. Rochon: Je l'apprécie beaucoup. Comme c'est 700 employés et que tous circulent de toute façon dans le réseau, si la moyenne, c'est ça, ça montre juste comme image qu'il n'y a pas d'exagération là-dedans. En tout cas, je pense que les explications de M. Paquet étaient assez claires sur ce qui explique ce montant-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Saint-Hyacinthe.

Volet Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)

Discussion générale

Régime d'assurance-médicaments

Consolidation du régime

M. Dion: Évidemment, c'est un autre secteur d'activité complètement différent que je voudrais aborder avec M. le ministre. Je pense bien que cette question-là a été résolue. On sait que dans l'implantation du régime d'assurance-médicaments, comme dans l'implantation de quelque système que ce soit, nouveau système, il y a toujours au début une certaine période de flottement et d'ajustement des systèmes, que ce soient les systèmes informatiques... il faut que les gens s'habituent à fonctionner autrement, ce qui fait que nécessairement il se présente des difficultés concrètes. On a eu, il y a environ un an, un certain nombre de personnes dans nos comtés qui se plaignaient d'avoir eu de la difficulté à pouvoir être bien servies par les pharmacies, et tout ça. C'était souvent relié à des problèmes du système de communication entre... parce que, bien des fois, le système était absolument surchargé, au début surtout. Alors, j'aimerais que le ministre nous fasse le point sur la situation. Est-ce que les gens ont raison de craindre encore qu'il y ait des problèmes à s'approvisionner en médicaments dans le cadre de l'assurance-médicaments ou si le système de communication a été normalisé?

M. Rochon: Le système qui a été mis en place, M. le Président... D'abord, il faut noter que ça a été mis en place sur une période d'à peu près six mois, un système qui visait à relier à la Régie de l'assurance-maladie du Québec toutes les pharmacies du Québec. Déjà, d'avoir fait ça en six mois... Je pense que les gens nous avaient dit que, s'ils avaient vraiment pris le temps qu'ils jugeaient un peu plus normal pour faire une opération comme ça, ou comme ils le font d'habitude quand il n'y a pas une exigence d'une échéance, ils auraient peut-être pris le double du temps pour le faire.

Ce qui est arrivé, si je me rappelle bien... Et je pense qu'on a avec nous M. Houde qui pourra vous répondre à la deuxième partie de votre question, surtout pour vous rassurer quant à l'avenir. Mais il est important de se rappeler que, dans les premières heures du début du régime au mois de janvier, il y a effectivement eu un engorgement important des lignes. Ça a pris quelque temps aux gens, quelques jours, je pense, pour trouver exactement ce qu'il y avait. Je pense qu'il y avait un problème très technique où des lignes de communication... quand les gens appelaient, la transaction était terminée puis la ligne ne fermait pas. Pour une erreur technique, la ligne restait ouverte. Donc, c'était comme si c'était une ligne qui était occupée tout le temps. Ça, ça a été corrigé très rapidement et, depuis ce temps-là, il n'y a jamais eu de problème avec ce système-là. Je pense que le temps de traitement des

transactions est un temps très, très court et que le système est très stable.

Mais, si vous permettez, M. le Président, je pense que M. Houde, qui a été très impliqué aussi dans ses fonctions antérieures, je me rappelle, à la mise en place de toute cette opération, pourra nous donner une réponse beaucoup plus concrète que je ne saurais le faire.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Houde.

M. Houde (Pierre): Effectivement, dans les trois ou quatre premiers jours de janvier 1997, on a eu certains problèmes, mais c'était quand même marginal par rapport à l'ensemble. C'est peut-être 10 % des pharmacies qui ont eu des problèmes. Mais le système opérait quand même durant ces problèmes-là. Pendant qu'on entendait à la radio que les systèmes de la Régie étaient complètement non fonctionnels, on me rapportait par téléphone qu'on traitait 10 000 à 12 000 transactions à l'heure. Donc, les pannes n'étaient pas généralisées. Et, après ça, le système a été très performant. En 1997, on a traité environ 50 500 000 transactions. On a un volume quotidien moyen d'à peu près 169 300 transactions, avec des pointes jusqu'à 298 000 transactions par jour, et des volumes à l'heure moyens de 15 700, avec une pointe à 38 250 transactions dans une heure. Donc, c'est un système qui, actuellement, fonctionne très bien. Le temps-réponse est d'environ cinq à sept secondes pour une transaction, c'est-à-dire qu'à partir du moment où le pharmacien entre la transaction dans son ordinateur jusqu'au moment où il reçoit la réponse de la Régie, à savoir si cette transaction-là est autorisée ou pas, c'est un temps moyen de cinq à sept secondes dans 90 % des cas.

M. Dion: Ça veut dire qu'actuellement les gens n'ont pas à avoir de crainte que, pour se procurer des médicaments, il va y avoir des difficultés...

M. Rochon: Des files d'attente.

M. Dion: Il n'y a pas d'attente, il n'y a pas d'endroit au Québec où on a des difficultés de fonctionnement.

M. Houde (Pierre): Pas à cause du système de la Régie. Les pharmaciens eux-mêmes sont très satisfaits.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Bourassa, est-ce que c'est là-dessus? Parce que j'ai le député de Nelligan avant vous, là. M. le député de Nelligan...

Mme Lamquin-Éthier: Bien, c'est en lien. Je rejoins depuis la mi-janvier plus de 4 000 personnes...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je m'excuse. Ça va? Oui. O.K., allez-y.

Information sur le régime

Mme Lamquin-Éthier: ...dans le comté de Bourassa, c'est-à-dire que je rejoins quotidiennement entre 50 et 90 citoyens ou citoyennes du comté. Ces téléphones-là sont extrêmement instructifs. Le comté de Bourassa comporte une forte proportion de personnes âgées parce qu'il y a une partie Montréal-Nord et une partie Ahuntsic, et vous savez qu'il y a de nombreuses résidences sur le boulevard Gouin. Lorsque je parle à des personnes âgées — et c'est très contemporain — depuis la mi-janvier, beaucoup d'entre elles me rapportent ne pas comprendre le système d'assurance-médicaments, ne pas avoir eu accès à l'information qui leur était nécessaire pour le comprendre. Les pharmaciens ont certes fait un travail extraordinaire, mais ce n'était pas à eux et ce n'est pas à eux de renseigner la population. J'aimerais savoir: Est-ce qu'il existe actuellement des dépliants, comme il y en avait eu au début lors de la mise en place, destinés à la population qui permettraient à ces gens-là, qui ont manqué la première vague de la publication de la *Gazette officielle*, qu'on ne reçoit évidemment pas chez nous, et qui n'ont pas eu de leur pharmacien les informations pertinentes, d'avoir accès maintenant à des formulaires ou des dépliants? C'est rare, il n'y en a pas dans les officines, il n'y en a pas chez les pharmaciens, il n'y en a pas dans les CLSC non plus. On dit toujours: Allez au CLSC, mais les présentoirs des CLSC... vous devriez faire une tournée.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: O.K. Il serait peut-être bon d'apporter quelques précisions, là. C'est sûr que d'informer une population pour que chacune de toutes les 7 000 000 et plus de personnes dans la population comprenne bien un système comme le système d'assurance-médicaments, ça prend un certain temps avant d'avoir vraiment rejoint tout le monde. Et le système, ce n'est pas très, très compliqué, mais c'est, par nature, un peu complexe, un système comme ça. Il y a des réalités qui sont comme ça. Un système d'assurance, ça implique des plafonds, ça implique une franchise, ça implique une coassurance. C'est fait comme ça, un système d'assurance. On a beau vouloir simplifier les choses quant à un système, il y a des choses qui, par nature, ont une certaine complexité puis ça rend ça, évidemment, plus difficile à expliquer.

● (9 h 30) ●

Je voudrais juste rappeler les efforts qui ont été faits, par exemple, jusqu'ici...

Mme Lamquin-Éthier: Mais est-ce que c'est possible?

M. Rochon: Oui, oui, je vais répondre puis je vais répondre le plus succinctement possible, là. Il y a eu quand même une opération d'information générale qui a été faite. Ensuite de ça, pour l'inscription des gens dans le système,

il y a eu une opération d'information générale qui a été faite. Ensuite de ça, pour l'inscription des gens dans le système, il y a eu une opération faite région par région où les gens avaient toute l'information, le plus possible, qui était donnée. Et, quand les gens pouvaient se rendre au CLSC pour obtenir plus d'information, discuter de leur situation s'il y avait des particularités, quand les gens aussi appelaient pour s'inscrire, les personnes qui faisaient l'inscription avaient eu une formation, connaissaient bien le système et expliquaient aux gens et répondaient aussi à toutes leurs questions. Il y a eu des dépliants qui ont été distribués; on vous dira où on en est présentement là-dessus.

Mais je voudrais préciser une chose, Mme la Présidente, sur le rôle du pharmacien. Je ne suis pas d'accord avec la députée, quand elle dit: Ce n'était pas au pharmacien de faire ça.

Mme Lamquin-Éthier: Pas principalement.

M. Rochon: Ce n'était pas au pharmacien d'être responsable de toute l'opération. C'est pour ça que je rappelle que la Régie de l'assurance-maladie du Québec a organisé une opération majeure d'information à la population. Mais les pharmaciens eux-mêmes ont accepté, ils ont même offert leur contribution. Ils se sont comportés correctement, comme des professionnels de la santé.

Mme Lamquin-Éthier: Oui, oui.

M. Rochon: Et leur client, leur patient qui vient les voir, qui peut demander des informations sur les médicaments, sur même des conseils de santé, sur certaines choses... Et, dans ce cas-là, les pharmaciens ont assumé une tâche énorme. Ils l'ont fait sur une base volontaire, de façon très professionnelle. Et c'est bien sûr que, si le professionnel qui est en lien direct avec un patient, que ce soit le médecin, l'infirmière, le pharmacien, n'assume pas aussi des responsabilités quand les programmes changent et que les choses évoluent pour donner l'information à son patient et s'en remet à l'État — c'est l'État qui va faire ça — si le monde qui travaille, si le monde ne fait rien, ça n'est pas normal. Et les pharmaciens ne l'ont jamais compris comme ça. Alors, je pense que, là, on ne peut pas dire que les pharmaciens n'avaient rien à voir là-dedans. Eux, ils ne l'ont pas vu comme ça. Ils ont été très professionnels et, sans eux, malgré tous les efforts qui auraient pu être faits à partir de la Régie de l'assurance-maladie ou des régies régionales ou des CLSC, on n'y serait pas arrivé.

Maintenant, ce qu'on continue à faire comme information, présentement, ce qu'on peut avoir comme plan là-dessus, je pense que vous pouvez donner une meilleure information que moi, s'il vous plaît.

La Présidente (Mme Malavoy): Allez-y.

M. St-Pierre (Marc): Oui, merci.

La Présidente (Mme Malavoy): Est-ce qu'on pourrait vous identifier, si ça n'a pas déjà été fait?

M. St-Pierre (Marc): Marc St-Pierre.

La Présidente (Mme Malavoy): Merci, M. St-Pierre. Allez-y.

M. St-Pierre (Marc): Il existe actuellement un dépliant, qui a été refait d'ailleurs, sur le régime général d'assurance-médicaments.

Mme Lamquin-Éthier: Est-ce qu'on peut l'avoir, s'il vous plaît?

M. St-Pierre (Marc): Oui. Ce dépliant-là est distribué actuellement. Il y en a à peu près 7 000 par semaine qui sont distribués

Mme Lamquin-Éthier: À Communication-Québec ou ailleurs?

M. St-Pierre (Marc): Le dépliant est disponible à Communication-Québec, dans les pharmacies, dans les établissements, dans les cabinets de médecins. Il y a également un dépliant particulier qui a été fait sur la cotisation au régime d'assurance-médicaments. On se rappelle que c'est la première année que les personnes, sur leur rapport d'impôts, ont eu à cotiser. Et il y a un dépliant spécifique qui a été fait pour renseigner les gens sur la cotisation, qui a été disponible dès le mois de décembre dans l'ensemble des pharmacies du Québec, Communication-Québec, cabinets de médecins, établissements également.

Mme Lamquin-Éthier: Merci. Je «peux-tu» en avoir une caisse pour en distribuer?

M. St-Pierre (Marc): Certainement.

M. Rochon: Dans les deux langues.

Mme Lamquin-Éthier: Oui, dans les deux langues.

M. St-Pierre (Marc): Il existe en anglais, effectivement, monsieur...

La Présidente (Mme Malavoy): Je pense que vous pourrez certainement passer une commande, comme on dit.

Mme Lamquin-Éthier: Elle est passée.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Lamquin-Éthier: Elle est notée. Je vois que c'est pris en note par M. St-Pierre.

La Présidente (Mme Malavoy): Est-ce que ça complète votre question, Mme la députée?

Mme Lamquin-Éthier: Oui

La Présidente (Mme Malavoy): Je passerai la parole au député de Nelligan.

Personnes inscrites

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Je voudrais peut-être mieux comprendre exactement la grandeur du programme du régime de médicaments. Juste noter que j'ai reçu le rapport annuel de la Régie de l'assurance-maladie du Québec 1996-1997 parce que j'ai participé à une rencontre avec des parlementaires italiens. Mais, comme parlementaire québécois, malheureusement, je n'ai pas reçu ça officiellement encore. Je trouve ça un peu ironique. En tout cas, au moins, j'ai cette information. Je recommande que peut-être une fois qu'on publie les rapports annuels, ce serait bon d'envoyer ça aux députés québécois. Pardon?

Une voix: ...

M. Williams: Oui. Plus tard.

Une voix: Ça va être déposé autour du 20 juin à peu près.

M. Williams: Oui, mais, parce que j'ai rencontré un groupe parlementaire, j'ai les documents, et les autres ne les ont pas, je trouve ça un peu bizarre. En tout cas, ce n'est pas le fond de la question. Je voudrais savoir, selon l'information que j'ai reçue, de 1997, si j'ai bien compris, qu'il y a maintenant 1 678 654 personnes, la clientèle du programme de la Régie, du régime de médicaments. Est-ce que c'est les bons chiffres? Est-ce que c'est effectivement le montant des clientèles inscrites dans ce programme?

M. Rochon: Mme la Présidente, est-ce que M. St-Pierre peut continuer pour donner cette information?

La Présidente (Mme Malavoy): Oui, bien sûr. M. St-Pierre, allez-y.

M. St-Pierre (Marc): Je peux vous donner les chiffres au 31 mars 1998, à la fin de l'exercice. Dans les nouvelles clientèles, il y a 1 438 personnes. Évidemment...

M. Williams: Pas 1 000, mais 1 000 000.

M. St-Pierre (Marc): Excusez-moi, 1 438 000 personnes. Évidemment, ça varie d'une semaine à l'autre parce qu'on a, en moyenne, encore 1 500 inscriptions et modifications par jour. Et, évidemment, il y a les deux clientèles traditionnelles, des personnes âgées et des prestataires de la sécurité du revenu. Il y avait 863 000 personnes âgées, 65 ans et plus, et 766 000 prestataires de la sécurité du revenu.

Financement du régime

M. Williams: O.K. J'essaie de vraiment comprendre les coûts et qui sont inscrits parce que, si je prends les chiffres, vous avez mis dans les crédits l'année passée 700 000 000 \$, 696 000 000 \$. Cette année, dans les crédits, il y a 702 000 000 \$. Il y a 1 632 000 personnes traditionnelles et il y a un autre 1 400 000 nouveaux? C'est ça, si j'ai bien compris?

M. Simard (Guy): Oui.

M. Williams: Bon. Pour le 702 000 000 \$ dans les crédits, cette année, vous allez recevoir, comme revenus, combien? Je m'excuse! Pour le 1 600 000 traditionnels, 1 400 000 admissibles nouveaux, 3 000 000, plus ou moins arrondi, vous allez recevoir combien de revenus pour ça? Parce que vous avez dit que les dépenses, c'est 700 000 000 \$. Je voudrais savoir, l'autre colonne, combien d'argent entre. Est-ce que quelqu'un l'a? Avec les chiffres arrondis, je sais, parce que c'est...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, si vous êtes d'accord, M. Simard, de la Régie, je pense, pourrait mieux que moi répondre à cette question.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Simard.

M. Simard (Guy): Merci, M. le Président. Alors, les 702 000 000 \$ qui apparaissent actuellement aux crédits, on s'entend que c'est pour la couverture des personnes âgées de 65 ans ou plus et les prestataires de la sécurité du revenu.

M. Williams: La clientèle traditionnelle

M. Simard (Guy): Traditionnelle. Du côté des revenus, vous comprendrez, encore là, qu'on est en exercice de cotisation, qui est effectué par le ministère du Revenu, donc on est encore en devenir sur le chiffre réel, donc on est encore...

M. Williams: Mais vous avez 15 mois d'expérience quand même.

M. Simard (Guy): Pour le revenu?

M. Williams: Oui.

M. Simard (Guy): Alors, le revenu en termes de primes ou si vous parlez en termes de contributions sous forme de franchise et de coassurance? C'est...

M. Williams: Les deux.

M. Simard (Guy): Deux niveaux. Alors, en termes de contributions sous forme de franchise et de coassurance, effectivement, on a une certaine expérience là-dessus. Donc, de façon générale, ça représente, dépendamment de la clientèle, globalement, 26 % des coûts bruts qui représentent des contributions. Évidemment, ça varie d'une clientèle à l'autre, moins forte pour les personnes âgées, un peu plus forte pour les nouveaux adhérents. Ça, c'est sous forme de franchise et de coassurance.

Pour ce qui est du niveau de primes qui est effectué par le ministère du Revenu, on anticipe actuellement — on est en période de cotisation, comme je le disais tout à l'heure — un revenu de l'ordre de 180 000 000 \$ à 185 000 000 \$ de revenus de primes.

Je reviens aux franchise et coassurance, ce ne sont pas des revenus qui entrent au gouvernement, c'est des dépenses qui ne sont pas faites, parce que c'est l'individu qui le paye, donc ce n'est pas un revenu pour le gouvernement. Donc, en termes de revenus pour le gouvernement, ce sont les primes qui vont être versées et qui sont actuellement cotisées par le ministère du Revenu. On s'attend à quelque chose comme 180 000 000 \$ à 185 000 000 \$.

M. Williams: Dans les crédits, on peut trouver les coûts, le 702 000 000 \$ ou 700 000 000 \$...

M. Simard (Guy): Oui.

M. Williams: ...pour les clientèles traditionnelles. Est-ce qu'il y a une ligne dans les crédits pour les autres, pour les nouveaux? Il n'y a aucun coût pour l'État?

M. Simard (Guy): Non. Pour les nouveaux adhérents, ça fait partie du Fonds de l'assurance-médicaments. Donc, les dépenses pour les nouveaux adhérents ne se retrouvent pas dans les crédits.

M. Williams: On trouve les dépenses où?

● (9 h 40) ●

M. Simard (Guy): Dans le Fonds de l'assurance-médicaments dont les prévisions sont adoptées annuellement sur présentation du ministre de la Santé.

M. Williams: Et les coûts pour ça, c'est combien?

M. Simard (Guy): Les coûts pour ça, la dernière prévision qu'on a présentée était de l'ordre — donc, on doit s'autofinancer à long terme — d'à peu près le même montant des revenus là-dessus, donc environ... On parle de 185 000 000 \$, 190 000 000 \$, aux dernières prévisions.

Contribution des assurés

M. Williams: O.K. Avec ça, pour la nouvelle clientèle, 1 400 000 personnes, il n'y a aucune participation de l'État dans le financement de ce programme. C'est ça que vous avez dit?

M. Simard (Guy): Oui.

M. Williams: Parce que c'est autofinancé.

M. Simard (Guy): C'est ça.

M. Williams: Avec ça, la grande générosité du ministre de couvrir tout le monde n'est pas, en réalité, là, parce que c'est eux-mêmes qui paient pour les services, selon votre information. Parce que, avec le copaiement et les franchises, c'est autofinancé. L'État a vraiment évacué sa responsabilité dans ça. Ils n'ont pas mis d'argent de l'État dans ce programme, si j'ai bien compris.

M. Simard (Guy): Pour les nouveaux adhérents, les clientèles habituelles, prestataires de la sécurité du revenu et personnes âgées de 65 ans et plus, le gouvernement maintient son engagement habituel de ce côté-là.

M. Rochon: M. le Président

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Pour être bien sûr qu'on se comprend là-dessus, pour la nouvelle clientèle, qu'on appelle, de 1 400 000 personnes, la situation avant l'assurance-médicaments pour ces gens-là était qu'il n'y avait aucune couverture. Bien sûr, s'ils ne consommaient pas de médicaments, ils ne dépensaient rien. S'ils avaient à dépenser des médicaments, à en consommer, ils payaient tout tout seuls. Et, si ce n'était pas un gros montant, tant mieux. Mais, si c'était un montant important — et on sait que, si on prend des antibiotiques, il ne faut pas en prendre souvent dans une année pour que ce soit une facture qui monte de façon importante — alors, à ce moment-là, les gens payaient ce que ça coûtait tant qu'ils en consommaient.

Avec le nouveau système, évidemment, ils doivent payer leur cotisation, qui est à un maximum de 175 \$ ou qui diminue par tranche de 1 000 \$, dépendant du revenu des gens. Donc, il y a des gens qui vont payer juste 40 \$, 80 \$, 120 \$, maximum 175 \$ de cotisation. Il y a la franchise et la coassurance. Alors les gens paient la première tranche de... Alors, il y a un premier achat qui est payé par les gens, avec un plafond à chaque mois et, après ça, il y a une proportion seulement de 75 % qui est payée. Je ne veux pas me mêler dans mes... Rappelez-moi donc, ça fait longtemps que je n'ai pas joué avec ça. La franchise, elle est de 100 \$?

M. Simard (Guy): Elle est maintenant de 100 \$, annuelle, mais ramenée à 8,33 \$ sur base mensuelle pour l'ensemble des clientèles.

M. Rochon: O.K. Et la coassurance?

M. Simard (Guy): C'est toujours 25 %.

M. Rochon: Que la personne paie.

M. Simard (Guy): Jusqu'au plafond qui, lui, peut être variable selon le statut de la personne.

M. Williams: Mais il peut aller jusqu'à 750 \$?

M. Rochon: Le maximum...

M. Simard (Guy): Toujours ramené sur base mensuelle.

M. Williams: Oui, oui.

M. Rochon: C'est ça. Non, mais je voulais juste rappeler ça. Parce que c'est sûr que les gens paient pour le régime, mais, essentiellement, ce régime-là, comme tout régime — c'est la même chose pour l'assurance-santé, sauf que, là, les paiements sont faits par la taxe, par la taxation générale — ce n'est pas gratuit. Mais, au lieu de laisser porter le poids du coût seulement à ceux qui doivent utiliser beaucoup de services ou consommer beaucoup de médicaments — peu importent leurs revenus, ils portent tout le coût — on se le répartit collectivement. Alors, tout le monde en paie une partie, qu'il consomme ou pas. Ceux qui consomment en paient un peu plus que ceux qui ne consomment pas. Mais tout le monde sait qu'il ne dépassera pas un certain niveau. C'est ça, la caractéristique de ce programme-là, il faut bien se le rappeler. Mais ce n'est pas quelque chose qui est donné, qui ne coûte rien à personne. Il faut, comme société, qu'on le paie à un moment donné, ce programme-là, mais il est réparti selon la capacité des gens de payer.

M. Williams: Combien de personnes paient la franchise de 175 \$?

M. Rochon: C'est la cotisation, ça.

M. Simard (Guy): C'est une prime.

M. Williams: Une prime, oui. Merci pour le...

M. Rochon: Oui, la prime. O.K. Non, mais il y a une certaine complexité. Il ne faut pas le mêler.

M. Williams: Oui, oui, excusez. Ils paient le 175 \$ et ils n'ont rien réclamé pendant la première année. Je présume qu'avec vos actuaires vous avez étudié ces chiffres-là. Je présume que vous avez ça.

M. Rochon: M. Simard peut continuer à répondre, M. le Président?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui, oui, bien sûr.

M. Simard (Guy): Comme je vous disais tout à l'heure, on est en période, justement, où on est en train

d'aller chercher ces informations-là. Le ministère du Revenu, actuellement, aux dernières informations, avait pu traiter 50 % des déclarations reçues.

M. Williams: Dans ce 50 %, quel pourcentage paie 175 \$?

M. Simard (Guy): Les statistiques ne sont pas encore disponibles auprès du ministère du Revenu là-dessus. On nous parle du mois de juin pour avoir une statistique de cette nature-là. On est en train actuellement de faire ces statistiques-là.

Choix d'un régime privé

M. Williams: Pourquoi 27 000 personnes âgées ont choisi le régime privé, ont pensé que le régime privé est plus avantageux pour elles que le régime public? Et est-ce que ça...

M. Simard (Guy): Là-dessus, je ne peux pas me placer à leur place. Effectivement, les personnes de 65 ans et plus avaient un choix à faire. Et, si ces personnes-là ont décidé, on ne peut que constater, elles ont des raisons. Effectivement, par contre, on doit vous dire que, quand une personne âgée téléphonait pour se désassurer, il y avait une procédure, quand même, par chacun des préposés pour s'assurer que le choix qui était fait l'était de la façon la plus éclairée possible. Et, si la personne, après avoir passé à travers ce cheminement-là, décidait quand même de se désassurer, bien, on se rendait à son désir.

M. Rochon: Peut-être, là-dessus...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: On n'a pas au ministère, non plus, de statistiques là-dessus. Mais, pour avoir, moi aussi, rencontré des gens soit dans le bureau de comté ou ailleurs, qui, surtout au début, avaient ces choix-là puis venaient chercher de l'information, j'ai vu des exemples — je ne sais pas quelle proportion ça peut représenter — de personnes âgées qui avaient des régimes, souvent, qui étaient fournis aux retraités d'une entreprise quelconque, qui, en plus des médicaments, couvraient un certain nombre d'autres services: frais dentaires, frais d'ambulance, la partie de contribution pour une chambre privée, couverture des frais en voyage, ou des choses du genre. Il y avait donc tout un jeu de bénéfices auxquels les gens étaient habitués puis qu'ils souhaitaient garder. Alors, au lieu de...

Puis comme les compagnies, je pense, à ma connaissance, les assureurs offraient tout, y compris les médicaments, tu ne pouvais pas dire: Je prends tout le reste sauf les médicaments, alors les gens avaient ce choix-là à faire. Il y en a un certain nombre, je pense, qui ont gardé ce qu'ils avaient parce qu'ils avaient d'autres bénéfices pour lesquels ils payaient plus cher, mais qu'ils étaient

capables de se payer puis qu'ils voulaient garder. C'est sûrement une des raisons qui a joué pour beaucoup de gens, je pense.

Contribution des assurés (suite)

M. Williams: Selon ma compréhension de vos chiffres, les personnes qui paient le plus de contribution de bénéficiaire, c'est les personnes âgées sans avoir un supplément de revenu garanti, si j'ai bien compris vos chiffres qui montent à 31 %, plus ou moins?

M. Simard (Guy): Oui.

M. Williams: Mais les nouveaux adhérents, les adultes paient presque 40 %. Est-ce que vous pouvez décrire ces chiffres parce qu'il me semble que... Je voudrais savoir pourquoi il y a cette différence de pourcentage de contribution des bénéficiaires.

M. Simard (Guy): Vous permettez, M. le Président?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Allez-y.

M. Simard (Guy): Ça tient à la raison même de l'état de santé d'un individu. Plus un individu est malade ou consomme des médicaments...

M. Williams: Plus il paie.

M. Simard (Guy): C'est-à-dire qu'il va atteindre sa contribution maximale plus rapidement, et son pourcentage de contribution va se rapprocher davantage de 25 %, qui est la coassurance. Alors, vous voyez, pour les personnes âgées, dans les chiffres que vous avez pour 1996-1997, on est à 28 %, parce que ces personnes-là, habituellement ou de nature, consomment beaucoup. Donc, elles atteignent rapidement leur plafond. Donc, c'est pour ça que leur contribution se rapproche de 25 %, qui est le pourcentage de coassurance. Vous avez, par contre, les nouveaux adhérents. Vous me parlez de 38 % ou de 40 %.

M. Williams: Oui, 38,5 %.

M. Simard (Guy): Oui, c'est ça, 40 %. Alors, ce sont des personnes qui consomment beaucoup moins de médicaments, dont la consommation moyenne est beaucoup plus faible. Donc, en proportion, la franchise, qui est fixe, et la coassurance de 25 % représentent une proportion plus élevée du coût global des médicaments. Donc, ces gens-là, la plupart n'atteignent pas le 750 \$, en raison de leur âge. Ils sont plus en santé, ils consomment moins de médicaments. Mais la franchise, qui est un frais fixe de 8,33 \$, et la coassurance font en sorte qu'effectivement si vous comparez la contribution à la consommation, ça fait un pourcentage plus élevé.

En d'autres termes, si j'ai 200 \$ à contribuer dans le mois ou 300 \$ à contribuer, par rapport à une

consommation plus faible, le pourcentage de contribution sur la consommation est plus élevé. Donc, ça tient au fait que les personnes, les nouveaux adhérents à ça, ce sont des personnes de moins de 65 ans, donc, qui consomment moins et qui sont plus en santé. C'est pour ça que le pourcentage est plus élevé.

● (9 h 50) ●

M. Williams: Les 3 000 000, plus ou moins, de Québécois sont inclus dans les deux programmes. Le reste, ils sont couverts par leur propre...

M. Simard (Guy): Ils sont couverts par les assureurs privés.

M. Williams: O.K.

M. Simard (Guy): Donc, un régime collectif ou encore ce qu'on appelle, nous, les RASNA, dans notre jargon. Ce sont les régimes d'avantages sociaux non assurés, qui se retrouvent habituellement chez les grands employeurs, qui ont le nombre suffisant d'employés pour assumer eux-mêmes ces dépenses-là. Donc, ils sont soit auprès des assureurs privés, soit via un régime d'avantages sociaux non assurés, mais, essentiellement, ce sont des régimes d'assurance collectifs, avec les mêmes principes.

Obligation faite à un conjoint d'adhérer au régime privé de l'autre conjoint

M. Williams: O.K. Un problème ou une crainte que j'ai entendue souvent à mon bureau de comté — et peut-être que le ministre peut adresser cette question — c'est le fait que, pour une famille, deux conjoints qui travaillent, l'un a accès à une police collective d'une corporation x, la loi oblige, si j'ai bien compris, que le conjoint prenne ce programme obligatoirement, il n'y a aucune marge de manoeuvre dans ça. Mais, dans plusieurs cas, le conjoint, qui travaille ou qui ne travaille pas, veut avoir accès au programme public et paie la prime de 175 \$ et la participation de 25 %. Mais, avec la loi, nonobstant qu'il est un adulte libre de prendre sa propre décision, il est obligé d'entrer dans le programme du conjoint.

Le ministre a parlé beaucoup du partage de risques, etc. Est-ce qu'il est prêt à faire une révision et à donner plus de flexibilité et que, deux conjoints, l'un va avoir accès à une police privée, collective privée, «whatever», l'autre peut avoir, s'il ou elle le veut, accès au programme public? Est-ce qu'il est prêt à faire une révision sur cette politique?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Tout peut toujours être révisé. De toute façon...

M. Williams: Ah, oui?

M. Rochon: ...cette loi-là a une clause, il faudra se rappeler. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de programmes qui ont été créés avec cette clause-là. Dans la loi, il y a — pas une clause, en fait — un article qui prévoit que, trois ans après la mise en application du régime, il y aura une évaluation du régime par une commission parlementaire. Et, si, à la suite de ça, on veut faire des modifications, après trois ans, on aura pas mal d'informations pour pouvoir vraiment évaluer l'impact, apprécier les effets qu'on ne désire pas et qu'on voudrait changer. Il y a eu rapidement, comme nouveau programme, une série d'ajustements faits au début, à mesure que le programme s'est mis en place. Ça semble un programme qui fonctionne de façon stable. On aura à se poser des questions comme ça dans trois ans.

Mais il faut se rappeler pourquoi on était arrivé à ce type de décision là. Comme ça se présentait au début, on avait au Québec ce qu'on appelle les clientèles traditionnelles, à peu près 1 500 000 personnes, pour les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes âgées, qui avaient une couverture pour leurs médicaments avec le régime d'assurance-médicaments. Tout le reste des gens, ou ils n'en avaient pas... On a réalisé qu'il y en avait presque 1 500 000 qui n'avaient aucune couverture. Les autres avaient des couvertures tout à fait variables dans différents programmes et polices privées, en général, des régimes collectifs négociés avec l'employeur, le syndicat et un assureur.

La première proposition du gouvernement, on se rappellera, c'était de mettre sur pied un régime qui amènerait une contribution du privé et du public, une collaboration, un partenariat, comme on dit — le mot est encore à la mode, je pense — entre les deux, parce que, si on avait voulu en faire un régime... Une autre option, c'était un régime public, d'intégrer ça complètement dans le régime d'assurance-maladie. Là, ça aurait eu un impact terrible pour les assureurs parce que ça représente pour beaucoup de compagnies des revenus importants. Alors, on ne voulait pas faire ça. On a même dit aux assureurs, à ce moment-là: Nous, on est prêts à continuer seulement avec nos clientèles traditionnelles, et le privé, en plus de ce qu'il a déjà, peut aller chercher le reste. Mais on a dit: Il ne faut pas que ça soit une prime... Et les évaluations ont été à l'effet qu'avec une prime de 175 \$ par personne adulte, on pouvait s'en tirer, parce que les enfants, il n'y a pas de prime imposée pour les enfants. Avec ça, on devrait faire marcher le programme. Il y a eu beaucoup de discussions et de quasi-négociations avec les assureurs privés, et il a semblé que, oui, ils pourraient le faire à ce prix-là.

Mais on se rappellera qu'en commission parlementaire sur la loi, dans l'espace de la dernière semaine, les derniers calculs qui ont été faits par les assureurs, ils sont venus et ils ont dit: Non, on ne pourra pas le faire avec une prime comme ça. Je pense que la prime moyenne aurait été à peu près le double, ou quelque chose comme, au moins le double pour un individu, puis je me demande si ce n'était pas encore plus pour une famille. En tout cas, c'était sans proportion par rapport à la balise qu'on avait placée. Alors, à ce moment-là, on a

dit: Non, si c'est comme ça, la prime, c'est 175 \$, et ceux qu'ils n'ont pas déjà couverts, on va les prendre dans le système public. Ça a finalement fait 1 400 000 personnes.

Mais, selon ce qui avait été établi, qu'on respecte, si vous voulez, le terrain qu'occupait déjà le privé, on a dit: Ce terrain-là, vous le gardez, mais, comme c'est un régime qui doit être général et couvrir tout le monde, il faut que, quand vous avez un assuré, vous lui offriez une couverture à lui et à sa famille, ça ne peut plus être juste la personne qui travaille puis ne pas s'occuper de sa famille, vous les assurez complètement. Et là les gens ont à décider mais collectivement, parce que c'est des régimes collectifs. Il y en a... Je pense que les agriculteurs, eux, ils ont décidé d'adhérer au régime public?

M. Simard (Guy): Certains.

M. Rochon: Certains. En tout cas, il y a des groupes, quand ils ont comparé ce qu'ils avaient comme régime collectif et ce que le régime public offrait, qui ont décidé d'adhérer au régime public. La seule règle qui est appliquée, c'est qu'il faut que ça soit un groupe complet qui adhère, pour ne pas qu'on se mette à faire un biais de sélection de risques. Parce que, si c'est sur une base individuelle et que le régime public ne continue à assurer que des gens qui ont un haut taux de consommation ou un haut risque de devenir rapidement des hauts consommateurs et que le régime privé ne garde que les gens plus jeunes qui sont en bonne santé, qui n'ont pas besoin de médicaments, là, on peut voir que ça va débalancer le système complètement ou que le régime public va en supporter très large.

Alors, on dit: Un groupe complet, comme c'est des assurances collectives, peut décider d'adhérer au régime public, pas de problème là-dessus. Et, comme c'est des régimes qui sont négociés, à échéance des conventions collectives, les gens ont à prendre une décision collectivement avec leur syndicat: Est-ce qu'ils négocient un régime différent qui coûte moins cher ou qui a un jeu de bénéfices?

Parce que la grosse différence qui fait que ça coûte plus cher aussi aux gens, dans le privé, c'est, en général, une assurance qui couvre d'autre chose que le médicament. Donc, ça coûte plus cher mais il y a d'autre chose qui est offert aussi. Alors, ou bien ils ont à décider qu'ils ne demanderont un régime privé collectif que pour le médicament ou la possibilité de ne choisir que le médicament ou l'ensemble. S'ils ne sont pas satisfaits de ça, bien, au renouvellement de la convention collective, ils peuvent venir, tout le groupe, au régime public, puis ils vont être pris, à ce moment-là. Mais on comprendra qu'en vertu même du principe de partage de risques quand on fait un régime d'assurance, on ne voulait pas faire ça sur une base individuelle.

Alors, voilà les raisons qui font que le système fonctionne comme ça. Puis, encore une fois, dans à peu près un an et demi, maintenant, on sera rendu aux trois ans, et là on aura une expérience qui permettra de voir comment c'est allé dans les régimes collectifs, comment ils

ont été renégociés, comment ça a été refait. Et c'est au mois de juin 1999, normalement, qu'on devrait réexaminer la situation.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre. M. le député de Nelligan, me permettriez-vous juste une petite question à M. Simard, exactement dans le même sens?

M. Williams: Certainement, M. le Président, si je peux avoir le droit de parole après.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Exactement dans le même sens, parce que dans ma vie antérieure j'ai travaillé pas mal dans ce domaine-là.

M. Williams: Ah oui!

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député Nelligan disait qu'une personne qui est assurée sur un plan collectif, ce qu'il disait, c'est que le conjoint est obligé automatiquement de s'assurer sur le même plan collectif, ce qui n'est pas totalement exact — puis vous me corrigerez. Le conjoint ou la conjointe a le choix d'être inclus sur des bénéfices très précis sur un plan d'assurance collective, mais il peut s'en abstenir si, exemple, il est déjà dans un autre plan ou s'il préfère tout simplement être exclu et appartenir au plan gouvernemental. Si c'est ça, je voudrais juste clarifier ce point-là et peut-être savoir jusqu'à quel point la flexibilité, justement, du choix est exercée par les gens.

M. Simard (Guy): Alors, M. le Président, vous avez en partie raison. C'est-à-dire que le conjoint, qui peut bénéficier par ailleurs d'une couverture soit en raison d'un emprunt ou d'une association professionnelle ou une activité habituelle, peut effectivement dire: Je vais m'assurer auprès d'un autre contrat collectif. Il a le choix. Si, par contre, il n'a pas ce choix-là, la loi est claire là-dessus, il n'a pas la flexibilité de...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il doit être assuré.

M. Simard (Guy): Il doit adhérer au contrat de son conjoint. Il y a une exception qu'on a introduite, c'est qu'il faut quand même que les relations entre les deux conjoints soient assez bonnes, donc qu'ils demeurent au même endroit.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): On n'élaborera pas là-dessus.

M. Simard (Guy): S'ils ne sont pas domiciliés au même endroit... Disons qu'on a été flexible de ce côté-là.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Nelligan.

● (10 heures) ●

M. Williams: Merci, M. le Président. Avec tout le respect pour vous et votre background dans l'assurance, mon prochain commentaire ne vous vise pas. Je comprends...

M. Rochon: Tous, sauf le président!

M. Williams: Pas tous, certainement, M. le ministre, pas tous. Je comprends, avec la réponse du ministre, qu'il a décidé de privilégier les compagnies d'assurances plus que les familles et les entreprises québécoises. Et laisse-moi expliquer. Je comprends qu'il est facile pour lui de promettre qu'est-ce qu'ils vont faire dans trois ans ou un an et demi, parce qu'il ne sera pas ministre dans ce temps-là. Peut-être que le député de Bourassa va être le ministre de la Santé dans ce temps-là, parce que nous allons avoir une élection entre-temps. Avec ça, c'est bien facile de promettre ce qu'ils vont faire parce qu'ils seront peut-être dans l'opposition dans ce temps-là.

Mais laisse-moi aller un peu plus profond dans le dossier. C'est bien facile de faire des «deals» avec vos amis corporatifs dans les compagnies d'assurances, mais ça fait mal...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Vous vous adressez toujours au président, là. Vous n'oubliez pas ça, j'imagine.

M. Williams: Oui, oui, certainement, M. le Président. Certainement. Parce que ça fait mal, cette entente-là, aux familles et à la population québécoise. Laisse-moi expliquer un cas. Il y en a plusieurs que j'ai rencontrés. Après l'augmentation des taxes année après année de ce gouvernement, l'augmentation sur l'île de Montréal de 45 % de taxes scolaires, le cadeau de Noël de M. Landry, 675 000 000 \$ d'augmentation, 15 % de TVQ, ça fait mal à la famille. Je peux faire un discours de 20 minutes juste avec la liste des augmentations de taxes.

M. Rochon: Je vais en faire un autre de 20 minutes moi aussi!

M. Williams: Avec ça, je ne fais pas le discours. J'arrive à la famille. Et là, ce n'est pas quelqu'un qui est malade, un monsieur qui ne travaille pas, qui est en pleine santé. Il n'a pas besoin de médicaments. Mais, avec l'entente que vous avez faite avec vos amis corporatifs, maintenant, il a le choix de divorcer, d'avoir son propre statut indépendant, il peut avoir accès à votre programme. On met de côté les enfants parce qu'ils sont inclus d'une façon ou de l'autre. Avec ça, son épouse travaille. Il y a un programme tout garni, un bon programme, il doit s'affilier à ce programme. Pas de choix.

Là, j'oublie les chiffres exactement, mais c'est un autre 1 000 \$ plus ou moins. Il ne prend pas de médicaments, pas un. Il est prêt à partager avec le régime public, mais il n'y a pas droit. Avec ça, ça fait mal après toutes les augmentations de taxes pour cette famille.

Il y a un autre exemple. C'est l'exemple d'une famille, cette décision corporative fait mal aux familles. Ça fait mal aussi aux PME.

M. Rochon: Le premier exemple, je ne suis pas sûr d'avoir compris qu'est-ce qui fait mal aux gens.

M. Williams: Parce qu'il doit adhérer à un programme privé qui coûte beaucoup plus cher à lui et à la famille que de participer comme individu lui-même au secteur public. C'est assez clair. Tu n'as pas besoin, comme d'habitude, d'appeler M. Landry pour ces chiffres-là. C'est assez clair, là, ça coûte plus cher.

Deuxième chose. Pour les petites boîtes, particulièrement les professionnels, votre décision corporative d'aider les amis en assurance leur fait mal à eux aussi parce que, si une boîte, si une compagnie, si une société offre une police, selon la loi, elle doit offrir une police qui inclut le régime de médicaments maintenant. Souvent, dans les petites boîtes, des professionnels essaient, malgré toutes les taxes et malgré la mauvaise économie causée par votre politique, de faire un petit profit. Elles sont les personnes souvent — il faut que je sois prudent avec mes mots — un peu plus âgées, les professionnels, les petites boîtes, souvent les ingénieurs, les avocats... Je ne parle pas des grosses boîtes, c'est les petites compagnies qui essaient de faire un petit profit.

Maintenant, elles sont obligées d'augmenter... Elles ont le choix: elles n'offrent rien comme police ou offrent un service incluant l'assurance-médicaments et ça coûte pas mal cher. Avec ça, maintenant, les compagnies. J'ai parlé des familles avant, mais les compagnies, vos amies... Mais maintenant, c'est les petites compagnies.

M. Rochon: On a beaucoup, beaucoup d'amis, alors.

M. Williams: De moins en moins, M. le ministre. De moins en moins. Les petites compagnies, maintenant. Ça arrive, là, le vrai terrain. Pas dans la tour 1075, Joffre, là, dans le vrai monde, ça arrive que les petites sociétés sont en train de choisir entre une police privée avec l'assurance-médicaments obligée par la loi ou rien. Avec ça, les personnes peuvent sortir perdantes parce qu'à cet âge-là ils ont eu leur police collective du privé, avec la société, mais sans médicaments. Maintenant, ils arrivent avec leur police et ils doivent légalement ajouter ça. Comprends-tu le problème, M. le ministre? Votre police, votre arrangement avec vos amis corporatifs fait mal aux familles québécoises qui veulent avoir une liberté de choix et aussi notre petite société qui veut aussi — ça fait mal dans l'économie québécoise — essayer de faire un petit profit. Maintenant, il y a un choix entre offrir rien ou offrir un programme qui coûte tellement cher. Pouvez-vous expliquer, dans les deux exemples, comment les familles québécoises et les petites sociétés québécoises sortent gagnantes avec votre nouveau régime?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Bon, je suis obligé de revenir un peu, là, à ce que j'expliquais tout à l'heure, M. le Président, parce qu'une fois qu'un choix est fait, c'est sûr qu'il faut fonctionner avec les conséquences du choix. Et, pendant tout le travail préparatoire, là, à l'assurance-médicaments, on se rappellera qu'il y a un comité qui a été mis en place, un comité technique qui était présidé par M. Castonguay où il y avait des gens du domaine du médicament. Il y avait des pharmaciens, des médecins là-dessus, des gens qui représentaient le public. Et l'option d'avoir un régime public qui couvrirait tout le monde ou un régime public qui serait en compétition avec le privé ou le genre de système qu'on a fait, les différentes options ont été regardées avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Le régime public. Il est sorti assez rapidement des consultations, des discussions, qu'on pourrait prendre cette option-là, mais là qu'on aurait à faire un débat sur la nationalisation du médicament et que ça aurait été un...

M. Williams: Nationalisation ou provincialisation?

M. Rochon: Nationalisation. Nationalisation du médicament. Et là, en termes de faire mal, ce n'est pas que c'est nos amis, pas nos amis. Mais quand on a beaucoup d'amis, évidemment, on en trouve partout. Mais il y a au Québec l'industrie de l'assurance. On m'a expliqué, moi, que c'était une industrie assez importante au Québec, qui s'est développée beaucoup, avec beaucoup de succès, qui crée beaucoup d'emplois et qui fait vivre beaucoup de monde.

On dit: Est-ce que, si on nationalise le médicament, on va pouvoir créer autant d'emplois que ce qui va se perdre là, et, pour l'économie du Québec, quel impact ça va avoir? Ça a été discuté pas mal puis examiné à fond, ça, et ça a amené une première décision que, non, on ne va pas faire ça. Si c'est un choix social qui est fait et si, à l'usage d'un autre système, on en vient à décider ça éventuellement, ça pourra toujours se décider, mais ça ne semblait pas une bonne décision à prendre à ce moment-là à cause de l'impact sur tout un secteur de l'industrie au Québec, et là on aurait fait mal à du monde qui aurait perdu leur job et sans être capables, à court terme, de leur fournir un autre emploi. Alors donc, ça, ça a été mis de côté.

Et, encore une fois, pour respecter un terrain qui était déjà occupé par les compagnies d'assurances avec les régimes collectifs, bien, on a établi ce que j'ai rappelé tout à l'heure: des balises, des critères pour le partage, et avec un choix quand même pour des gens, des personnes âgées. On l'a dit tout à l'heure. Il y a des gens qui, sur une base d'équité, ont vraiment un choix réel à exercer, qui peuvent l'exercer. Ce programme général, une de ses caractéristiques, en plus d'imposer un plafond que les assureurs privés doivent respecter comme le régime public, est de les obliger à avoir une coassurance avec une limite

aussi. Ils peuvent jouer un peu mais il y a une limite, ça ne doit pas dépasser ce que le public fait.

Avec ces balises-là, il y a un caractère que tout le monde devant être assuré, effectivement, si quelqu'un est couvert par un régime collectif, à moins que son conjoint ait aussi un travail puis qu'il ait aussi une assurance collective — à ce moment-là, les deux — chacun peut garder son assurance. Mais si le conjoint n'a pas d'assurance, ce qu'on dit à notre partenaire privé: Vous devez couvrir tout le monde. Tout le monde et couvrir aussi la famille. Encore une fois, c'est vrai de dire que si l'assurance ne comprend pas le médicament, ils doivent le rajouter, le médicament, et ça se paie.

● (10 h 10) ●

Alors, ou bien, en renégociant l'entente, les gens décident d'abandonner tout ça avec le régime collectif et de transférer au public — ça peut se faire — ou, si leurs conditions ne sont pas satisfaisantes, ils peuvent les négocier et les ajuster avec leur assureur, et finalement, si après l'expérience de trois ans on s'aperçoit que ce n'est pas heureux comme système et qu'on ouvre la compétition carrément entre le public et le privé, bien, on pourra discuter de ça à ce moment-là mais l'impact en termes de faire mal à du monde, c'est différent de faire perdre la job à beaucoup de monde au Québec que de demander à des gens de contribuer à une assurance qui, en échange, leur offre une protection pour le médicament. Alors, ce n'est pas juste une dépense qui est faite à fonds perdus, c'est d'avoir obligé les gens, oui, à contribuer à un régime qui va leur offrir une protection quant aux médicaments. Je ne sais pas si j'explique bien.

C'est sûr qu'il y a des gens qui peuvent être moins satisfaits de cette situation-là que d'autres, mais encore une fois, quand on a d'abord fixé comme objectif qu'on veut se donner une protection pour tout le monde et qu'on va collectiviser le risque et se le partager, bien tout le monde embarque dans le système. C'est comme ça qu'on s'est donné une assurance-santé et c'est comme ça qu'on s'est donné une assurance-hospitalisation. Là, on s'est donné l'assurance-médicaments. Plus on va augmenter les avantages sociaux pour qu'ils soient accessibles à tout le monde, plus il faut, dans une société comme la nôtre, qui a les valeurs de solidarité sociale qu'on a, partager le coût de ce que ça coûte pour offrir des services à tout le monde, et chacun doit faire sa part.

Mais si on trouve que pour trop de monde ça a été trop inconfortable et qu'on veut changer le système à l'expérience, on pourra le changer. Je rappelle qu'au moment où ces décisions-là ont été prises, quand on calculait la balance des inconvénients des différentes options qu'il y avait devant nous — et ça, ça a été discuté en commission parlementaire aussi — l'option qui a été prise apparaissait de beaucoup la meilleure à prendre à ce moment-là.

M. Williams: Mais c'est clair avec votre réponse que vous avez décidé de payer ou de faire un «deal» sur le dos d'un contribuable, sur une famille. C'est assez clair. Vous avez une drôle de définition de solidarité, équité. Le

monsieur, il écoute votre discours. Il dit: Je suis prêt à adhérer, à être membre du programme public, je trouve ça intéressant. Malgré que je ne prends pas de médicaments, je suis prêt à payer mon 175 \$ par année et je ne réclame rien. À chaque année, je donne ça. J'écoute le discours du ministre et j'embarque. Peut-être que dans le futur, quand je serai malade, je vais réclamer plus mais, pour le moment, je n'en ai pas besoin.

Tu arrives à lui. Tu dis: Non, non, j'ai fait un arrangement parce que mes amis les assureurs doivent faire un profit et vous êtes une bonne clientèle pour eux autres parce qu'on sait que vous êtes en bonne santé et que, pour le moment, les compagnies d'assurances n'ont pas besoin de payer. Avec ça, à huis clos, nous avons fait un arrangement avec nos amis. C'est ça que vous avez fait.

Là, je vais sortir les galées, je vais donner ça à la famille et dire: C'est exactement ça que vous avez décidé. Avec les ententes, qui paie quoi, vous avez décidé que lui doit aider les profits des corporations, malgré que, lui, il était prêt à participer au système public.

L'autre message que tu passes aux familles québécoises, c'est un drôle de message que de dire: Si vous êtes divorcé, là vous allez avoir accès à un programme public. Je pense, j'espère que le gouvernement péquiste... On voit ça pas mal dans les autres politiques de ce gouvernement, c'est encore de privilégier le divorce. C'est plus intéressant dans plusieurs cas, incluant quelques autres secteurs de santé. Si vous êtes techniquement pas mariés, vous allez avoir plus de droits au financement de quelques programmes.

C'est assez clair malheureusement que la famille embarque sur la question d'équité et solidarité, que vous avez décidé de ne pas aider les autres. M. le Président, après l'étude des crédits, je vais retourner avec la demande que j'ai faite il y a un an passé, qu'effectivement je ne veux pas attendre le trois ans. C'est trop tard. Peut-être que le ministre dit: Les familles québécoises, les compagnies québécoises peuvent attendre trois ans, parce que, lui, il n'est pas assez pressé de corriger les lacunes, mais je vais continuer à pousser pour avoir une commission parlementaire pour vraiment étudier les lacunes de ce programme. Merci beaucoup.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Une dernière intervention là-dessus avant de passer à Mme la députée de Sherbrooke.

M. Rochon: Deux choses seulement, M. le Président. D'abord, lacunes. Il faut dire que ce programme-là, qui est déjà assez bien conçu, je pense, a vu beaucoup d'ajustements qui ont été apportés dans les premiers six mois, surtout dans les premiers six mois, je pense, de sorte qu'à l'expérience de la mise en oeuvre du programme, partout où ça pouvait accrocher, y compris d'avoir amené le programme à une mensualisation du plafond, c'est quelque chose d'assez important. Ça représentait pour les contribuables un montant important, collectivement — je ne le connais pas de mémoire — de plusieurs millions de dollars que ça faisait comme

différence. Donc, c'est un bon programme qui a été déjà beaucoup amélioré, à l'expérience, en le mettant en oeuvre.

Maintenant, ce à quoi fait référence le député, c'est un choix, et quand on évaluera le programme on pourra avoir cette discussion-là en ayant vraiment l'expérience de la mise en oeuvre et voir s'il faut faire un changement, mais en vivant avec les conséquences. Et je pense que tout le monde, que ce soit privé ou public, accepte qu'il y ait un principe de base très important pour que ce soit finançable, ces programmes-là, c'est qu'il faut éviter la sélection des clientèles qui sont partagées. S'il y a deux partenaires, différents partenaires privés ou partenaires privés-publics, qu'il y ait un mécanisme qui puisse créer un biais: que tous ceux qui consomment beaucoup se retrouvent du même bord, puis ceux qui ne consomment pas se retrouvent ailleurs. Autrement, c'est tout le régime qui va écraser. Ce n'est pas compliqué.

Et, à la limite, si ça ramène la discussion, est-ce que le privé quitte ce champ-là parce que la population, pour certains inconvénients... Il n'y a pas de système parfait. Il y a toujours des avantages et des inconvénients. S'il y a un choix social qui fait que, non, pour aller chercher un certain nombre d'avantages de plus on veut avoir un champ complètement ouvert et donner ce programme-là au public, ça pourra se faire, mais là il faudra bien voir quelles sont les conséquences aussi, pas sur des amis, sur des entreprises tout à fait légitimes, qui sont importantes dans l'économie du Québec et qui créent beaucoup d'emplois. Alors, ces choix-là se feront.

Moi, je maintiens que, si on veut vraiment faire des choix corrects alors qu'on a un régime qui, s'il a certains inconvénients, a beaucoup d'avantages dans la balance des avantages et des inconvénients et, pour la grande, grande proportion des gens qui y adhèrent, une amélioration nette par rapport à ce qu'était leur situation auparavant, l'expérience va nous permettre de faire l'évaluation complète. À l'automne prochain, on devrait avoir terminé une politique du médicament qui va compléter d'autres actions qui peuvent être faites en plus et autour du programme d'assurance-médicaments. Là, on sera vraiment en situation pour avoir une vue complète de la situation, une assez bonne expérience pour être capable d'apprécier vraiment les avantages et les inconvénients, les avantages qu'on veut consolider et les inconvénients qu'on veut corriger, puis une bonne analyse aussi des options possibles.

Parce qu'il faut bien faire attention que quand on a quelque chose qui fondamentalement fonctionne déjà bien, pour corriger certains inconvénients... Et moins il en reste, d'inconvénients — je pense que c'est le cas de ce programme-là — plus c'est délicat si on ne veut pas créer d'autres effets qu'on appelle pervers et arriver finalement à une situation où on aura reculé plutôt que d'avoir avancé. Essayer de faire ça avant trois ans, je pense que ce n'est pas réaliste. Quand on dit trois ans, c'est l'an prochain, ça. Il faut bien réaliser ça. C'est ça. Le temps de se préparer pour faire ça, on va être rendu là. Alors, ce que souhaite le député, c'est ce qu'on se prépare à faire, puis quand on va être rendu là, on va pouvoir le faire correctement.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Il y a actuellement un Parlement écolier à l'intention des élèves de sixième année du primaire. Je n'ai pas besoin de vous dire que pour ces jeunes-là la présence, la connaissance du député est extrêmement importante. J'ai pris un arrangement avec le président de l'Assemblée, et avec l'opposition et le côté ministériel ici, pour qu'on ne suspende que quelques minutes, le temps de se rendre immédiatement en Chambre pour permettre au président de présenter les députés de la commission et on revient tout de suite. Alors, je suspends les travaux pour quelques minutes.

(Suspension de la séance à 10 h 20)

(Reprise à 10 h 37)

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, je voudrais vous remercier pour votre collaboration. Je pense que les jeunes étudiants ont apprécié.

Mme la députée de Bourassa, c'est à votre tour.

Suite à donner aux recommandations du Protecteur du citoyen

Mme Lamquin-Éthier: Merci, M. le Président. Deux questions. Une première encore une fois relative à l'information. On parle beaucoup de responsabilisation et, moi, je veux bien que les usagers — encore une fois, M. le ministre, vous me permettez de dire que la balle est toujours dans votre camp pour trouver un substitut à l'emploi de ce terme-là... Donc, on veut responsabiliser les usagers pour qu'ils aient un comportement à l'égard des services et des soins de santé qui soit le meilleur possible, sauf que l'information, c'est très difficile à obtenir. Moi, je me souviens d'avoir demandé dans le cadre du projet de loi n° 39 des documents d'information et je suis un petit peu sidérée de voir que, étant à l'Assemblée nationale, des fois, face au ministre de la Santé, et là c'était le cas... on demande d'avoir de l'info puis on ne l'a pas, ça me jette à terre. Alors, je voulais juste faire un rappel à quel point c'est utile d'avoir toute l'information pertinente et nécessaire, pas après mais au bon moment, pour pouvoir bien comprendre.

Deuxièmement, dans son rapport annuel qui a été soumis à l'Assemblée nationale du Québec, son 27e rapport, pour la période 1996-1997, à la section relative à la régie de l'assurance-médicaments du Québec, le Protecteur du citoyen évoque des situations difficiles suite aux modalités d'application du régime d'assurance-médicaments. Notamment, vous savez qu'il y a des plafonds différents pour des situations financières analogues. Donc, au moment où on se parle, dans la vraie vie, pour du vrai monde qui n'est pas prestataire de la sécurité du revenu ou encore des personnes âgées, donc pour des travailleurs, des chômeurs, des pensionnés, ces gens-là vont avoir un choix à faire entre payer la

commande de la semaine, payer leur loyer, payer le téléphone ou payer la médication dont ils ont besoin. Beaucoup de gens actuellement n'ont pas la liquidité nécessaire quand ils arrivent devant le pharmacien et qu'on les informe des montants à payer. Ils ne l'ont pas, ils ne peuvent pas payer. Alors, ils revirent de bord puis ils ne prennent pas la médication. On peut donc s'attendre, je pense, pour les années à venir, à des coûts importants des suites de la non-consommation des médicaments qui sont requis par l'état de santé des personnes.

Le Protecteur du citoyen évoquait également: «Les assurances collectives: des "forfaits" obligatoires», une situation qui a été évoquée par mon collègue de Nelligan. Tous ceux qui ont accès à une assurance collective doivent maintenant obligatoirement y adhérer et y inscrire leur conjoint et leurs dépendants, ce qui cause, dans les faits, des problèmes.

Et, enfin, il parlait d'une situation dont, moi, j'ai entendu parler lors des contacts téléphoniques quotidiens que j'ai avec des citoyens et citoyennes du comté. Quand vous êtes dans une file, vous attendez pour faire remplir votre prescription et que vous voyez quelqu'un qui poinçonne, puis qui poinçonne, puis qui poinçonne, puis qui poinçonne, puis qui poinçonne sur la caisse, je pense que c'est facile de comprendre que c'est un grand utilisateur de médicaments. Dans certains cas, la confidentialité n'est pas toujours respectée. Les personnes s'étonnent, un, de la longueur de l'opération — allez sur le terrain, M. le ministre, il n'y a rien de plus enrichissant, vous allez voir — et, deux, bien souvent, alors que la personne souffre d'une problématique importante, notamment les sidatiques, on ne veut pas que tout le monde sache, évidemment, qu'on doit consommer beaucoup de médicaments.

● (10 h 40) ●

Donc, le Protecteur du citoyen, à la page 82, déplore l'insensibilité de l'administration qui, à ce jour, s'est limitée à établir l'étalement mensuel, donc, y apporter une modification. Le Protecteur ajoute: «Pour le reste, l'objectif "d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes", que l'on retrouve dans cette nouvelle loi, risque de n'être que des mots pour les citoyens qui doivent subir ces préjugés, au vu et au su des décideurs.»

Ce que je veux savoir, c'est si les recommandations, suggestions, avis transmis par le Protecteur du citoyen ont été pris en compte et si M. le ministre compte y apporter des changements avant la date de révision de juin 1999.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Oui, M. le Président. Je peux dire que, même quand le Protecteur du citoyen avait émis ses commentaires, il y avait déjà, à ce moment-là, beaucoup de correctifs qui avaient été apportés à des situations visées par ces remarques. Si je me rappelle bien, de mémoire, le

nombre de personnes... la liste de plaintes qu'avait eue le Protecteur, il y en avait une proportion très importante — je me demande si ce n'était pas de l'ordre de 50 % — c'étaient des gens qui s'étaient plaints de manque d'information au sujet du régime, quand ils s'étaient plaints...

Mme Lamquin-Éthier: Notamment.

M. Rochon: ...et que, quand l'avis ou les commentaires du Protecteur ont été communiqués, c'étaient déjà des situations réglées.

Mme Lamquin-Éthier: Ce n'était pas la seule.

M. Rochon: Là, je ne me rappelle pas des détails, mais, dans plusieurs autres situations aussi. La mensualisation en avait réglé un bon nombre aussi, du genre de difficultés que les gens avaient.

Mme Lamquin-Éthier: Oui, mais ce n'est pas ça qu'il soulevait, là.

M. Rochon: À la question qui était posée: Est-ce qu'on a tenu compte des commentaires du Protecteur du citoyen? la réponse, c'est oui.

Mme Lamquin-Éthier: De l'ensemble.

M. Rochon: Et pas juste de l'ensemble. Spécifiquement parce que, pour en tenir compte, il fallait tenir compte des différents types de situations qui étaient là. Et ce que je dis, c'est que, même au moment où ces commentaires-là du Protecteur ont été émis, il y en avait déjà beaucoup qui avaient été réglées.

Mme Lamquin-Éthier: Dont vous en avez mentionné une.

M. Rochon: Maintenant, sur deux points plus spécifiques qu'a mentionnés la députée de Bourassa, je voudrais aller plus loin dans mes commentaires. Il y a des choses, je pense, auxquelles il faut faire un peu attention. Je ne vois pas qu'est-ce qu'il y a tellement de différent, pour les personnes qui vont chercher des médicaments à la pharmacie, dans la relation avec le pharmacien qu'elles pouvaient avoir avant l'assurance-médicaments.

Mme Lamquin-Éthier: Elles paient.

M. Rochon: Une personne qui consomme beaucoup de médicaments devait aller là et prendre beaucoup de médicaments. Et les pharmaciens, c'est des professionnels de la santé, encore une fois. Ce n'est pas un comptoir de vente de pilules. C'est des professionnels de la santé. Et dans la section de la pharmacie où se donnent les médicaments d'ordonnance, les pharmaciens sont organisés. Ils ont un code d'éthique et ils ont une façon professionnelle de pratiquer que la confidentialité pour le

patient qui va chercher le service, ça se fait sans que ça soit au vu de tout le monde, là. Non, mais c'est ça.

Mme Lamquin-Éthier: On est derrière le comptoir.

M. Rochon: Ça, c'est la pratique professionnelle du pharmacien, que l'assurance-médicaments n'a pas changée.

Mme Lamquin-Éthier: Mais oui, le lieu a changé.

M. Rochon: Le lieu n'a pas changé. Les patients vont chercher des médicaments à la même place, aux pharmacies.

Mme Lamquin-Éthier: Non. Les sidatiques, avant, recevaient leur médication des hôpitaux.

M. Rochon: Sauf pour les sidatiques qui allaient chercher leurs médicaments présentement à l'hôpital...

Mme Lamquin-Éthier: Anciennement.

M. Rochon: ...mais qui, présentement, peuvent aller chercher ça dans une pharmacie. Et ça, c'est une question qui a été discutée, qui a semblé poser problème au début...

Mme Lamquin-Éthier: Elle est corrigée?

M. Rochon: ...et qui a été réglée, à ma connaissance, finalement, à la satisfaction de tout le monde.

Maintenant, comme tout régime qui s'applique à tout le monde, à toute une population, plus de 7 000 000 de personnes, on corrige, on améliore un tas de situations. Il peut toujours rester, en bout de compte, un petit nombre de personnes qui ont une situation générale à laquelle à peu près aucun système ne peut s'adapter par des mesures de système, il faut vraiment intervenir sur une base individuelle, tenir compte de la situation de la personne. Et, dans le cas du médicament, les gens qui peuvent être dans une situation où même un 16 \$ par mois pour les médicaments serait encore au-delà de ce qu'ils peuvent faire sont vraiment des gens qui sont dans une situation qui est dramatique à plusieurs égards. C'est des gens pauvres, évidemment. C'est des gens qui ont beaucoup de problèmes et qui ont des difficultés, pas juste avec le médicament, ils ont des difficultés pour le logement, ils en ont pour la nourriture, ils en ont pour l'alimentation. C'est des gens qui sont dans la misère. Et ça, ce n'est pas le programme d'assurance-médicaments qui peut régler ce genre de situation là. Il y a d'autres approches au niveau de la sécurité du revenu, il y a d'autres approches qui se font par le gouvernement pour améliorer. Il y a là des problèmes, mais ce n'est pas de la responsabilité du programme d'assurance-médicaments.

Ceci dit, pour ne pas que le médicament vienne ajouter aux problèmes que ces gens-là ont, il y a eu dès le début une approche très personnalisée pour ces personnes-

là. D'abord, en comptant avec le pharmacien, qui est le professionnel de la santé qui est le premier contact avec ces gens-là. Les pharmaciens ont pu travailler en collaboration avec les CLSC et en collaboration avec la RAMQ et les pharmaciens savaient qu'il n'y avait pas de raison pour qu'une personne parte sans avoir ses médicaments parce qu'elle n'était pas capable de payer. Il y a une équipe à la RAMQ qui a été mise en place pour ça, et je vous demanderais, M. le Président, si on peut demander à M. St-Pierre de nous en dire peut-être un peu plus pour qu'on sache comment ça a fonctionné réellement et comment non seulement des situations décrites par le Protecteur du citoyen, mais, en bout de ligne, comment chacune des personnes a vu qu'on a apporté un soin à s'assurer que la personne avait le médicament, n'était pas privée de ce dont elle avait besoin.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. St-Pierre.

M. St-Pierre (Marc): Oui, merci, M. le Président. Il y a effectivement, comme l'a mentionné le ministre, une petite équipe qui a été mise en place dès l'entrée en vigueur du nouveau régime d'assurance-médicaments, une petite équipe qui est composée de deux pharmaciennes et qui traite des cas ad hoc, sur une base individuelle. Au cours de la dernière année, on a traité 1 373 cas et, dans la majorité des cas, on trouve une solution, et, je dirais, c'est un traitement global qui est fait. Bien sûr, ces cas-là entrent chez nous via une problématique de médicaments. Mais souvent ce n'est pas... Il y a une problématique, bien sûr, de médicaments, mais il y a bien d'autres choses. Il y a une problématique de logement, d'habitation, d'aide sociale, de gestion des finances personnelles des individus. On a développé un réseau de contacts avec les CLSC, avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, avec des intervenants des milieux communautaires et, dans la très grande majorité des cas, on réussit à régler ces dossiers-là. Mais ça demeure des cas individuels. Il n'y a pas de règle, je dirais, magique. Souvent, c'est de l'écoute qui est faite auprès des personnes et, dans la très grande majorité des cas, on trouve une solution.

Situation de personnes dans l'incapacité de payer leurs médicaments

Mme Lamquin-Éthier: M. le Président, à l'avenir, lorsque je serai informée de situations dramatiques où des gens sont dans l'impossibilité de payer leurs médicaments, à qui dois-je m'adresser? À la Régie de l'assurance-maladie, pour dénoncer le problème, ou à vous-même?

M. St-Pierre (Marc): Bon...

M. Rochon: Excusez. Je peux préciser une chose avant?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui, M. le ministre.

M. Rochon: Les gens communiquent directement avec vous au besoin?

M. St-Pierre (Marc): Bon, les gens communiquent... La provenance, on en a effectivement, des cas qui nous arrivent directement de bureaux de députés. Il y en a eu, pour votre information, 188 au cours de la dernière année. Règle générale, cependant, je vous dirais que c'est plus soit des médecins, des pharmaciens ou des organisations communautaires qui communiquent avec nous pour discuter d'un cas particulier d'une personne, mais il y en a aussi des personnes...

Mme Lamquin-Éthier: Est-ce que c'est vous-même, votre bureau, votre secteur?

M. St-Pierre (Marc): C'est à mon bureau, effectivement. Les deux personnes en question travaillent directement pour moi.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mais le député peut le faire sans aucun problème, d'après ce que je comprends.

M. Williams: C'est quoi, votre numéro de téléphone, s'il vous plaît?

M. St-Pierre (Marc): Ha, ha, ha!

M. Rochon: M. le Président...

M. Williams: S'il vous plaît, votre numéro de téléphone?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

Mme Lamquin-Éthier: Parce que la Régie...

M. Rochon: Bon. Là-dessus, c'est toujours évidemment...

M. Williams: Lis le numéro de téléphone pour tout le monde.

M. Rochon: Si on veut vraiment aider les gens qui sont en difficulté, c'est important qu'on sache tous que les premières personnes à contacter pour une personne qui a de la difficulté, c'est les professionnels de la santé qui s'occupent de ces gens-là.

Mme Lamquin-Éthier: C'est-à-dire?

M. Rochon: Comme M. St-Pierre l'explique très très bien, le premier contact à faire, c'est avec un pharmacien. Si, pour une raison ou pour une autre, le pharmacien n'a pas réalisé qu'un de ses clients, une des personnes qui vont là avait quelque difficulté... c'est le pharmacien ou, si la personne a aussi des services qu'elle

reçoit du CLSC, son médecin, qui sont... c'est peut-être plus facile pour eux que pour le patient. Dans bien des cas, le patient le fait, et il peut le faire très bien. Mais, si, pour une raison ou pour une autre, le monsieur ou la madame ne peut pas le faire ou n'est pas à l'aise pour le faire, la meilleure personne pour entrer encore en communication avec la Régie...

M. St-Pierre (Marc): C'est le CLSC.

M. Rochon: ...c'est le CLSC, ou le professionnel, parce que, lui, il peut voir ce qu'il peut faire...

Mme Lamquin-Éthier: Qui au CLSC?

● (10 h 50) ●

M. Rochon: ...ce que la Régie peut faire, et il peut communiquer avec un autre. C'est son travail de faire ça comme professionnel, et les gens le font volontiers. Ça, c'est la meilleure façon d'aider les personnes. Et, moi, je dirais à la députée de Bourassa: La meilleure chose à faire quand il y a des gens qui ont cette difficulté-là, si la personne a quelque difficulté à aller la trouver, l'information qu'il lui faut, c'est de communiquer avec le professionnel, avec son médecin, ou avec le CLSC si elle n'a pas de médecin, ou avec son pharmacien. De toute façon, le CLSC, lui, va s'en occuper, s'il n'y a pas un professionnel dans son cabinet privé qui connaît la personne et qui peut la prendre en charge. Je ne sais pas si, d'expérience, là...

M. St-Pierre (Marc): Oui, oui, absolument. Les CLSC ont tous le numéro des cas problématiques, et la majorité des cas nous rentrent via les CLSC.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Mme la députée.

Mme Lamquin-Éthier: Le numéro de téléphone de M. Marc St-Pierre à Québec, c'est 418-682-5167.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous avez une autre question?

Mme Lamquin-Éthier: Oui, la dernière.

Des voix: Ha, ha, ha!

Liste des services couverts par l'assurance-maladie

Mme Lamquin-Éthier: Dans le cahier *L'étude des crédits 1998-1999, Régie de l'assurance-maladie du Québec*, dans l'annexe 8, on a une liste des services qui ne sont plus assurés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec depuis 1995. Dernièrement, j'ai été interpellée par l'Association québécoise des droits des retraités, l'AQDR, section Montréal-Nord. Beaucoup de personnes âgées apprennent, à l'heure actuelle, tout à fait par hasard, soit en se présentant à l'hôpital, soit à la clinique externe, soit

au cabinet privé, qu'il y a des services qui ne sont plus assurés: des examens, des pansements, en tout cas plein d'affaires. À ma connaissance, je ne pense pas qu'il existe un document informatif ou explicatif. Et je ne vous dis pas que je ne comprends pas, je vous dis qu'à ma connaissance il n'existe pas de document où on expliquerait aux gens que, depuis 1995, les services suivants ne sont plus couverts, ne sont plus assurés. Et l'AQDR de Montréal-Nord dénonçait spécifiquement le manque d'information des personnes âgées à ce fait-là et voulait que le ministre de la Santé publicise... Là, je ne veux pas convenir de la modalité d'application de la demande, je veux tout simplement dénoncer que l'AQDR disait souhaiter que le ministre de la Santé publicise, une fois par mois, dans les journaux locaux et les quotidiens, les services de santé qui ne sont plus couverts par l'assurance-maladie. Cette demande-là, je la comprends, je pense qu'elle est légitime, elle est raisonnable. Évidemment, il faut convenir des modalités. Ici, je trouve ça extrêmement intéressant qu'on ait regroupé, dans l'annexe 8, la liste des services, mais la population n'a pas accès à ça. Alors, comment est-ce que les personnes peuvent avoir une vue d'ensemble des services qui ne sont pas actuellement ou qui ne sont plus assurés? Où est-ce qu'elles peuvent trouver cette information-là?

M. Rochon: Alors, M. le Président, chacun des programmes qui sont administrés par la Régie de l'assurance-maladie est supporté par des feuillets d'information, des brochures, ou des choses de genre, qui informent les gens du programme, de ce qui est couvert par le programme, et ces brochures-là sont mises à jour régulièrement. Quand il y a des changements qui sont faits dans le programme, c'est mis à jour et les gens en sont informés.

Mme Lamquin-Éthier: Comment?

M. Rochon: Ce qui est pertinent, quand on parle d'information pour vraiment rendre service aux gens, c'est d'informer les gens de façon spécifique des programmes qui les visent. Si une personne n'a pas de services de ce programme-là, ce n'est pas pertinent pour elle et ce n'est pas utile pour cette personne-là. Maintenant, si la personne veut suivre l'ensemble des programmes, elle peut très bien les suivre, et on peut envoyer, pour chacun des programmes, une information spécifique.

Bon, publier des choses dans les journaux sur l'évolution, le changement, les ajustements qui sont faits aux programmes une fois par mois, là, ce serait une information très diluée. D'abord, il faudrait que les gens sachent quelle journée du mois c'est publié, ou on le publie à tous les jours ou à tous les samedis pour qu'ils aient ça dans leur journal. Et pour ce que ça nous coûterait — parce qu'il faut payer pour ça, il n'y a pas de journaux qui font des cadeaux — pour donner cette information-là toute large, alors que c'est différents morceaux d'information là-dedans, c'est différents groupes de personnes qui sont intéressés par cette information-là, on dépenserait pas mal

d'argent pour aller rejoindre ces gens-là comparativement au moyen qu'on prend actuellement, et là, bien, on aurait l'opposition qui viendrait nous reprocher de faire de la publicité, de dépenser de l'argent en information. À chaque fois qu'on le fait pour dire aux gens comment ils peuvent mieux utiliser leurs services de santé... sur des problèmes de santé de base, sur le tabac, sur le sida, on a, je dirais, toujours des programmes d'information, et l'opposition nous reproche constamment de mettre de l'argent là-dedans. Alors, là, je comprends bien qu'en même temps... là, ils nous suggèrent d'en dépenser plus pour ça pour viser toute l'information générale alors que c'est des groupes qui doivent être informés de façon plus spécifique, ce que la Régie fait. Alors, je veux bien essayer de parler des deux côtés de la bouche en même temps ou faire d'une main ce que l'autre main ignore, puis faire le contraire. Il y a quelque chose que je ne trouve pas tellement cohérent. L'objectif, c'est qu'on tienne les gens informés, puis je pense qu'on prend tous les moyens pour faire ça, et encore là de la façon la plus spécifique possible et non pas pour diluer puis tirer l'information un peu partout, sauf sur les gens qui sont vraiment intéressés.

Mme Lamquin-Éthier: M. le Président, je pense que ce que la Loi sur les services de santé et les services sociaux dit... le Conseil de la santé et du bien-être, d'ailleurs, en a fait une recommandation dans le dernier avis qu'il envoyait au ministre de la Santé par rapport à ce qui demeure du domaine public et qui s'en vient de plus en plus du domaine privé. On dit que la population a droit à l'information pleine et entière; cette population-là va être appelée à faire des choix quant à l'avenir. On va prochainement, et, je l'espère, de façon publique, en commission parlementaire ou autrement, discuter du médicalement requis, et c'est une notion qui, pour l'avenir, est extrêmement importante. Et je ne pense pas que la population pourra faire des choix éclairés si elle n'est pas complètement informée.

Je peux comprendre ce que vous me dites. Oui, effectivement, certaines informations sont plus pertinentes à certains secteurs ou certaines clientèles. Mais je pense qu'il est extrêmement important par rapport... Et c'est la première fois qu'on a, à ma connaissance... Je suis heureuse d'être sur la commission des affaires sociales et de pouvoir avoir accès à cette information-là qui est, pour la première fois, un cumul — en tout cas, je ne sais pas s'il est complet ou partiel — des services qui sont désassurés et qui ne sont plus couverts. Mais ce n'est pas tout le monde qui aura accès à ça. Et, encore une fois, la population a le droit d'avoir toute l'information qui est pertinente et nécessaire au moment où elle se pose des questions, au moment où elle aura à faire des choix importants par rapport à l'avenir du système de santé.

Encore une fois, à l'heure actuelle, on assiste à une privatisation qui est très subtile. On a pu en parler, M. le ministre, lors de notre rencontre mardi, au niveau du maintien à domicile, au niveau de l'appareillage, au niveau des fournitures, au niveau des injections, des pansements, des examens, de plein d'affaires. Mais la population le sait

isolément. Vous le savez parce que vous le vivez, mais je pense qu'il est important que... Puis la population du Québec a le droit d'avoir cette information-là. Je ne veux pas dire que ce n'est pas important d'avoir l'information sur la consommation du tabac. Et je pense qu'on peut faire confiance aux communicateurs puis on peut vous faire confiance aussi pour convenir d'une façon de répondre à une demande qui est déjà formulée, qui n'est pas isolée, parce que l'AQDR a des membres à travers le Québec. Et plus spécifiquement pour les aînés, et je le comprends, c'est très préoccupant de savoir «what's next» puis qu'est-ce que je vais avoir à payer encore après.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Merci, M. le ministre.

M. Rochon: Alors, M. le Président, d'abord, pour ce qui regarde la privatisation, effectivement, la députée était déjà venue sur cette question de façon plus directe au début des travaux de cette commission sur les crédits. Je pense que j'ai pu dire puis expliquer à ce moment-là — je ne rentrerai pas dans tout ça — que, quand on parle de privatisation, ça veut dire différentes choses. Il faut préciser de quoi on parle entre une contribution à des services qui n'ont jamais été assurés dans nos programmes actuellement...

Mme Lamquin-Éthier: Les pansements, les injections.

M. Rochon: ...ou des changements qui sont faits à différents programmes par rapport à un glissement pour laisser aller sur le marché libre la responsabilité d'offrir des services de santé et des services sociaux à la population.

Quand il y a des changements qui sont faits aux programmes, il y en a beaucoup qui sont faits sans que ça veuille dire qu'il y a des services qui sont diminués aux gens. Je prendrai l'exemple — et je pense qu'il y a une question qui est venue aussi en commission parlementaire là-dessus — celui qui me revient à l'esprit — il y avait eu une bonne discussion à ce moment-là — c'est les implants mammaires, par exemple, où le programme a été changé: au lieu de les remplacer annuellement, on les remplace aux deux ans.

Une voix: ...

M. Rochon: C'est ça, les prothèses externes, oui, pas les implants, excusez. Et ça, ça a été fait comme pour d'autres aides techniques, parce que les produits, maintenant, ont une garantie du producteur, qui était d'un an, qui est de deux ans maintenant. Les produits sont améliorés puis la garantie est plus longue. Et la logique du programme a toujours été qu'on remplace quand la garantie ne couvre plus l'appareil en question, de sorte que pendant que le producteur couvre, s'il arrive quelque chose, que l'appareil ne fonctionne pas, bien, il est couvert par la garantie. Donc, on n'a pas besoin de payer à la place du producteur.

Alors, il faut faire attention parce que, quand il y a des changements dans les programmes, ça ne veut pas nécessairement dire... puis, en général, ça ne veut pas dire que c'est un service qui est enlevé aux gens. C'est souvent un ajustement qui est fait dans le genre d'exemple que je viens de donner, ou, des fois, un service qui est enlevé puis qui est remplacé par d'autre chose. Il y a donc une dynamique d'ajustement de ce qu'on appelle le panier de services qui est nécessaire.

● (11 heures) ●

Encore une fois, ça ne veut pas dire qu'il y a peut-être certains services — là, je n'ai pas d'exemple — qui étaient assurés qui ne le sont plus. Oui, je pense à une chose, l'exemple qui me revient. Il fut un temps où on pouvait avoir, par exemple, deux examens généraux faits par un médecin de famille par année à titre préventif. Ça, ça a été ramené à un. Puis une des raisons, c'est que c'est très bien démontré dans la littérature scientifique que vraiment, s'il n'y a pas d'indication clinique, pour des fins purement préventives, pour quelqu'un qui n'a aucun symptôme, aucun problème, ça ne donne rien d'en faire plus que un par année. S'il a un malaise, un symptôme ou quoi que ce soit qui indique une consultation, là, ça devient quelque chose de différent. Bon, ça, effectivement, ça a été de l'argent... je veux dire, les médecins vont être payés pour autre chose que de faire des actes qui ne donnent rien de plus aux gens.

Alors, le seul point que je veux bien marquer ici, c'est qu'il faut faire attention, ce n'est pas parce qu'il y a un changement ou que, apparemment, si on regarde ça de façon isolée, ça a l'air qu'on a changé, enlevé ou diminué l'accès à un service que ça veut vraiment dire ça quand on regarde les raisons pour lesquelles ça a été fait. Encore là, ce qui est important, c'est évidemment que les gens soient bien informés, soient tenus informés. Puis peut-être qu'en complément de ce que je vous dis M. St-Pierre pourrait nous expliquer un peu plus comment la Régie fonctionne et quel type d'information est donnée aux gens.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. St-Pierre.

M. St-Pierre (Marc): Oui. Sur l'ensemble des programmes qui sont administrés par la Régie, il y a évidemment des dépliants d'information sur chacun des programmes qui sont à la disposition de l'ensemble de la population. Ces dépliants-là sont mis à jour de façon régulière et on apporte une attention toute particulière à le faire quand il y a des modifications aux programmes. Malheureusement, ceux que j'ai avec moi aujourd'hui ne sont pas tout à fait à jour, je viens de constater ça.

Il y a également de l'information générale qui est donnée par nos préposés aux renseignements et par notre système à réponse vocale. Évidemment, il y a des gens qui détestent ce système-là, j'en suis conscient, mais il y a quand même 30 % de la population qui communique avec nous et qui, dans notre système à réponse vocale, trouve de l'information sur les différents programmes qui sont administrés par la Régie. Et on est maintenant accessible

également par Internet où il y a de l'information sur chacun des programmes qui sont administrés par la Régie et cette information-là est constamment à jour.

Mme Lamquin-Éthier: Je me souviens, lorsque j'étais au Comité provincial des malades, de la difficulté que j'avais eue à obtenir la liste. Vous savez, quand les médecins omnipraticiens en cabinet ont décidé du jour au lendemain de faire payer à la clientèle les choses qui, jusque-là, avaient été couvertes. Alors, ça a pris la population par surprise. Les gens arrivaient au cabinet puis ils apprenaient qu'il fallait qu'ils paient pour l'injection, qu'ils paient pour des pansements, qu'ils paient pour plein d'affaires. Je me souviens de la difficulté que j'ai eue à obtenir la liste, la damnée liste. Et je me souviens d'avoir pesé sur le 1, pesé sur le 2, pesé sur le dièse, d'avoir passé un avant-midi entre le «pesez sur le 1», le «pesez sur le 2». Imaginez-vous une personne de 85 ans ou une personne qui est malade qui va dans un cabinet... Et c'est parce qu'on l'avait demandé à la Fédération des omnis, on disait: Vous ne pouvez pas faire un petit écriteau, mettre ça dans la salle d'attente où les gens vont rester à regarder les murs en attendant, qu'ils aient la liste de ce qu'ils auront à payer, qu'ils le sachent avant. Parce qu'il y avait beaucoup de médecins, au moment où ils donnaient l'injection, qui n'avaient pas dit à la personne qu'elle paierait le 20 \$ pour avoir l'injection, et c'est à ce moment-là que les gens l'apprenaient.

Il y a beaucoup d'informations, et ça, j'en conviens, et la difficulté que les gens ont, c'est de savoir... Tout le monde n'ira pas à Communication-Québec. Il n'y a pas de bureaux locaux; moi, je n'en ai pas dans mon comté puis je trouve ça bien de valeur. Que je dise à quelqu'un: Allez à Communication-Québec... c'est très difficile d'aller dans le centre-ville. Et pour une clientèle âgée, vieillissante ou malade, qu'elle vienne à mon bureau, je ne pense pas que je lui rende un service en lui donnant 22 feuillets. À l'heure actuelle, on nage dans l'information, mais, de façon absolument extraordinaire, les gens ont beaucoup de difficultés à comprendre ce qui se passe, peut-être parce qu'il n'y a rien à y comprendre.

Encore une fois, la demande qui est faite est capitale, elle est fondamentale, elle est légitime. Et, moi, je suis très heureuse que le Regroupement des organismes communautaires et pour Montréal et pour Québec, plus d'une centaine d'organismes terrains qui, jour après jour après jour après jour, pour vivre dans le réseau et rencontrer des clientèles qui sont touchées par des besoins de services dans tous les secteurs... ces gens-là voient le système se désagréger, ils voient la désresponsabilisation, ils voient l'impact quand on parle de privatisation. Puis là, je ne veux pas rentrer dans des dissociations de passive-active, le Conseil de la santé et du bien-être a fait un excellent document là-dessus où il a dénoncé toutes les formes de privatisation. Il a également dénoncé l'écart de plus en plus grand, plus de 30 %. Ça se fait de façon, dans certains cas, très souterraine. Donc, les organismes qui vivent sur le terrain, et pour Montréal et pour Québec, plus de 100 organismes qui ont fait des enquêtes qui sont récentes, décembre et janvier, dénoncent l'impact.

Utilisation du terme «usager»

Ce que je dis, moi, c'est que je trouve tout à fait légitime la demande de l'AQDR, section Montréal-Nord, qui est partagée par l'ensemble des AQDR à travers le Québec, et que la population en général a droit à la même information, à savoir où on en est à l'heure actuelle avec le système de santé. Aujourd'hui, au moment où on se parle, qu'est-ce qui est couvert, qu'est-ce qui n'est plus couvert, et que je puis espérer demain comme usager — terme que je déteste — payer. C'est ça que les gens veulent savoir. Et, dans la mesure où on va s'attaquer à la discussion du médicalement requis, comment voulez-vous que quelqu'un décide en connaissance de cause s'il n'a pas aujourd'hui ou demain une vision d'ensemble de ce qui était couvert, de ce qui n'est plus couvert et de ce qui risque à l'avenir de ne pas l'être?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre et, j'imagine, M. St-Pierre pour complément d'information.

M. Rochon: Ça fait deux fois, M. le Président, que la députée revient sur la fameuse appellation d'usager.

Mme Lamquin-Éthier: Oui.

M. Rochon: J'attends toujours qu'elle nous fasse des suggestions.

Mme Lamquin-Éthier: Mais, M. le ministre, vous êtes ministre de la Santé. C'est vous qui avez la responsabilité. Est-ce que vous me confiez votre responsabilité? Me la dumpez-vous? Me la déléguez-vous? Est-ce qu'il s'agit d'un partenariat? Moi, je suis bien d'accord, mais dites-moi: Est-ce que c'est un mandat clair que j'ai?

M. Rochon: Faites des suggestions.

Mme Lamquin-Éthier: Non, non.

M. Rochon: Quand ce sera mon tour de parler, je répondrai, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre, si vous voulez continuer, s'il vous plaît.

M. Rochon: Voilà.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: On a eu différents termes qu'on a utilisés. On parle de patient, de bénéficiaire, de consommateur, d'utilisateur, d'usager, de client, et on peut en avoir d'autres. Le terme «usager», moi, je ne suis pas attaché à ça plus que ça. De toute façon, c'est le gouvernement précédent qui a mis ça dans la loi quand il a refait la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ça semblait à l'époque le nouveau terme...

Mme Lamquin-Éthier: Vous êtes là, là. Vous êtes là.

M. Rochon: ...et le meilleur.

Mme Lamquin-Éthier: Vous avez toute la latitude pour faire le changement.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): S'il vous plaît! On vous laisse poser les questions. On va laisser aussi répondre. S'il vous plaît!

M. Rochon: C'est ça. Ce n'est probablement pas pour ça que la population a changé de gouvernement, ou pas juste pour ça. Mais peut-être bien que c'était une raison. Il y a assez de gens qui n'aiment plus le terme, qui étaient tellement horrifiés, qu'ils ont dit: On va essayer un autre gouvernement.

M. Paradis: Mais ils ont gardé les meilleurs éléments pour composer l'opposition.

M. Rochon: Alors, si c'est ça, peut-être que c'est important qu'on le change effectivement, qu'on en essaie un autre pour ne pas que le même sort nous arrive aux prochaines élections.

Non, mais sérieusement, M. le Président, en pratique, ce qui se passe, les gens qui font le plus de critiques sur ce terme-là, qui l'aiment le moins, c'est, je pense, les gens qui sont résidents dans des centres...

Mme Lamquin-Éthier: Non.

M. Rochon: ...des résidences de soins de longue durée — moi, j'en ai beaucoup entendu parler là — et qui aimaient mieux qu'on les appelle des résidents plutôt que des usagers. Ce qu'on a convenu avec tout le monde, c'est que tout le monde s'appelle des résidents. Au lieu de parler d'un comité d'usagers, tu as un comité de résidents. Quand ce terme-là aura fait son temps, on ne l'aimera plus. Parce que «bénéficiaire», ça a fait son temps, ce n'était plus bon; «consommateur», ce n'était plus de son temps. On n'a pas besoin de changer la loi tout le temps pour utiliser dans notre système...

Mme Lamquin-Éthier: Mais vous l'ouvrez, là.

M. Rochon: ...tout le temps autre chose. Maintenant, on peut l'ouvrir. Maintenant, tous les autres termes qu'on a mis sur la table, ça a toujours provoqué des réactions contre aussi. Un terme ou l'autre, il y a des gens qui sont toujours pas d'accord avec. Alors, moi, tout ce que j'ai demandé à la députée, comme c'est normal, je pense, dans un Parlement...

Mme Lamquin-Éthier: Merci de la confiance. Vous avez raison.

● (11 h 10) ●

M. Rochon: ...c'est effectivement sa collaboration, et je ne doute pas que, si elle est très préoccupée par cette question, sûrement parce qu'elle en parle souvent...

Mme Lamquin-Éthier: Perspicace.

M. Rochon: ...elle est sûrement aussi préoccupée à chercher une solution. Elle a tellement de contacts avec la population, elle parle à beaucoup de personnes à tous les jours, elle est très bien placée pour demander aux gens et avoir des suggestions, puis, moi, je lui dis: Je suis tout à fait ouvert à ça. On en cherche des suggestions, on en prend de partout. Alors, je ne doute pas que la députée, avec toute sa base d'information, toute l'imagination dont elle peut faire preuve, pourra nous faire des suggestions et qu'on va s'empresser de les suivre, si vraiment ça améliore la situation. Mais, quand on change quelque chose, on veut être sûr qu'on change pour une amélioration et non pas pour se remettre dans une situation...

Mme Lamquin-Éthier: Mais c'est ce que vous dites faire.

M. Rochon: ...où il va y avoir autant de monde ou plus de monde qui ne sont pas satisfaits. Bon.

Une voix: Il a repris sa réforme.

M. Rochon: Alors, on pourra faire... Ha, ha, ha!

Mme Lamquin-Éthier: Oui, c'est ça que vous dites, pour la réforme.

M. Rochon: On pourra faire la discussion là-dessus tant qu'on voudra, mais, moi, je suis très ouvert à prendre un autre terme dès que ce sera possible.

Liste des services couverts par l'assurance-maladie (suite)

Une autre chose qu'a dite la députée. Évidemment, donner 22 feuillets à quelqu'un pour avoir de l'information, ça fait pas mal de choses à démêler, à moins que quelqu'un veuille vraiment avoir une information complète puis prendre le temps de passer à travers, ça va. Autrement, je suis sûr que ce n'est pas ça qui va arriver à une personne qui va voir la députée de Bourassa. Parce que, de la façon dont elle nous parle, elle va avoir écouté cette personne-là, elle va avoir parlé avec elle, elle va avoir bien compris quelle est la situation, quel est le problème ou quelle est l'information précise que veut la personne et elle va pouvoir elle-même lui sélectionner le ou les quelques feuillets qui visent cette personne-là et qui est intéressée à les recevoir, puis elle va les lui remettre. Elle ne lui remettra pas, comme ça, une pile de feuillets en disant: Démêlez-vous avec ça, trouvez ce qui vous intéresse. Et c'est ça qu'on appelle le service qu'on donne aux gens, et c'est ce que font les professionnels de la santé, et il n'y a

pas de doute qu'un député peut en faire autant sinon plus, à certains égards, pour ses commettants.

Un dernier commentaire et peut-être, M. St-Pierre, s'il y a des éléments qui peuvent être ajoutés, que le président vous laissera la parole. Il faut faire attention à des incidents qui sont arrivés, comme des médecins qui parfois ont modifié des façons de faire et qui ont amené là aussi, quand ça a été le cas et que ça a été nécessaire, des corrections. Dans les ententes qui sont signées avec les médecins, il y a une partie de la rémunération du médecin qui couvre des frais de pratique et qui vise justement... parce que le même acte est rémunéré et payé à un tarif plus élevé si c'est fait au cabinet du médecin par rapport au même acte à l'hôpital, en consultation externe ou à l'urgence, parce que là l'établissement supporte le coût d'un certain nombre d'éléments qui contribuent: le pansement ou la seringue, des choses du genre. Si c'est fait au cabinet du médecin, l'acte est payé plus cher par un facteur de 20 %, 25 %, je pense. Ça fait partie de l'entente avec les médecins pour couvrir ces frais-là.

Si, à un moment donné, les médecins décident qu'ils ne vont plus couvrir certaines choses, ça veut dire que normalement ça doit être revu en négociation et, dans la négociation actuelle avec les médecins de familles, la FMOQ, c'est une autre chose qu'on rediscute, ça, jusqu'à quel point l'impact de réorganisation des services de santé, l'évolution de la pratique médicale, le développement de différents types de technologies qui n'existaient pas avant... quel impact ça peut avoir eu sur les frais de pratique, comme les médecins les appellent, et quel ajustement devrait être fait là. Alors, normalement, tout le monde doit assumer ses responsabilités dans un système comme ça et ne pas faire de changements, à un moment donné, sans être remonté à l'entente de base et voir quel ajustement on fait si c'est nécessaire de le faire. M. St-Pierre, est-ce qu'on peut rajouter plus? Non.

Mme Lamquin-Éthier: Si vous me permettez, M. le Président, juste souligner que M. le ministre procède actuellement à certaines modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le projet de loi n° 404. Donc, c'est une bonne occasion. Et je conviens formellement avec vous de ma collaboration quant au terme «usager». Mais je ne veux pas faire votre travail, je vais collaborer, parce que vous êtes le ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Lamquin-Éthier: Deuxièmement, les feuillets, moi, vous ne me les envoyez pas automatiquement. Je n'ai jamais été sur la liste d'envoi de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et je ne suis pas sur la liste d'envoi de Communication-Québec. Alors, à toutes les fois, on fait de la prospection, c'est-à-dire qu'on prend le téléphone, et joyeusement... Vous savez que passer à travers les réseaux aujourd'hui, c'est encore là une belle expérience, surtout à la Régie de l'assurance-maladie.

Une voix: ...

Mme Lamquin-Éthier: Non, non, non, ce n'est pas toujours facile. Je me souviens, moi, d'avoir passé des avant-midi au téléphone. Une fois, j'avais interpellé le président, je n'étais plus capable, je devenais folle. Puis je pense à une femme de 85 ans, vous savez, choisir les menus, les compagnies. Ça fait que je suis... Vous allez me mettre sur votre liste d'envoi? Bien, je l'apprécie beaucoup.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Est-ce que, M. le ministre ou M. St-Pierre, vous avez un dernier commentaire sur ça en particulier?

M. St-Pierre (Marc): Peut-être pour ajouter, si vous permettez, M. le Président, que le système de réponse vocale de la Régie a été modifié, a été de beaucoup amélioré. Maintenant, on peut parler à une préposée en tout temps en faisant le 0.

Mme Lamquin-Éthier: Oui, c'est ça, le truc, passer par le 0.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Ça va? Alors, M. le député de Saint-Hyacinthe.

Impact du passage à l'an 2000 sur les systèmes informatiques

M. Dion: Merci, M. le Président. Évidemment, c'est dans un autre ordre d'idées que je voudrais interroger, mais c'est quand même quelque chose d'excessivement important. Vous savez que tout le monde se préoccupe beaucoup, avec l'arrivée non pas de la fin du monde mais de l'an 2000, se préoccupe beaucoup du fait qu'il y aurait toutes sortes de cataclysmes dans les systèmes informatiques et qu'on pourrait avoir des problèmes très graves. En Chambre, il a été question que, évidemment, tout était en place pour que les transformations se fassent correctement au niveau de l'ensemble du gouvernement. Cependant, j'aimerais ça, si c'était possible, M. le Président, M. le ministre, que vous puissiez nous donner des informations sur l'état de la situation à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, parce qu'on sait qu'on y fait un très large usage des systèmes informatiques. Est-ce que l'arrivée du troisième zéro ne sera pas une situation dramatique? J'imagine que non, mais j'aimerais l'entendre.

M. Rochon: Oui. Alors, M. le Président, comme le député a fait référence à ce qui avait été soulevé comme question en Chambre, je pense que j'avais pu dire à ce moment-là que, pour l'ensemble du réseau, il y avait un travail intensif et qu'on intensifie présentement dans tout le réseau pour s'assurer qu'on trouve une solution pour l'an 2000. Et il faut bien faire une distinction aussi, quand on parle de ça pour la population, entre les appareils: respirateurs, moniteurs ou autres, qui fonctionnent avec un système informatisé, qui, à ce que j'ai compris, est une approche différente et qui peut permettre de refaire complètement, si c'est nécessaire, le système informatique, par rapport aux systèmes d'information généraux, où c'est

un autre genre de situation. Et il y a sûrement une priorité énorme qui est mise là pour tout ce qui regarde les appareils qui participent au traitement des patients pour ne pas qu'il y ait de difficultés puis, encore moins, de drames à ce moment-là.

Maintenant, la Régie de l'assurance-maladie du Québec joue un rôle très important là-dedans parce que c'est de plus en plus la banque d'informations. Elle assume de plus en plus un rôle de banque d'informations pour l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux. Et, là aussi, bien sûr, il y a un travail important qui est fait. Et M. Houde pourrait donner plus d'informations que moi, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Houde.

M. Houde (Pierre): Alors, M. le Président, effectivement, la Régie de l'assurance-maladie compte un portefeuille d'applications informatiques et d'actifs technologiques fort important. C'est sans doute un des plus importants dans l'appareil gouvernemental avec 125 applications et, pour être un peu plus technique, au-delà de 9 000 000 de lignes de code. Donc, c'est un travail assez gigantesque de mettre à niveau pour l'an 2000 l'ensemble de ces systèmes-là. Évidemment, certains systèmes sont plus importants et plus critiques que d'autres et ce sont ces systèmes-là qu'on considère en priorité.

Le processus de mise à niveau est déjà enclenché. Il y a une planification qui a été faite de façon très attentive et qui est respectée jusqu'à maintenant. Certaines étapes ont d'ailleurs déjà été franchies. L'ordinateur principal de la Régie, qui ne pouvait pas supporter de traverser l'an 2000, a déjà été remplacé. Ça inclut le parc de disques informatiques qui gravite autour de ça. Donc, c'est une étape importante qui est déjà, elle, réalisée.

La mise à niveau des principaux systèmes est enclenchée et on prévoit que, pour les systèmes les plus importants et les plus critiques, dès janvier 1999, la mise à niveau sera complétée et les tests pourront commencer, de sorte qu'avec la planification qui a été mise en place, qui a d'ailleurs été soumise et approuvée par le conseil d'administration de la Régie, avec cette planification-là et le suivi très serré qu'on en fait et une évaluation constante de la gestion du risque dans cette opération-là, la Régie est très confiante que tous ses systèmes vont traverser l'an 2000, vont être à niveau pour traverser l'an 2000 et qu'il ne devrait pas y avoir quelque problème que ce soit une fois arrivé le 1er janvier 2000.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Et comme tout ça fait partie, comme je vous disais, d'une opération pour l'ensemble du réseau, tant qu'à en parler puis avoir une information complète, M. Mercier, qui est directeur général des systèmes d'information au ministère, pourrait rajouter un complément d'information.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Certainement. M. Mercier.

• (11 h 20) •

M. Mercier (François): M. le Président, d'abord, pour ce qui est des modifications dans le réseau socio-sanitaire, il y a deux types de modifications, il y a deux types d'enjeux. Il y a les enjeux pour les systèmes d'information. Ce travail-là est commencé au ministère et dans le réseau depuis 1996 par le rajeunissement de certains systèmes: par exemple, dans les CLSC, dans les établissements de soins de longue durée. Les hôpitaux, par exemple, depuis la fin de 1997, ont un plan de passage à l'an 2000, les CHU en particulier. Il y a une région, par exemple, la région de l'Estrie, qui agit un peu comme région-pilote, à la fois pour les systèmes d'information, mais aussi pour les équipements biomédicaux. C'est parce que, dans le secteur de la santé et des services sociaux, il y a tout l'enjeu des équipements biomédicaux qui ont, par exemple, soit des horloges internes ou qui sont reliés à des systèmes d'information où on a besoin de s'assurer de la conformité.

Pour faire ce travail-là, il y a une entente entre les régions régionales, le ministère et les établissements de façon à avoir une approche beaucoup plus de gestion de risque, où il y a un travail qui se fait, un travail de coordination hautement centralisé, pour ce qui est de la coordination. Ça n'enlève pas la responsabilité des établissements, mais la coordination implique la mise en commun de l'information, s'assurer que le travail n'est pas fait en double parce que, d'ici l'an 2000, on n'a pas le temps de vérifier dans chaque hôpital 20 fois, 30 fois le même équipement. Alors, le travail de coordination, c'est pour s'assurer que, quand le travail est fait une fois, il est bien fait une fois. L'ensemble des établissements du secteur sont informés et peuvent profiter de l'expérience des autres. Alors, c'est ce genre de travail de coordination là. Le genre de travail de coordination prévoit aussi la mise en place de plans de contingence, c'est-à-dire de plans alternatifs, s'il y avait des problèmes potentiels avec des équipements.

Là où on en est rendu actuellement, c'est que, pour certaines régions par exemple, les inventaires d'équipements biomédicaux sont passablement terminés. Il y a un site spécial accessible à tous les établissements où ils peuvent suivre l'inventaire pour l'ensemble du Québec. Ils peuvent avoir les informations qui sont mises à la disposition des établissements par les fournisseurs. Ils peuvent avoir accès, par exemple, à l'évaluation d'équipements qui est faite dans des régions, mais qui est aussi faite dans d'autres provinces, sur ce site-là. Et ce site-là est un site Extranet, c'est-à-dire à accès contrôlé, pour l'ensemble des établissements du réseau.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): On vous remercie. M. le député.

Établissement d'un réseau de télécommunications

M. Dion: Oui, M. le Président. C'est très intéressant et c'est rassurant de voir que ça fait déjà quand

même trois ans que le processus est commencé et depuis un an que, déjà, il y a des systèmes qui servent de modèles à une autre partie du réseau pour pouvoir finir par arriver. Et ce que j'ai compris, c'est que vous avez planifié la transformation de façon à vous donner plus ou moins un an pour la mise au point technique sur l'ensemble du réseau, donc, l'année 1999.

Hier, M. le ministre, à la suite d'une question du député de l'Acadie, je crois, vous avez parlé d'appel d'offres pour un réseau de télécommunications dans le système de santé et de services sociaux. J'aurais voulu vous poser une question pour mieux comprendre de quoi il s'agissait à ce moment-là et je n'ai pas pu. Seriez-vous en mesure de revenir sur cette question-là, et peut-être qu'il y a un lien avec ce qu'on est en train de discuter pour la régie de la santé et des services sociaux — de façon à ce qu'on ait un portrait global de la situation. J'imagine que, s'il y a eu un appel d'offres dans le contexte actuel, il doit y avoir une certaine relation entre les deux.

M. Rochon: Alors, M. le Président, pour profiter de la présence avec nous de M. Mercier, plutôt que je redise ce que j'ai dit, pour le dire mieux et plus, je pense qu'on pourrait donner la parole à M. Mercier, si vous êtes d'accord.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Mercier.

M. Mercier (François): M. le Président, l'appel d'offres dont on a fait mention hier — et j'ai lu les commentaires de l'Assemblée nationale — il faut comprendre une chose. C'est que, en décembre 1997, le gouvernement a autorisé le ministre de la Santé à procéder suite à un appel d'offres public qui avait été fait en 1997, dont les travaux avaient été commencés en 1996, pour octroyer un contrat d'abonnement, c'est-à-dire d'achat de services, pour l'ensemble des sites du secteur sociosanitaire, c'est-à-dire les 2 200 endroits où on donne des services mais dans des établissements publics du secteur. Ce contrat-là a été octroyé aux télécommunicateurs qui, à ce moment-là, avaient... Il y avait eu deux soumissionnaires: les télécommunicateurs, c'est-à-dire Bell, Québec-Tel, Télébec, d'une part, avec Bell Sigma; et, d'autre part, Vidéotron, AT&T. Ces deux soumissionnaires-là avaient un écart extrêmement important. Les deux soumissionnaires étaient conformes, mais il y avait un écart de 45 % entre les prix de celui qui a remporté l'appel d'offres et de celui qui ne l'a pas eu.

Ce réseau-là est un réseau qui permet, par exemple, de créer des liens entre tous les établissements, et c'est un réseau dont les objectifs, c'est de faire en sorte que l'accès aux services, la transmission de l'information, la sécurisation des données puissent se faire de façon standard au Québec. On sait que les données sociosanitaires sont sensibles; il y a un volet extrêmement important au niveau de la sécurité dans ce réseau-là. L'entente qu'il y avait à ce moment-là entre l'ensemble des régies régionales et le gouvernement du Québec — parce qu'il ne faut pas oublier que cet appel d'offres là, qu'on avait mené en 1997, c'était

le ministère avec les régies régionales — il y avait un accord pour faire en sorte que l'ensemble de ce réseau-là puisse permettre un meilleur accès aux services, comme je le mentionnais, mais que ce soit un abonnement, style, par exemple: On s'abonne à l'électricité. Parce que, dans le secteur des technologies de l'information, il est reconnu partout à travers le monde que ça évolue tellement rapidement qu'il n'est pas avantageux d'acheter énormément d'équipements et de les opérer soi-même.

L'appel d'offres du CHUM, dont on a parlé à l'Assemblée nationale, c'était un appel d'offres qui venait, jusqu'à un certain point, doubler une partie, et c'était aussi un appel d'offres qui concernait l'acquisition d'équipements. Les discussions qu'il y a eu avec le CHUM — malheureusement, j'ai vu l'article, il y avait certaines inexactitudes — datent de décembre 1997 jusqu'à aujourd'hui; ce n'est pas juste les deux dernières semaines.

Une voix: ...

M. Mercier (François): Je viens de perdre ma concentration, mais je vais la reprendre. Ha, ha, ha!

Une voix: Si on repart là-dessus...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Il y en a qui ont développé cette technique-là.

M. Mercier (François): Ils ont plus d'habileté que moi là-dessus.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ha, ha, ha!

M. Mercier (François): M. le Président, à ce moment-là, les discussions avec le CHUM et l'enjeu dans ce dossier-là étaient de faire en sorte que ou le CHUM a son réseau virtuel privé ou le CHUM participe à l'ensemble du réseau, et c'est le fond du débat. Ce que je trouve intéressant, c'est que, dans les articles, on compare deux appels d'offres qui sont totalement différents et qui sont incomparables. On compare un appel d'offres, par exemple, d'acquisition de biens, c'est-à-dire d'achat d'infrastructures, d'installation d'infrastructures, d'opération d'infrastructures, à un abonnement, à un appel d'offres d'abonnement. Alors, ce à quoi on a fini par arriver comme entente avec le CHUM, c'est que le CHUM s'abonnerait au réseau, utiliserait les services du réseau déjà prévus et déjà autorisés par le gouvernement du Québec. Je m'excuse de ma longueur, mais c'est...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Non, ça va. Je vous remercie. Ça va, M. le député?

M. Dion: Je veux être sûr d'avoir bien compris. Vous disiez au début que...

• (11 h 30) •

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Excusez. M. le ministre, je pense qu'il a un commentaire.

M. Rochon: Peut-être j'ajouterais un petit commentaire pour corriger. On m'a montré rapidement qu'il y a une information qui a été reproduite dans un journal ce matin à l'effet que l'autre projet, qui est de développer, à partir de ce réseau central, le réseau de télécommunications du système de la santé et des services sociaux, il y a, en complément à ça, à développer les liens avec les cabinets des professionnels, les médecins et éventuellement d'autres professionnels, et, encore là, si on voit le développement dans les prochaines années de ce système-là, les liens avec même les foyers, parce qu'il y a déjà des expériences qui sont en cours, de services qui peuvent être donnés, de suivis qui peuvent être faits au domicile des gens et en utilisant l'écran de télévision que les gens ont déjà, qui permettent de parler et de voir le professionnel dans son cabinet ou dans le CLSC et d'avoir même une conversation, et, entre autres, il y a des expériences intéressantes qui ont été faites pour raccourcir le temps, encore là, d'institutionnalisation des gens qui doivent avoir une réadaptation, qui est accompagnée d'exercices ou de choses qui doivent être faites, où ça peut être fait à domicile. J'ai vu une de ces démonstrations où régulièrement, à tous les jours ou le nombre de fois par semaine que c'est requis, à une heure convenue, au lieu, d'abord, de rester dans l'établissement pendant trois, quatre mois de plus pour faire des exercices et avoir certains traitements, on installe ça à la résidence de la personne puis, au lieu de se déplacer même pour certains contrôles, à une heure prévue, les journées convenues, il y a une communication qui s'établit et les gens se voient par écran, parlent, discutent. Alors, c'est tout ça, là, que ça va donner comme système.

La partie de connexion — je ne sais pas si c'est le bon terme, là — vers les cabinets, vers les foyers, ça, c'est Vidéotron qui est impliqué là-dedans. C'est parce que les journaux disaient que les décisions qui auraient été prises étaient à l'effet d'enlever ce contrat-là à Vidéotron. Ça, c'est vraiment une expertise qui a été très bien développée par Vidéotron et ils sont impliqués. Oui, c'est ça, c'est Vidéotron et AT&T qui sont impliqués là-dedans. Ça, c'était déjà un développement qui était en marche et, ça, ça n'a pas été modifié. Ça ne faisait pas partie de la décision qu'a prise le ministère qui était vraiment d'avoir un réseau de base, une armature de base, et le reste continue à se faire comme prévu. Et, à cet égard, on prévoit avoir bientôt puis commencer des projets-pilotes qui vont permettre, quand une région a assez bien intégré son système, qu'on puisse commencer, sur une base-pilote d'abord, à faire ces extensions-là à l'extérieur du système.

M. Dion: O.K. Tout ça est un petit peu compliqué pour un profane, probablement que tous mes collègues comprennent très bien, mais...

M. Rochon: On est plusieurs à se sentir profanes. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Dion: Au début, vous avez expliqué que l'appel d'offres, c'était pour un contrat d'achat de services. Bon. Et ensuite vous avez parlé qu'il concernait aussi l'acquisition donc l'achat d'équipement. Alors, je voudrais bien comprendre. Est-ce qu'il y a eu deux appels d'offres ou... Enfin, c'est tout ça.

M. Mercier (François): Si vous permettez, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Oui.

M. Mercier (François): L'appel d'offres du réseau sociosanitaire pour relier l'ensemble des établissements de l'ensemble du Québec, y compris ceux du Grand Nord, tous, ça, c'est un achat de services et c'est l'appel du réseau de télécom sociosanitaire dont les télécommunicateurs ont remporté l'appel d'offres.

M. Paradis: Ici, c'est le contraire. D'habitude, c'est le fonctionnaire qui souffle au ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Nous autres, la communication est très fluide dans les deux sens.

M. Mercier (François): Dans tous les sens.

M. Paradis: Le ministre est un peu fonctionnaire.

Une voix: C'était à ça que tu voulais en venir.

M. Mercier (François): L'autre appel d'offres, l'appel d'offres pour l'acquisition d'équipement, c'est un appel d'offres qui a été lancé par le Centre hospitalier universitaire de Montréal quelques semaines avant que le contrat soit octroyé, en décembre; l'appel d'offres s'est terminé en janvier. Mais, celui-là, c'est un autre appel d'offres complètement, c'est un appel d'offres sur invitation par le Centre hospitalier universitaire de Montréal qui avait fait comme choix d'explorer la possibilité d'avoir son propre réseau. C'est deux choses complètement différentes.

M. Rochon: Oui.

M. Dion: Et il a choisi de ne pas le faire.

M. Rochon: Non, non.

M. Mercier (François): Et il a choisi de ne pas le faire, d'utiliser le réseau de télécom sociosanitaire qui est prévu pour l'ensemble des établissements du...

M. Rochon: Bon. Pour ajouter un élément là-dessus, M. le Président, parce qu'il faut que ça soit très clair, cette situation-là, une des difficultés qu'on a constatée et qui a amené à cette décision en 1996, puis qui s'est actualisée en 1997 avec la préparation de l'appel d'offres

et tout ce que nous a dit M. Mercier, c'était d'avoir constaté que dans le réseau de la santé et des services sociaux, depuis un bon nombre d'années, depuis le début de 1990 sûrement, il s'est fait beaucoup de développement informatique, ce qui venait sur le bureau du ministre, des projets qui se passaient dans toutes les régions. Ce n'est pas qu'il ne s'en faisait pas, il s'en faisait beaucoup.

Et là, ça a soulevé la question. Vérifications préliminaires faites, c'était loin d'être évident que tous ces systèmes-là entre les régions, et même à l'intérieur d'une même région, étaient des systèmes qui étaient capables de se parler, que l'information pouvait circuler dans tout le réseau et être transmise. Puis là, ça devenait très important. Pendant qu'on fait une réorganisation des services de santé et des services sociaux, où l'un des concepts de base de cette transformation-là est d'établir des réseaux de services et que ça peut être flexible d'une région à l'autre — un type de services, un centre-jour, ça n'appartient pas nécessairement à une catégorie d'établissement, ça peut être un ou l'autre qui le fait — et qu'on ajuste selon les ressources de la région, à la base de ça, pour qu'un réseau fonctionne, il faut que la communication, il faut que les informations puissent fonctionner; autrement, le réseau ne peut pas fonctionner. Puis ça, c'est un système de base, à un moment donné, qu'on va utiliser pour des développements technologiques comme la télé-médecine, par exemple. C'est très important.

Alors, on a réalisé qu'on avait un problème majeur, c'est que là on était après développer une véritable tour de Babel où tu avais des systèmes où il fallait se mettre à investir pour avoir des systèmes pour relier les différents systèmes locaux qui se développaient. Ça n'avait vraiment pas de bon sens. Tous les experts convenaient qu'il fallait changer de direction là-dedans. Il y a même, dans certains établissements, des argents importants qui avaient été versés pendant bon nombre d'années pour en arriver, à un moment donné, à des contrats qu'il a fallu cesser parce que là, c'était clair qu'on ne s'en allait nulle part avec ça. Tu en mettais de plus en plus dans des systèmes de dossier global du patient qui ne donnaient rien, puis des choses comme ça.

Et ça, ça a emmené une décision qu'il nous fallait un système de base uniforme, vraiment, lui, pour tout le réseau, et qu'à partir de là on fasse les applications spécifiques. Bon. Alors, pendant que ça se faisait, ça, comme les établissements avaient l'habitude de fonctionner selon ce qu'était l'ancienne règle, avant que tout le monde se comprenne bien, que la seule façon dont on pouvait améliorer ça il fallait le système central de base, on a été obligé de s'entendre avec les établissements qui avaient des projets de faire autrement, selon l'ancienne façon de procéder qui nous avait emmenés à cette situation-là. Comme c'était ça qu'on voulait corriger, on ne pouvait pas... Puis on a su qu'il y avait peut-être une dizaine d'autres établissements qui marchaient encore sous l'ancien mode.

Alors, il a fallu un peu ramener les pendules de tout le monde à l'heure, puis dire: Écoutez, là, on a décidé que ça, c'était le système. Tout le monde était d'accord avec ça, alors, on fait ça. Quand on viendra aux applications,

il y a des flexibilités de prévues pour que le système ne s'applique pas en mur-à-mur partout. C'est sûr que dans un CLSC puis dans les CHU, les applications à partir de l'épine dorsale vont être très différentes. Ça, c'est prévu, qu'il y ait des flexibilités, et, au besoin, s'il y a des établissements comme les CHU qui ont besoin de quelque chose de plus spécifique qui doit être acquis autrement, bien, une fois qu'on sera rendu là, on fera un peu autrement. Alors, je pense qu'il y avait une logique et une cohérence toutes simples, et il n'y a pas eu de chicane là-dessus. Je pense qu'une fois que tout le monde a compris et a remis ses pendules à l'heure, c'était clair que c'était ça qu'il fallait faire, puis c'est ça qui a été fait, puis il n'y a pas de problème.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Mercier, courte, courte réponse additionnelle.

M. Mercier (François): Oui, très courte. C'est que l'approche qui a été choisie... On avait deux approches possibles: soit de normaliser et de créer toute une série de normes mur à mur, qu'on sait qui généralement ne fonctionnent pas en technologie de l'information, ou bâtir une espèce d'interopérabilité à partir de réseaux de télécom. C'est le choix qui a été fait.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Brome-Missisquoi.

Résultats des programmes de départ à la retraite des médecins omnipraticiens et spécialistes

M. Paradis: Oui. Devant tant de simplicité, M. le Président, peut-être retomber sur les cas qui préoccupent les gens dans le quotidien. On en a déjà discuté à cette commission parlementaire: la pénurie de médecins omnipraticiens dans certaines régions, quand tu n'as pas de docteur pour te faire soigner. On a relevé, la semaine dernière, le cas de l'Anse Saint-Jean; on pourrait parler du comté du premier ministre, on en a dit quelques mots; le comté de Jonquière comme tel, qui est en pénurie d'une vingtaine de médecins; la semaine dernière ou cette semaine, le ministre a sans doute lu les articles sur les difficultés que les gens de la grande région Laurentides-Lanaudière ont d'obtenir une rencontre avec un médecin, compte tenu de la pénurie; à Montréal, dans les centres de longue durée également, on indiquait qu'il manquait plus de 200 médecins.

Juste réconcilier — on parle des omnis pour le moment, on parlera des spécialistes par la suite — juste tenter de réconcilier la logique gouvernementale et ministérielle avec les besoins de la population. À l'annexe 10 du document de la Régie de l'assurance-maladie, le ministre nous indique que, dans les programmes d'allocation de fin de carrière et de départs assistés, il y a essentiellement 564 médecins qui ont pris leur retraite et qui ont reçu jusqu'à un maximum de 300 000 \$ sur quatre ans pour prendre leur retraite. Autrement dit, on les a payés pour ne pas soigner la population.

Est-ce qu'on peut obtenir du ministre la ventilation par région — parce que le ministre a déjà répondu à l'Assemblée nationale qu'il avait tenu compte des composantes géographiques — du nombre de médecins qui ont quitté dans le cadre de ce programme?

M. Rochon: Bon. M. le Président, on ne l'a pas dans les cahiers qui ont été fournis comme information, mais c'est une information qu'on a ou qu'on peut colliger et rendre disponible à la commission.

M. Paradis: En même temps, est-ce que le ministre pourrait vérifier avec la Fédération des médecins omnis qui, en date du 23 octobre dernier, nous disait qu'il y en avait 567 qui avaient bénéficié de ces programmes-là pour prendre leur retraite et qu'aujourd'hui on en a 564, six mois plus tard? Est-ce qu'il y en a qui sont revenus? Est-ce qu'il y a eu des annulations? C'est quoi la distorsion dans les chiffres, de façon à ce que les gens sachent quel est le chiffre correct. Est-ce que c'est celui...

• (11 h 40) •

M. Rochon: Donc, 567 ou 564?

M. Paradis: Bien, c'est-à-dire que ce n'est pas à la même date. Si c'était à la même date, je dirais: Il y a une erreur de trois, là. Mais six mois...

M. Rochon: Il y a une distorsion de trois sur...

M. Paradis: Non, parce que, si vous lisez la réponse que vous nous avez donnée, correctement, là, strictement depuis de l'année, il y en a 33 nouveaux. Ça fait que ce n'est pas une distorsion de trois, là. On en avait 567, selon la Fédération des omnis, là...

M. Rochon: On va vérifier.

M. Paradis: O.K., juste pour qu'on s'entende bien sur les chiffres.

La question des médecins spécialistes. C'est à la page suivante dans le cahier, il y a un tableau...

M. Rochon: Excusez, c'est lequel de tous les cahiers?

M. Paradis: Le cahier de la Régie de l'assurance-maladie.

M. Rochon: *Réponses aux questions générales et particulières.*

M. Paradis: C'est ça. L'annexe 11, page 53.

M. Rochon: C'est ça. O.K., c'est beau. Puis, là, on s'en va à la page 55. C'est ça?

M. Paradis: Page 53. Vous pouvez aller 55, mais il va falloir que vous reveniez.

M. Rochon: Page 53. C'est ça que j'ai fait. C'est fait.

M. Paradis: Le tableau, là. Eux autres aussi ont eu, les médecins spécialistes, la même possibilité, à travers deux programmes également, de prendre leur retraite. On les paie pour ne pas soigner les gens. Eux autres, c'était sur une période de cinq ans, si ma mémoire est fidèle, pour le maximum de 300 000 \$.

Le tableau en bas, on nous donne: nombre de contrats signés, nombre de demandes, etc. Qu'est-ce qu'on doit comprendre de ce tableau-là? Il y a combien de médecins spécialistes qui ont bénéficié de ce programme de mise à la retraite? Habituellement, un tableau, ça parle par lui-même.

M. Rochon: Je vais juste vérifier une petite chose, M. le Président, là.

M. Paradis: Non, je vous comprends, ce tableau demande à être expliqué.

M. Rochon: Ça, c'est le petit tableau au bas de la page 53 dont on parle?

M. Paradis: C'est ça.

M. Rochon: Les deux premières...

M. Paradis: On peut s'imaginer que le premier programme veut dire le premier programme, le deuxième programme veut dire le deuxième programme...

M. Rochon: Ah non, ça, ça va. Ça, c'est clair.

M. Paradis: ... puis on additionne.

M. Rochon: C'est parce qu'il y a eu un premier programme appliqué, ça, il n'y a pas de problème, là. Bon. Le nombre de demandes d'en avoir, en attente, et refusées. Ça, d'abord, on peut expliquer ça. Quand ces programmes-là ont été faits, il a été convenu qu'il y aurait un certain nombre de balises qui seraient là pour s'assurer que le départ de médecins ne serait pas créer une difficulté à laquelle on ne pourrait pas parer autrement quant à l'accessibilité aux services. Et il y avait donc des critères d'éligibilité, ce n'était pas n'importe quel médecin qui pouvait partir dans n'importe quelle circonstance et qui pouvait partir n'importe quand.

M. Paradis: Est-ce que le ministre nous dit — je veux bien comprendre là — que le programme faisait en sorte qu'on ne pouvait pas créer, par l'application de ce programme-là, une pénurie dans un domaine où on avait besoin que les gens soignent? Est-ce que c'est ça que je dois comprendre?

M. Rochon: Oui, c'est ça qu'était l'objectif ou ne pas créer de difficultés d'accessibilité aux services qui ne

pouvaient pas être réparées ou contre lesquelles on ne pouvait pas se prémunir par d'autres gestes, qu'on pouvait partir. Si je me rappelle bien, par exemple, une demande de départ même acceptée, le moment de la mettre en application pouvait devoir s'étirer tant qu'il n'y avait pas un remplaçant qui n'était pas venu remplacer le médecin.

M. Paradis: Bien, d'après le tableau, ils mettent: nombre de contrats signés, dont la retraite au 31-03-98. En bas, il y a un astérisque: prise de retraite retardée notamment pour éviter la pénurie d'effectifs en régions.

M. Rochon: C'est ça.

M. Paradis: C'est dans ce sens-là?

M. Rochon: C'est justement, c'était une des mesures que je donne comme exemple, là. Donc, ça, ça explique que, sur le total de demandes qui ont été formulées, il y en a qui sont encore en attente au moment où on a fait le tableau et il y en a qui avaient été refusées.

Maintenant, la conciliation complète du tableau avec les deux premières colonnes, qui est le nombre de contrats effectivement signés — j'aurais besoin peut-être d'un peu d'aide de M. Tremblay...

M. Paradis: Oui. M. Tremblay, bienvenue.

M. Rochon: ...qui est plus familier et qui a été plus impliqué dans l'application de ces programmes-là pour nous aider...

M. Paradis: Est-ce que c'est vous qui avez fait le tableau, M. Tremblay?

M. Tremblay (Robert): Non, ce n'est pas moi.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous invite, M. Tremblay...

M. Rochon: ...à décortiquer correctement les données.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Tremblay.

M. Tremblay (Robert): Je cherchais plutôt mes papiers au moment où vous avez posé la question. Précisément, c'est quoi votre préoccupation?

M. Paradis: Il y a combien de médecins spécialistes qui ont pris leur retraite en vertu des deux programmes combinés qui leur offraient jusqu'à 300 000 \$ sur cinq ans pour ne pas soigner les patients?

M. Tremblay (Robert): O.K. À ce moment-ci, c'est le nombre de contrats signés. Par contre, comme on le voit dans la description, le premier programme, il est

prolongé jusqu'en 2001. Donc, il y a des demandes qui peuvent encore entrer en vertu de ces programmes-là.

M. Paradis: Mais pour le moment, est-ce qu'on doit additionner 646 et 56, pour être clair?

M. Tremblay (Robert): Le 56, moi, je comprends que ce sont des retraites retardées.

M. Paradis: Retardées au 31 mars 1998.

M. Tremblay (Robert): C'est ça.

M. Paradis: Donc, c'est retardé à une date qui est déjà arrivée.

M. Tremblay (Robert): Là, je ne peux pas dire spécifiquement la date précise où elle a été retardée. C'est un signe plus grand. Moi, je comprendrais que c'est retardé après le 31 mars, là, vous voyez.

M. Paradis: O.K. Il y en a 646 — on est certain — médecins spécialistes.

M. Tremblay (Robert): Oui. Oui

M. Paradis: Puis il y en a 56 dont on peut dire...

M. Tremblay (Robert): Qui sont acceptés

M. Paradis: Ça va venir avec le temps.

M. Tremblay (Robert): C'est ça.

M. Paradis: Et le programme se continue jusqu'en 2001.

M. Tremblay (Robert): C'est ça.

M. Paradis: Est-ce que vous avez la ventilation par spécialité?

M. Tremblay (Robert): Oui. C'est des choses disponibles.

M. Paradis: Est-ce que la commission pourrait en prendre connaissance?

M. Rochon: La réponse, c'est sûrement que la commission... Enfin, si on ne les a pas ici, c'est de l'information qu'on va donner à la commission.

Départs à la retraite et pénurie d'anesthésistes

M. Paradis: O.K. De mémoire, on sait que dans différentes spécialités, comme il y avait des manques d'admis dans certaines régions, il y a des manques qui s'étendent à la grandeur de la province. À titre d'exemple:

les anesthésistes. Il y a combien d'anesthésistes qui ont été payés, qui ont pu bénéficier de ce programme jusqu'à 300 000 \$ sur cinq ans?

M. Tremblay (Robert): Je n'ai pas l'information ici. On n'a pas ça ici, à ce moment-ci. C'est disponible, on peut le...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça peut être compilé?

M. Tremblay (Robert): Oui, oui, c'est disponible.

M. Paradis: Est-ce qu'il y en a qui ont pris leur retraite et qui ont dû être réembauchés?

M. Rochon: De médecins?

M. Paradis: Je parlais des anesthésistes. J'ai pris cette catégorie-là parce que, sans anesthésistes, vos autres spécialistes ne peuvent pas travailler. Même, je pense que c'est le président de la Fédération qui m'a expliqué que c'était comme une boîte d'entrée électrique dans un hôpital. Si vous ne l'avez pas, l'anesthésiste, vous ne pouvez pas faire grand-chose sur le plan des opérations.

M. Rochon: Non. C'est-à-dire... Oui. Pour des interventions qui ont besoin soit anesthésie générale ou régionale, effectivement, ça prend un anesthésiste.

M. Paradis: Donc, c'est la majeure partie.

M. Rochon: Oui, dans ces programmes-là pour les médecins, comme pour les programmes de départs à la retraite qui ont été faits pour l'ensemble du personnel des deux réseaux parapublic et de la fonction publique, il y avait, dans toutes ces ententes-là, une clause à l'effet que sur une période de temps — je ne me rappelle pas exactement laquelle...

(Consultation)

M. Rochon: O.K. Qu'en tout temps on pourrait demander à un médecin de revenir, mais de revenir pour une période maximale, me dit-on, de 60 jours. Donc, vous voyez, une fois le programme appliqué, on offre aux médecins exactement ce qui a été offert comme type de programme à l'ensemble du réseau: la possibilité, à partir d'un certain âge, de prendre une retraite et de pouvoir la prendre parce qu'ils pourraient bénéficier, sur une période de cinq ans, d'une tranche de 20 % d'un montant total qui avait été convenu, correspondant à leur moyenne d'honoraires annuels sur une période antérieure de cinq ans. Et là ça définissait quelle était leur prime de départ. Ça, ça leur est donné par tranches égales sur cinq ans.

Une fois ça convenu, pour être capable de faire les ajustements, justement avec le souci de l'accès aux services pour la population, il y avait d'abord la mesure de retarder certains de ces départs, comme on l'a dit, plus la mesure

que, s'il survenait plus tard d'autres départs pour décès ou pour quelques raisons qui ne font pas partie du programme et qui pouvaient nous mettre en difficulté à certains endroits, on pouvait rappeler, pour une période totale, pour chacun des médecins, de 60 jours, des médecins partis à la retraite.

À ma connaissance, de mémoire, c'est arrivé qu'il y en a qui ont été rappelés; singulièrement, je pense, des anesthésistes. Mais là je ne saurais pas... Le nombre exactement, je ne le sais pas.

M. Paradis: Moi, je veux bien qu'on se comprenne, M. le ministre. Je n'ai rien contre le fait qu'on rappelle des gens quand on en a besoin, le but puis l'objectif, c'est de soigner la population.

M. Rochon: C'est ça. Là-dessus, on s'entend.

M. Paradis: Je pense qu'on s'entend là-dessus. Mais c'est sur l'approche qui fait en sorte que dans... Je prends cette spécialité-là, mais je pourrais en prendre d'autres. Mais qu'on ait les chiffres, on pourra en prendre d'autres. Les anesthésistes, on sait qu'on est en pénurie. On offre le programme, jusqu'à 300 000 \$, aux anesthésistes, puis dans ces domaines-là, c'est plus le maximum que le minimum qu'ils obtiennent. Je vois que le fonctionnaire hoche de la tête.

M. Rochon: Pour les anesthésistes...

M. Paradis: Pour les anesthésistes, c'est plus le maximum que le minimum, on les paye 300 000 \$ pour qu'ils se retirent. Après ça, on se rend compte — parce qu'on le savait avant — qu'il en manque. Là, on les réengage. Et moi, on me dit — et je demande de vérifier, c'est pour ça que je pose la question — qu'il y aurait au moins 10 anesthésistes au Québec qu'on a ramenés à 1 000 \$ par jour. Après leur avoir donné le 300 000 \$ sur cinq ans, on les ramène dans le programme puis on leur donne jusqu'à 1 000 \$ par jour. Si le maximum s'applique, c'est 60 jours et c'est 60 000 \$. J'essaie juste de comprendre comment un gestionnaire public peut s'embarquer dans une affaire comme ça.

● (11 h 50) ●

M. Rochon: Bon. Alors, le type de raisonnement qui est fait, M. le Président, d'abord, ayant pris la décision que pour l'ensemble des médecins on pouvait leur offrir, comme à tout le monde dans le réseau, dans les réseaux publics et parapublics, un programme de départ à la retraite...

M. Paradis: Même dans les domaines où il y a pénurie, M. le ministre?

M. Rochon: Oui, oui. Attendez. Laissez-moi le dire parce qu'il y quand même eu un certain raisonnement qui a été fait derrière ça...

M. Paradis: Je le cherche.

M. Rochon: ...puis on a essayé de faire des ajustements. Bon. Le genre de raisonnement qui a été fait, c'est le suivant, c'est de dire: D'abord, considérant le nombre de médecins qu'on a au Québec, au total — ça, je le dis souvent, les chiffres sont formels, sont officiels, sont validés, on a en moyenne, si on calcule ça per capita, plus de médecins que la moyenne canadienne et qu'à peu près toutes les provinces canadiennes et on en forme plus aussi — donc on avait — non, non, mais attendez — une situation de départ où, si on avait été en pénurie de médecins...

M. Paradis: Je ne veux pas arrêter le ministre, mais j'ai posé des questions tantôt sur les omnis. J'ai distingué. Ils sont supposés nous fournir des tableaux par les régions. Là, on était sur les médecins spécialistes, puis particulièrement sur les anesthésistes. Est-ce qu'on pourrait entendre le ministre là-dessus?

M. Rochon: Non, non, je pense qu'il veut comprendre... La question, c'est: Comment on a pu prendre cette décision-là?

M. Paradis: Pour les anesthésistes

M. Rochon: Non, non, mais... Justement, mais donnez-moi une petite minute pour expliquer. C'est parce que la décision n'a pas été prise d'abord spécialité par spécialité, elle a d'abord été prise pour l'ensemble des médecins. Si on avait été en pénurie de médecins au Québec, je ne pense pas qu'on aurait conclu sur un programme comme ça puis qu'on aurait pris un programme comme ça. On aurait dit: On manque de médecins, on n'est pas pour les faire partir plus tôt, ceux qui souhaitent partir à partir d'un certain âge, tant qu'on n'en a pas formé d'autres pour avoir le nombre qu'il faut.

M. Paradis: Oui, mais, M. le ministre, les anesthésistes disent qu'il y a une pénurie, eux autres.

M. Rochon: Ah, attendez, attendez! Ce qu'on ne sait pas, une fois qu'on dit «oui, on peut prendre un programme comme ça», on ne peut pas savoir d'avance combien de personnes vont vouloir partir. Ce n'est pas sûr que tous ceux qui sont éligibles à un programme comme ça vont souhaiter partir. En fait, je ne pense pas que ça soit tous ceux qui sont éligibles, qui avaient l'âge et les autres conditions qui sont... Non, mais c'est qu'on ne peut pas savoir d'avance combien vont partir. Alors, si on prévoit qu'à peu près un nombre pas trop grand part, on est confortable. Mais il arrive que...

M. Paradis: Est-ce que vous considérez l'offrir là où il y a des pénuries?

M. Rochon: Non. S'il arrive que dans une spécialité — et pour des raisons d'équité il faut que tu l'offres à tout le monde — si dans des spécialités il y a plus

de monde qui décide de partir qu'en moyenne ou que le nombre qui décide de partir peut nous mettre vraiment en pénurie, c'est là que des mesures ont été prévues pour parer à la situation.

M. Paradis: Les ramener à 1 000 \$ par jour.

M. Rochon: Les deux mesures étant: ou bien de retarder le départ d'un médecin tant qu'il n'est pas effectivement remplacé et si, au moment où un anesthésiste part à un endroit, ça ne pose pas problème mais que dans les mois qui suivent ou dans l'année qui suit un autre anesthésiste part pour d'autres raisons qui n'étaient pas prévues, et là, oups! ça cause une pénurie, là on peut rappeler quelqu'un.

Donc, c'est les deux mesures qui ont été prévues: le médecin ne part pas tant qu'il n'est pas remplacé, donc pas de pénurie de services par rapport à la situation qui existait; si le médecin part après parce qu'il arrive d'autres départs non prévus pour d'autres raisons, là on a un moyen de rajuster.

Dans le cas particulier des anesthésistes, en plus de cet ajustement-là — et ça, j'ai eu à le confirmer même avec le président de l'Association des anesthésistes — on sait très bien qu'on a une période de deux ans à peu près — cette année qui est en cours puis un peu moins mais encore un peu l'an prochain... C'est ça?

M. Paradis: Puis l'année passée aussi là, c'était le cas.

Une voix: Une période d'un an, un an et demi.

M. Rochon: Une période d'un an, un an et demi où, sachant maintenant ceux qui sont partis, même avec les mesures qu'on peut utiliser...

M. Paradis: Ça continue à s'appliquer là.

M. Rochon: Oui, oui.

M. Paradis: On l'offre encore là.

M. Rochon: Laissez-moi finir, j'ai presque fini. On sait très bien que c'est un peu serré là, qu'on a bien juste le nombre qu'il faut puis on est peut-être un peu en deçà du nombre optimal qu'on devrait avoir. Maintenant, je vous disais tout à l'heure que non seulement on a per capita plus de médecins et qu'on était confortable pour partir un programme comme ça, mais on en forme plus, aussi, qu'ailleurs. Et on sait que le nombre qui est en formation et qui, cette année et l'an prochain, et chaque année vient, fait que dans un an, un an et demi d'ici on n'aura plus de problème d'être serré comme ça.

M. Paradis: S'ils restent au Québec.

M. Rochon: Oui, oui. Mais ça, en général, nos médecins restent au Québec. C'est une autre question, ça.

Une voix: De moins en moins.

M. Paradis: Pas pour les anesthésistes.

M. Rochon: Non. Pas de moins en moins. On sortira des chiffres là-dessus. Ce n'est pas vrai, ça.

M. Paradis: Pour les anesthésistes...

M. Rochon: Alors, on «peut-u» finir cette question-là d'abord?

M. Paradis: Oui.

M. Rochon: Donc, le programme est appliqué parce qu'offert à tout le monde. Les médecins souhaitaient, eux aussi, que le même genre de programme leur soit accessible, à l'ensemble des employés de la fonction publique ou des réseaux parapublics. Si on avait été en pénurie de médecins, de façon générale, on ne se serait pas embarqué là-dedans. On n'est pas en pénurie de médecins. On avait même, en général, certains coussins qui nous permettaient de lancer un programme comme-ça.

On parle des anesthésistes où, effectivement, ça a joué serré, mais sur 32 spécialités, la grande, grande majorité, ça n'a pas posé problème, là. Le nombre prévu de ceux qui étaient partis, compte tenu de l'âge de la cohorte, il n'y a pas eu de problème. Donc, le programme, de façon générale, a bien fonctionné et les mesures qu'on a prévues pour parer à la situation fonctionnent assez bien.

Et, à cet égard, comme ça a été ne entente négociée avec les médecins, la Fédération des médecins spécialistes et toutes ces associations qui composent la Fédération participent activement avec le ministère à solutionner chaque situation qui se présente. Quand il manque un anesthésiste à une place, l'association elle-même, en lien avec l'établissement, la régie régionale et le ministère, travaille pour, soit par les mesures qu'on a prévues, de ramener un médecin, soit par le système de dépannage... Et il y a un forfait réseau qui favorise une plus grande circulation de médecins qui veulent faire plus de temps de travail et aller couvrir dans une région. Et, jusqu'ici, toutes les situations où il s'est présenté une difficulté, je pense qu'on a trouvé une solution. Et on sait que, dans un an, un an et demi, avec les nouveaux diplômés qui arrivent régulièrement en pratique, ce problème de pénurie relative n'existera plus pour cette spécialité-là.

Alors, je pense que, dans l'ensemble, il y avait de bonnes raisons d'équité pour offrir un programme comme ça aux médecins comme à tout le monde; que les vérifications de base quant au nombre de médecins et à la marge de manoeuvre qu'on pouvait avoir ont été faites puis ça sera confirmé; l'application du programme, dans l'ensemble des spécialités, montre que c'est ça qui se passe; et pour les quelques spécialités où, là, ça a joué serré un peu, on a des mesures qu'on applique puis on règle les problèmes cas par cas.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député de Brome-Missisquoi.

M. Paradis: Oui. Je pense que...

M. Rochon: Juste pour concrétiser ça, on me donne des chiffres.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Les anesthésistes. Cette année, par rapport au nombre d'anesthésistes...

(Consultation)

M. Rochon: Alors, si on regarde en 1997-1998, les anesthésistes, il y en a neuf de moins que l'année précédente, O.K.? L'an prochain, 1998-1999, l'année qu'on a commencée, là, il s'en rajoute six. O.K.? L'année suivante, 1999-2000, il s'en rajoute trois. Alors, ça veut dire que, sur la période de 1997 à l'an 2000, c'est -0,2, c'est kif-kif, ce qui aura été fait. Donc, je pense qu'on voit qu'on n'a pas une situation où on peut vraiment parler d'une pénurie, et encore moins d'une pénurie chronique qui met la situation... Et les neuf qui manquent, ils sont comblés par soit des gens qui, avec le forfait réseau, vont rendre des services où il en manque ou des médecins qui ont été rappelés pour des périodes de temps pour assurer les services à la population. Et, encore une fois, c'est fait en collaboration avec les médecins; ils assument la responsabilité qui est la leur là-dedans.

M. Paradis: M. le Président...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le député.

M. Paradis: ...c'est encore pire, ce que le ministre nous dit. Le ministre nous dit: Dans le meilleur des scénarios — ils restent tous au Québec, il n'y en a pas un qui s'en va — dans trois ans, on va être dans la même situation où on était l'an passé. Dans deux ans, on va être dans la même situation.

M. Rochon: Oui. Mais...

M. Paradis: Mais la situation, elle est décrite... Et là, je ne blâme absolument pas les gens qui, comment je peux dire, d'une certaine façon bénéficient ou profitent du système. Les fédérations médicales ont très bien négocié avec le ministre, les anesthésistes ont très bien négocié avec le ministre. Je ne blâme pas ces gens-là, moi, de négocier pour leurs membres, je blâme le ministre d'accorder des programmes à des gens alors qu'il sait qu'on est en pénurie. Et, ce qu'il nous annonce, c'est qu'on va...

Bien, le ministre peut dire qu'il n'est pas en pénurie, le président de l'Association des anesthésistes déclare à ses membres, en juin 1997 — on se rejoint sur les dates et les chiffres: «La pénurie que nous connaissons nous cause énormément de soucis et occupe une grande partie de notre temps». À partir de ce moment-là, ce sont les anesthésistes eux autres mêmes qui disent au ministre: On est en pénurie.

M. Rochon: Oui, oui.

● (12 heures) ●

M. Paradis: Le ministre dit: Ce n'est pas grave, je vous offre le programme pareil et je vous ramène à 1 000 \$ par jour par la suite. Ce n'est pas tellement facile à comprendre, ça. Du point de vue du médecin et de la Fédération des médecins, ça, c'est facile à comprendre; eux autres, ça les enrichit et tout ça. Mais de la part de la responsabilité d'un ministre de participer à créer une pénurie pour dépenser des fonds publics par la suite puis mettre des citoyens en péril... Puis là on parle des anesthésistes, sans qui les interventions majeures ne peuvent pas avoir lieu.

En même temps, on nous apprend... Et là je cite au texte le président de la Fédération des anesthésistes, le Dr O'Donnell Bédard: «Dans un autre ordre d'idées mais sur un sujet qui vous intéresse sûrement, la négociation entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec et le ministère sur le fameux 6 % de la loi n° 104 est arrivée dans sa phase finale, selon ce que nous dit la Fédération.» Ça, c'est le 6 % qui était supposé d'être affecté, suivant le premier ministre: Tout le monde, d'une façon égale, au Québec.

«Les parties se seraient entendues sur les points principaux, et on en serait rendu à la rédaction d'un verbatim.» Là, on explique c'est quoi, un verbatim: «Comment dire des choses qu'on ne veut pas dire pour expliquer des choses qu'on ne veut pas que les gens comprennent. Officiellement, on paie la facture de 6 %, 77 000 000 \$, comme tout le monde. Officieusement, on paie avec de l'argent qu'on n'a pas reçu, non-atteinte de la masse, et de l'argent que le ministère injecte dans la masse en prévision des économies dans le système de santé que vont amener certaines modifications dans la pratique médicale: désassurance, médicaments, mode de rémunération, etc.»

Quand on regarde l'ensemble puis qu'on pense avoir à faire face et qu'on doit avoir à faire face à un gouvernement qui est responsable puis qui est transparent, comment on explique que, dans une profession aussi importante pour le bon fonctionnement du système de santé que sont les anesthésistes au Québec, le ministre ait abdiqué ses responsabilités, qu'il ait offert un programme de mise à la retraite, alors qu'il était conscient qu'il y avait pénurie, puis qu'il tente aujourd'hui de faire croire aux gens que tout le monde a été traité équitablement dans ce système-là?

Quand on est en pénurie, M. le ministre, on fait attention et on agit prudemment. Est-ce qu'on peut savoir, de ce côté-ci, combien ça a coûté, à date, combien d'anesthésistes ont dû être rappelés et combien ça a coûté à ce jour de les rappeler parce que vous avez provoqué la pénurie? Et, encore une fois, je le dis avec beaucoup de respect pour les anesthésistes, dont on a absolument besoin pour assurer le bon... et qui se sont révélés de très bons négociateurs. Imaginez-vous, vous recevez une prime de 300 000 \$ puis vous savez très bien que le gouvernement va être obligé de vous rappeler parce qu'il ne peut pas y avoir d'opération majeure sans que vous soyez présent. Ces

gens-là sont des as de la négociation ou le ministre est un as d'autre chose.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Bon, là, je vais reprendre certaines explications, parce que la situation n'est pas tout à fait comme on vient de la décrire. D'abord, quand ce programme-là a été appliqué, quand on a décidé de l'appliquer, il n'y avait pas une pénurie de médecins. On n'a pas appliqué ça... Parce qu'on dit: On a appliqué un programme comme ça alors qu'on était en pénurie.

M. Paradis: Est-ce que vous continuez à l'offrir?

M. Rochon: Il n'y avait pas une pénurie de médecins quand on l'a appliqué. Et, pour s'assurer, encore une fois, que le programme ne menacerait pas l'accessibilité aux services, des médecins, il y a des mesures qui ont été convenues que, même si on ne partait pas avec une pénurie, s'il y avait un plus grand nombre que les prévisions qui pouvaient être faites, un plus grand nombre de médecins qui partaient et que ça pouvait, après que le programme soit commencé, créer une pénurie... La pénurie relative dont on parle est venue après. Il n'y avait pas une pénurie au moment où on a fait le programme. Ça, c'est bien différent. Si on avait fait un programme comme ça alors qu'on manquait d'anesthésistes au Québec puis qu'on disait, en plus de ça: Vous allez pouvoir partir, là, je comprends le député de conclure que ça n'aurait pas été une bonne décision. Mais ce n'est pas ça. Au moment où le programme est convenu avec les médecins, il n'y a pas de pénurie, mais on sait que...

Et, comme pour l'ensemble des spécialités, ça s'est passé selon la prévision qui avait été faite du créneau dans lequel se situerait le nombre de médecins qui partiraient et qu'on n'aurait pas de problèmes, on pouvait s'attendre que... Comme c'est sur une base volontaire, un programme comme ça, on ne peut pas dire oui à... Des gens qui répondent aux critères du programme, ils y ont droit une fois qu'on l'a fait. On a prévu, s'il y avait des spécialités — on ne savait pas lesquelles ça pouvait être au début — où il y aurait un problème parce que le nombre qui partirait serait plus que ce que les prévisions avaient calculé, qu'on aurait des mesures pour s'assurer que les services à la population ne sont pas mis en danger, on l'a dit, soit en retardant des départs, soit en étant capable de rappeler des médecins qui viendraient donner des services en attendant qu'un départ soit remplacé. Et aussi un forfait-réseau a été prévu pour avoir un meilleur système par lequel les médecins pourraient aller faire du remplacement avec le nombre qu'on aurait. Bon.

Maintenant, les coûts de ça. Ça a été fait en deux vagues. Le premier programme qui a été appliqué, ce que représentait le montant de la prime, ça faisait partie de la même masse salariale des médecins. Il n'y a pas eu d'argent de rajouté dans la masse salariale. Les médecins, en négociant, ils ont accepté de le supporter eux-mêmes,

ce programme-là, que les médecins qui partaient étaient payés par la même masse salariale. Et beaucoup de ces médecins-là... C'est un programme qui s'appliquait à partir de 65 ans. Alors, peut-être que ça les a amenés à partir deux, trois, quatre, cinq ans plus vite, mais c'est des médecins qui, dans les cinq ans qui suivent, seraient partis de toute façon. Ce n'est pas de jeunes médecins qu'on parle. Ce n'est pas un programme... Il faut bien comprendre ça. Un médecin de 40 ans, de 50 ans, ne peut pas partir, il ne peut pas bénéficier d'un programme comme ça. C'est donc des gens qui approchaient de leur retraite qui pouvaient partir un peu plus vite s'ils le souhaitaient.

M. Paradis: Les omnis, c'est 50.

M. Rochon: Non, non, mais écoutez...

M. Paradis: Puis les spécialistes, c'est 64.

M. Rochon: ...les omnis, c'est plus jeune. La situation était différente. Tout à l'heure, on me rappelait...

M. Paradis: Non, ça va. Juste pour corriger 65, c'est 64.

M. Rochon: Ah, bien, O.K. 64. C'est-à-dire que c'est à partir de quand la personne a 65 ans, quand elle a...

M. Paradis: Non, non, non, il y a eu un ajout.

M. Rochon: C'est quoi, exactement?

Une voix: ...

M. Rochon: O.K. C'est à 65 ans, mais le médecin peut décider pendant qu'il a 64 ans qu'il va la prendre à partir... Mais, quand il part, il a 65 ans. À 64 ans, il peut décider et, quand il part, c'est la journée de sa fête, il célèbre ça en partant.

M. Paradis: Je m'excuse, je me suis fié aux notes de vos fonctionnaires, qui ont écrit dans le...

M. Rochon: Bon, alors, il faudrait apporter des précisions, mais là on me confirme que c'est ça. O.K. Je veux bien rappeler ça pour ne pas qu'on parte une impression qu'il s'est négocié un programme de départs à la retraite pour les médecins de 65 ans et plus, alors qu'on était en pénurie de médecins. On n'était pas en pénurie de médecins quand on a négocié le programme. Le programme a prévu que, si les départs étaient plus que ce qu'on pouvait prévoir dans certaines spécialités... Il y en a 32. Il n'y a pas eu de difficulté, là. Il y a les anesthésistes où on a eu une pénurie qui a été produite par le programme. À peu près dans toutes les autres spécialités, il n'y a pas eu de problème. Et on a prévu des mesures pour que la population ne soit pas affectée par ça. Pardon?

M. Paradis: Vous avez dit que la pénurie avait été produite par le programme.

M. Rochon: On va revenir. On va recommencer le nombre de fois qu'il faut, là, mais je...

M. Paradis: Non, mais je pensais avoir compris ça.

M. Rochon: Non, non. «Sortez-moi une phrase de son contexte et je pourrai faire pendre celui qui l'a dite», a dit qui? Je pense que c'est Boileau qui a dit ça.

M. Paradis: Le ministre.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rochon: Non, Boileau. Je cite. Alors, on fait un programme, on n'est pas en situation de pénurie. Les prévisions font qu'on n'aura pas de pénurie, pour la grande majorité, l'ensemble des spécialités parce que le nombre de départs va être en deçà des médecins dont on a besoin, quand on se compare à d'autres. Mais, quand un programme comme ça est appliqué, il faut que tu prévoies, surtout pour 32 spécialités, que, dans certains cas, il peut y avoir plus de départs; surtout des anesthésistes, quand on regarde...

M. Paradis: La coupe d'âge.

M. Rochon: ...la structure démographique, ça pouvait arriver. Donc, première chose, un, c'est un programme qui ne coûte pas d'argent de plus aux contribuables parce que c'est à l'intérieur de la même masse salariale...

M. Paradis: Volet 1. Pas volet 2.

M. Rochon: Non, non, volet 2, je vais y revenir, volet 1, O.K., programme absorbé complètement par la masse salariale. Des mesures qui sont prises, de sorte que, si les départs sont plus que prévus...

M. Paradis: Excusez, quand vous dites que ça ne coûte rien aux contribuables, la masse salariale est payée par les contribuables.

M. Rochon: Oui, oui, mais ils la payaient de toute façon, O.K.?

M. Paradis: O.K., mais là, ils paient pour ne pas être soignés, c'est ça, la différence.

M. Rochon: J'ai dit que ça ne coûte rien de plus aux contribuables que ça aurait coûté.

M. Paradis: Non, non, mais ils paient pour ne pas être soignés.

M. Rochon: Parce que certains ont pensé, à un moment donné, qu'on faisait un cadeau aux médecins,

qu'on leur rajoutait de l'argent pour qu'ils puissent avoir ce programme-là...

M. Paradis: Ça, c'est dans le deuxième volet.

M. Rochon: Je vais revenir au deuxième volet. Puis là on a prévu des mesures pour, encore une fois, s'assurer que la population, elle, ne sera pas affectée si le nombre de ceux qui partent était plus élevé. Et on savait, surtout dans la spécialité d'anesthésie où — comment ils appellent ça l'expression, «top heavy» — la partie des gens âgés était plus grande, en proportion, que dans d'autres spécialités, donc que c'était possible qu'il en parte plus. Mais on savait que le nombre de médecins qui sortent des programmes ferait qu'en dedans de quelques années s'il se produisait une pénurie, ça serait comblé par ceux qui arrivent sur le marché du travail et que, pendant ces quelques années là où ça pouvait passer un peu serré — et effectivement, il y en a neuf qui sont partis et qui ont diminué le nombre qu'on avait prévu — on aurait des mesures pour compenser et que la population ne serait pas affectée. Donc...

M. Paradis: Il n'y en a pas juste neuf qui ont quitté, M. le ministre.

M. Rochon: Non, non, c'est le coût net. O.K.

M. Paradis: Ah! c'est ça. O.K. Ça va.

● (12 h 10) ●

M. Rochon: Si on compte ceux qui sont partis et les nouveaux... Comme cette année-là, en 1997, où on était à moins 9 — je ne sais pas comment on calcule ça, à 19,7 — en équivalents temps plein, il y en a 19,7 nouveaux qui sont arrivés, de sorte que le net, ça a fait moins 9. Alors, la situation très claire, c'est que, pour la population, en termes de services d'anesthésistes, avec les moyens qui ont été prévus... S'il y a un problème, il y a des moyens pour le régler, et les médecins participent à ça, soit, encore une fois, en gardant le médecin plus longtemps avant qu'il parte, soit en rappelant un médecin qui était parti, soit en utilisant — et c'est d'abord ce moyen-là qu'on utilise — le forfait récurer pour que des médecins d'ailleurs puissent aller couvrir, faire de la garde, si vous voulez, pendant qu'on trouve un nouvel anesthésiste. Et le couloir qui était prévu, d'une couple d'années, va être terminé dans une couple d'années avec l'addition des médecins, qui se fait régulièrement, où on va avoir maintenu la situation où on était pour avoir le nombre de médecins satisfaisant.

Quand la deuxième vague a été appliquée — ça, ça a été fait avec l'ensemble des programmes...

M. Paradis: Quand il a manqué de...

M. Rochon: ...de l'ensemble du gouvernement — c'est un fait que la prime de départ a été payée à 50 % dans la masse salariale. Et, à 50 %, ça a été rajouté, parce que la décision qui avait été prise avec l'ensemble des syndicats, c'est que le gouvernement assumait 50 % des

primes de départ dans tous les programmes. Alors, la même chose a été offerte aux médecins. Et, dans le deuxième programme, il y a 50 % qui a été payé, comme pour l'ensemble de toute la fonction publique et parapublique.

Alors, M. le Président, je conclus là-dessus en voulant mettre bien clair que je pense que ça a été fait de façon très responsable quant aux coûts de ce programme-là et quant à la prévision de l'accessibilité aux services pour les patients. Dans une spécialité, on a vu et on pouvait voir qu'il y aurait un couloir difficile à passer, mais il y a des moyens qui ont été prévus. Et, quand le président des anesthésistes... Il dit exactement ce que je viens de dire, qu'il y a une situation qui, pour une couple d'années, nous cause des soucis, que ça nous préoccupe, qu'on s'en occupe et que, d'ici un an, un an et demi, on n'aura plus de problème. Mais, pendant ce temps-là, on trouve moyen de fournir le service à la population. C'est ça qu'il faut bien retenir.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de...

M. Paradis: Juste deux secondes, M. le Président, juste pour dire au ministre...

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Très, très court.

M. Paradis: Avec le président, il s'entend bien. Je veux juste répéter, quand il a parlé de quelle façon vous transigiez ensemble, il disait, au verbatim: «Comment dire des choses qu'on ne veut pas dire pour expliquer des choses qu'on ne veut pas que les gens comprennent.» Et c'est ce qu'on a compris de votre dernière réponse. Merci.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mme la députée de Sherbrooke.

Expérience-pilote d'une carte-santé à microprocesseur

Mme Malavoy: Merci, M. le Président. J'aimerais aborder une question assez différente mais sur un sujet, je crois, qui intéresse beaucoup de monde, c'est l'expérience-pilote qui a été menée à Rimouski, M. le ministre, concernant la carte-santé à microprocesseur. Je sais qu'il y a un certain nombre de personnes qui suivent ça de près. Parce que, selon les résultats d'une expérience-pilote, on peut se demander s'il y aura une généralisation de l'expérience. Et, comme on sait fort bien que l'utilisation de nouvelles technologies d'information est un phénomène probablement irréversible, ça serait intéressant de savoir où on en est par rapport à ce qui s'est fait à Rimouski et s'il y a des difficultés qu'on peut déjà envisager et quelles sont vos intentions quant à la généralisation de cette carte-santé à microprocesseur.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Oui, M. le Président. Alors, le projet de Rimouski, ça, aujourd'hui, c'est un projet qui est complètement terminé. Ça a vraiment été un projet-pilote de voir comment on pourrait mettre au point ce qu'on appelait une carte à puce, à l'époque, qui contiendrait de l'information, une partie de l'information de base du dossier médical d'une personne, de sorte à rendre cette information plus mobile et plus à la disposition des professionnels de la santé qui donnent des services aux gens.

L'expérience avait été faite avec deux groupes de la population, des personnes âgées et, je pense, pour les services d'accouchement... pas juste d'accouchement, mais pour les grossesses. Je pense que c'est les deux groupes qui avaient été choisis, l'idée étant d'avoir le nombre de personnes et le volume de consommation de services, qui permettaient, dans un créneau de temps défini, de vraiment avoir assez de données pour évaluer.

L'évaluation qui a été faite... Là on est dans le début des années quatre-vingt-dix, je pense, où ce projet-là se passe. Et cette expérience-pilote a été évaluée, évidemment, et a permis de conclure que, oui, c'est une technologie qu'on pouvait utiliser. Et les patients et les professionnels de la santé répandaient favorablement à ce changement dans leur pratique et la façon d'échanger l'information. Et ça a donné lieu, avec la technologie qui évoluait, à mettre au point ce qu'on appelle maintenant le projet de la carte à microprocesseur. Ce n'est pas seulement le nom qui a changé. On m'a expliqué que, de la technologie de la puce, au moment de Rimouski, où c'était la puce qui contenait l'information — comme il y a certaines cartes, je pense, de téléphone, ou des choses du genre qui contiennent une information — la carte à microprocesseur, elle, contient plutôt... ou il y a sur la carte les clés qui permettent d'ouvrir un dossier. Alors, ça, ça a une possibilité d'application beaucoup plus grande, parce que ça veut dire qu'au lieu de restructurer un dossier en sélectionnant l'information que tu peux y mettre sur la puce tu as un jeu de clés qui donne ouverture à différents dossiers, que ça soit chez le médecin, que ça soit à l'hôpital, que ça soit au CLSC.

Mme Malavoy: C'est beaucoup plus performant.

M. Rochon: Beaucoup plus performant. En plus de ça, ce qui a été développé dans le cadre de l'expérience de Rimouski — et ça, c'est vraiment l'originalité, pour le Québec, de toute l'affaire — c'est un système de sécurisation de l'information. Ça, je ne pourrais pas vous le décrire. Il y a une description détaillée, probablement, qui est gardée secrète, de toute façon, parce que c'est un système breveté...

Mme Malavoy: C'est protégé. Les informations sont protégées.

M. Rochon: ...qui protège complètement l'information. Et ça prend le concours organisé et du patient et du professionnel pour donner accès à l'information. La

Commission d'accès à l'information a suivi tout ce projet-là, d'ailleurs, et a approuvé les différentes étapes de ce projet-là.

Alors, on arrive donc dans une situation où on a d'abord une technologie qui nous permet de modifier notre carte-santé et d'en faire une carte qui va remplacer toutes les cartes qu'on a dans le réseau, partout, dans chaque établissement, dans chaque hôpital, dans chaque CLSC. Chaque établissement a sa carte. Remplacer ça par une seule carte, on me dit que c'est un 10 000 000 \$ d'économie, ou quelque chose du genre. Et la carte-santé devient aussi la carte qui contient les clés d'entrée dans tout le système d'information. Si vous vous rappelez ce qu'on a expliqué tout à l'heure, le système de télécommunications qui se met en place, là, on va avoir vraiment le système au complet.

En plus de ça, ce qui a permis cette technologie de sécurisation de l'information, ça nous a amenés à créer une nouvelle entreprise, au Québec, qui s'appelle Motus Technologies, qui est une entreprise, ça aussi, de partenariat privé et public, où la Régie de l'assurance-maladie va retrouver son compte de ce qu'elle a investi pour l'expérience de Rimouski par un partage de bénéfices que donnera l'exploitation de cette petite boîte qu'est le système de sécurisation et qui sera aussi, selon l'entente qui a été faite en créant Motus Technologies, un client privilégié pour acquérir ce dont elle a besoin à un prix, pendant une période de temps qui va faire qu'on va récupérer tout ce qui a été investi dans cette expérience-là et même pouvoir faire des profits.

Depuis deux ans, il y a énormément de contacts qui ont été faits à travers le monde. On fait partie d'un groupe de travail avec la Communauté européenne pour pouvoir vraiment ouvrir les champs d'exportation de cette technologie-là. Et il y a des pays européens, entre autres, qui ont développé plus que nous certains autres aspects d'un système d'information du genre, mais qui ont moins développé le système de sécurisation, où, là, il y a vraiment un échange de complémentarité très intéressant.

Donc, le premier résultat qui est sorti de ça: un bénéfice secondaire auquel on ne s'attendait pas, en fait, qui est d'avoir créé une nouvelle entreprise qui a elle-même, je pense, a une trentaine d'employés, ou quelque chose du genre, qui a créé un peu d'emplois et qui vraiment devrait être performante aussi sur les marchés d'exportation, en plus de permettre à la RAMQ de récupérer son investissement là-dedans.

La carte à microprocesseur, maintenant. Ça, ça devient un projet qui est relié à la politique que le gouvernement a annoncée, de l'autoroute de l'information, à notre système d'information qu'on est en train de mettre en place. Et là, on prévoit... On sera au Conseil des ministres d'ici quelques semaines, probablement d'ici la fin de juin, avec un autre projet pour mettre en marche le déploiement de la nouvelle carte.

Là, il y a une décision qui a été prise. Alors que l'expérience de Rimouski — c'est important de voir ça comme stratégie de déploiement — portait vraiment sur le dossier clinique du patient, la carte à microprocesseur a ce

potentiel-là aussi, mais on commence le déploiement avec la carte en l'utilisant à des fins administratives, comme on fait, dans le système d'information, avec les pharmacies actuellement. Alors, tout ce qu'il faut d'échange d'informations de nature administrative où il n'y a pas de problème de confidentialité sera fait avec ça, de pouvoir identifier que quelqu'un est vraiment un résident... tous les problèmes qu'on a avec des gens qui ont des cartes illégales d'assurance-santé. Alors, pour des fins administratives.

Et, pendant ce temps-là, on va commencer un certain nombre de projets-pilotes encore, pour l'utilisation plus généralisée de cette nouvelle technologie du dossier clinique, encore avec la Commission d'accès à l'information, pour s'assurer que chaque étape qui est faite et contrôlée avec la Commission d'accès à l'information peut être expliquée à la population et qu'on va vraiment chercher l'adhésion de l'ensemble des professionnels dans le réseau. Parce que, pour que ça fonctionne, ça, il faut que les gens le veulent et l'utilisent, et l'utilisent bien. Et on sait que, dans ce genre de changement-là — ça a été, ça, avec les cartes de crédit qui se sont développées sous différentes formes — c'est plus de l'adaptation de l'humain à la technologie qui peut poser problème et qui prend quasiment plus de temps que le développement de la technologie.

● (12 h 20) ●

Mme Malavoy: Ça peut prendre combien de temps, le redéploiement dont vous parlez?

M. Rochon: Bien, là, c'est ce qui reste à préciser. On prévoit commencer le plus vite possible cette année. Et là je vais laisser peut-être M. Houde, pour ne pas me mêler dans les dates, nous dire le plus possible — vous comprendrez que c'est des estimations qu'on fait, là — ce qu'on peut prévoir au moment où on se parle comme calendrier de déploiement complet de la carte.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. Houde.

M. Houde (Pierre): M. le Président, à ce moment-ci, c'est difficile de prévoir de façon très précise les dates. Évidemment, le projet demeure à être approuvé par le gouvernement. On peut penser, en termes de cadre, que les cartes pourraient être émises de l'année 2000 à l'année 2002, l'ensemble des cartes pourraient être déployées dans l'ensemble du Québec.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député de Nelligan, c'est vous qui terminez.

Indemnisation des victimes du sang contaminé

M. Williams: Merci beaucoup, M. le Président. J'ai trois sujets que je vais toucher avant la fin de cette session. Le premier, c'est une clarification sur ce qui a été annoncé cette semaine après un long, long débat sur la

question d'un programme d'indemnisation pour le sang contaminé où le Parti libéral a toujours privilégié un programme d'indemnisation pour toutes les victimes. Avec ça, nous avons privilégié un programme sans faute, tel que recommandé par le juge Krever. Et je voudrais donner une chance au ministre d'expliquer exactement — je sais que vous aimez quand je donne une chance au ministre d'expliquer les choses, M. le Président — c'était quoi qui était annoncé.

Le Parti libéral, deux fois, avec deux motions proposées par le chef de l'opposition, a encouragé l'Assemblée nationale à voter unanimement pour un programme d'indemnisation pour toutes les victimes. Malgré ça, les ministres de la Santé dans tout le Canada ont décidé d'offrir un programme d'indemnisation juste pour les victimes de 1986 à 1990, qui va coûter plus ou moins 75 000 000 \$. Selon ma compréhension de l'annonce du virage — mais un bon virage cette fois-là — de M. Rochon et de M. Bouchard, maintenant, ils privilégient la même position, maintenant, d'être clair: On recommande... Il va aller à la table de négociation avec un mandat qui vient de l'Assemblée nationale et du gouvernement du Québec pour avoir un programme d'indemnisation pour toutes les victimes entre 1986 et 1990, avant 1986 mais aussi après 1990. Est-ce que c'est clair, M. le ministre?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Avant que vous répondiez, M. le ministre, étant donné qu'on peut dépasser 12 h 30, j'aurais besoin du consentement des membres pour, je dirais, un maximum de 10 minutes additionnelles.

M. Williams: Le même temps que nous avons manqué quand nous avons visité les étudiants, selon l'entente que nous avons prise.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le même temps que nous avons été retardés, c'est-à-dire, pour débiter. On va oublier le temps qu'on a pris tous ensemble d'un accord commun.

M. Williams: Si c'est nécessaire.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mais 10 minutes, maximum. D'accord? Alors, allez-y, M. le ministre.

M. Rochon: M. le Président, ma compréhension de la deuxième motion, résolution qui a été votée à l'Assemblée nationale à l'effet d'étendre le programme à toutes les victimes de l'hépatite C, ça couvre toutes les victimes, celles d'avant 1986 et celles d'après 1990. C'est aussi ce que j'ai compris.

M. Williams: Excellent! À quelle page, sur quelle ligne est-ce que je peux trouver le premier 75 000 000 \$ dans vos crédits? Et je peux demander la deuxième question: À quelle page, sur quelle ligne, est-ce que je peux trouver le deuxième 75 000 000 \$?

M. Rochon: Alors, la réponse, M. le Président, c'est qu'on ne va pas trouver ça dans les crédits qui ont été déposés à l'Assemblée nationale. C'est de l'argent qu'on va devoir trouver. C'est pour ça que le gouvernement a bien expliqué qu'autant on souhaitait, puis on voulait, puis on va maintenant décider d'offrir un programme de compensation à toutes les victimes de l'hépatite C, il va falloir qu'on trouve l'argent pour le faire. On va le trouver.

C'est pour ça qu'il y aura une discussion — ce sera peut-être plutôt une négociation, comme a dit le député de Nelligan — entre les gouvernements provinciaux, d'une part, et le gouvernement fédéral, d'autre part, pour voir quelle contribution le gouvernement fédéral pourrait faire, devrait faire par rapport à la contribution des provinces. Parce que les provinces assument déjà, et de façon tout à fait normale parce que c'est notre responsabilité, les coûts des services qui sont donnés à ces personnes-là qui ont été contaminées.

Et on sait qu'en plus des coûts de services, qui sont déjà ce qu'on appelle les services assurés couverts par l'assurance-santé ou l'assurance-hospitalisation, il y a pas mal d'autres services qui ont dû être mis sur pied pour répondre aux problèmes de ces gens-là, que ce soit des médicaments, des services sociaux, du «counseling», qui ont été faits. Alors, l'ensemble des services assurés et non assurés représentent un coût de 1 600 000 000 \$, dans lequel le gouvernement fédéral a une petite contribution qui est peut-être de l'ordre 25 %, 30 %, par les programmes conjoints, d'où le fédéral s'est retiré de façon massive, mais il a encore une petite contribution de 30 % à peu près dans l'assurance-hospitalisation et l'assurance-santé. C'est dans cette partie-là. Maintenant, l'assistance sociale, qui fait partie de ces coûts-là aussi depuis 1996, est assumée à 100 % par le gouvernement du Québec.

Donc, compte tenu qu'il y a déjà un poids énorme qui est supporté, il va falloir qu'on soit assez imaginatif pour aller chercher l'argent additionnel pour la compensation comme telle. D'ailleurs, je pense que le gouvernement fédéral a une responsabilité parce que, contrairement à nous, lui, il a des surplus. Et là je ne veux pas entrer dans le débat politique, mais c'est un fait que lui, le gouvernement fédéral, il a réglé son surplus en nous retirant 7 000 000 000 \$ dans nos programmes de santé et de services sociaux, ce qui n'a pas facilité notre transformation et ce qui a fait mal effectivement à bien du monde. Pour la population, c'est nous qui en portons le coup. La population identifie le gouvernement du Québec, évidemment, parce que c'est nous qui administrons les services. Mais, ce dont ils ont souffert, c'est parce que, nous, on s'est fait enlever l'argent qu'on avait pour donner ces services-là après.

Alors, compte tenu de ça, c'est bien sûr que ce n'est pas dans les crédits actuellement, c'est bien sûr qu'il va falloir le trouver. Et c'est pour ça que le premier ministre a aussi dit qu'en plus de la portion que devrait assumer normalement le fédéral pour permettre de mettre ce programme-là, on est prêt à faire notre part aussi. Mais on souhaiterait que, dans la constitution de ce fonds, les argents fédéraux puissent être les premiers qui assurent le

fonctionnement du fonds de compensation, nous donnant un peu une chance de se rendre au déficit zéro et de dégager les moyens pour fournir notre part.

Alors, dès que ça va avoir été trouvé, ça va apparaître, à un moment donné, soit dans un budget additionnel. Et je suppose que, quand on viendra en demande de crédits additionnels pour ça, on aura toujours une collaboration de l'opposition. Ce sera agréable d'aller chercher des crédits additionnels en accord avec l'opposition. Et c'est comme ça que ça va se passer.

Et, tant qu'à avoir pris cette décision-là, je souhaite que ça puisse se finaliser et qu'on puisse sortir cette question-là du débat public, parce qu'il ne s'agit pas de politique, mais il s'agit essentiellement de gens qui ont un problème, d'une décision qui a été prise pour aider ces gens-là à régler le problème ou à avoir une compensation qui tient compte du fait qu'ils ont hérité de ce problème-là à cause d'erreurs dans le système de santé ou de problèmes qu'on ne pouvait pas contrôler à une certaine période, de toute façon. Et ce qui va être important, c'est que le programme devienne opérationnel et que ces gens-là puissent vivre le plus possible en paix, et dans les plus brefs délais.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le député.

M. Williams: Certainement. Et le ministre peut compter sur l'opposition pour vous aider à trouver le 150 000 000 \$ dans le budget québécois pour aider toutes les victimes.

M. Rochon: Ou ailleurs, s'il y a d'autres idées.

Quotas imposés aux médecins omnipraticiens et spécialistes

M. Williams: Mais nous avons tous la responsabilité. On ne commence pas le débat «qui paie?», on avance la cause pour toutes les victimes, et c'est ça qui a été, je pense, la chose la plus importante depuis les deux dernières semaines.

• (12 h 30) •

Deuxième sujet — parce que je sais que le temps presse, M. le Président — le problème de la présence des médecins. Je sais que nous avons eu une discussion sur ça avant. Mais j'ai rencontré une de mes cliniques privées dans mon comté, et il y a tout un problème, en réalité, sur le terrain, avec le problème des plafonds, le problème de combien de patients nos médecins peuvent voir par jour, un maximum de 50, les plafonds des spécialistes pour six mois, les plafonds pour les omnis pour trois mois. Il y a tout un problème. Et une de mes cliniques, Statcare, qui rend d'excellents services — tout le monde est très content de ses services — bientôt, peut-être, devra fermer à cause des plafonds. Il y a plusieurs médecins spécialistes qui déjà ou bientôt — les spécialistes — vont frapper leur plafond. Et ils ne peuvent pas travailler jusqu'au 1er juillet, parce que c'est un plafond, pour les spécialistes, de six mois.

Avec ça, il y a le problème de 70 %, il y a le problème du maximum de 50 patients par jour et il y a le problème des plafonds. Il y a tout un problème. Je laisse le ministre répondre à ça.

Et je voudrais juste vous raconter une petite anecdote aussi. Statcare était une des seules cliniques qui était ouverte pendant la crise du verglas, parce qu'elle a été une des chanceuses, elle n'a pas manqué d'électricité. Avec ça, ils ont travaillé, merci beaucoup, pas mal. Quand ils ont demandé à la RAMQ d'avoir une extension, une flexibilité sur les plafonds et le maximum de patients, ça a été refusé. Il me semble que c'est une drôle d'affaire, parce qu'ils ont donné un service pour un territoire beaucoup plus large que leur territoire habituel, parce qu'ils étaient un des chanceux d'avoir de l'électricité. Ils ont servi beaucoup de personnes de la Montérégie, etc., des autres territoires. Mais c'est un problème d'actualité que je voulais mentionner qu'ils ont eu. Le problème général qui existe, c'est que, effectivement, avec le problème des plafonds et le maximum de journées, nous allons avoir des cliniques qui bientôt vont fermer à cause des règles. Est-ce que le ministre est prêt à réviser ces règles, à donner plus de flexibilité pour les spécialistes et pour les omnipraticiens sur le plafond et sur le maximum de 50 patients par jour?

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): M. le ministre.

M. Rochon: Bon, d'abord, une information. Pour la dernière partie de la question ou du commentaire qu'a fait le député de Nelligan, j'ai vérifié avec M. Houde. Pour la période de la crise du verglas, on avait pris la décision de lever tout plafond, tout quota pour que les gens aient les services à partir des endroits où ils pouvaient être dispensés. M. Houde, si je ne dis pas ça correctement, vous interviendrez. Je comprends que le système informatique, étant comme il est et fonctionnant comme il est, n'a pas pu être changé dans les heures où la crise a commencé, et les médecins n'ont pas été effectivement rémunérés au-delà du plafond, mais ils vont être remboursés subséquemment pour ce qui a été fait pendant la période du verglas, au-delà des plafonds.

M. Williams: Quand ils ont téléphoné à la Régie, ils disent que ça a été refusé pendant le verglas.

M. Rochon: Je ne sais pas si, au début, la question a été posée avant que la décision se prenne, ou quoi. On pourra ajuster.

M. Williams: On verra.

M. Rochon: Mais la décision qui a été prise, ça a été ça, de tenir compte de façon exceptionnelle de cette situation.

Bon, les autres questions que soulève le député, le 70 % de rémunération des médecins, 70 % du tarif négocié dans les endroits où le nombre de médecins correspond à la moyenne du Québec et où il n'y a pas normalement de

difficulté de recrutement, c'est un système qui a été mis en place depuis très longtemps. C'est depuis le début des années quatre-vingt. Et c'est un système, quand on le regarde au complet pour bien comprendre, ce 70 % là, ce que ça veut dire, à partir du tarif de base négocié qui est le 100 %, si les médecins vont dans des endroits éloignés qui sont classés comme ça, sur la Côte-Nord, je pense, en Abitibi, ils sont payés 115 % présentement du tarif de base qui est négocié. Par contre, s'ils vont dans des endroits, puis en général les endroits urbains, par exemple, bien sûr, comme Montréal, comme Québec, où le recrutement des médecins est plus facile et où il y en a un nombre, comparativement à d'autres régions, qui peut être plus grand, le tarif est moins élevé pendant les deux, trois premières années de la pratique.

Bon, il y a ça, les quotas de 50 % pour les omnipraticiens, les plafonds pour les médecins spécialistes. C'est toutes des mesures qui ont toujours été prises pour s'assurer que la masse salariale totale des médecins reste en deçà de ce qui a été négocié, de ce qui a été prévu. Et je pense que ça montre, dans les difficultés d'application de ça, les difficultés de gérer une masse salariale de gens qui sont payés à l'acte, pour chacun des actes qu'ils font.

Pour le réseau, une fois qu'on sait, pendant l'année, qu'on a tant de masse salariale, il y a tant d'employés, ils ont des salaires qui sont prévus aux négociations ou des modes de rémunération qui sont prévus aux négociations, on sait qu'on peut contrôler et qu'on va dépenser l'argent qu'on a. Avec des médecins payés à l'acte... D'ailleurs, avant qu'on ait une série de mesures et qu'on les applique d'une façon rigoureuse, les médecins spécialistes, à chaque année, dépensaient, donnaient des services pour plus que ce qui avait été prévu dans l'enveloppe. Alors, il faut voir les problèmes que ça peut causer. Et, fondamentalement, c'est les difficultés de ce qui est rattaché à ce mode de rémunération.

Là, ce qui est après se mettre en place — on veut regarder en remontant, vraiment en amont la cause de ces difficultés-là — c'est des changements assez importants. Pour les médecins de famille, il est à se mettre en place des départements régionaux, mais qui vont avoir leurs antennes locales sur le territoire du CLSC pour mieux encadrer la pratique en cabinet, faire une meilleure interface avec le CLSC et assurer la population... Puis les médecins ont accepté ça. On travaille sur les modalités. Ils sont d'accord que, collectivement, sur un territoire, ils vont faire la même chose qu'ils font collectivement pour un département hospitalier. Dans un département d'hôpital, ça, ça fait partie du fonctionnement et de la culture, les médecins s'organisent pour couvrir par un système de garde les services 24 heures par jour, sept jours par semaine et pour donner la gamme complète des services dont on a besoin. Tu ne peux pas avoir un trop grand nombre de médecins qui ne sont pas intéressés à traiter des enfants, qui ne sont pas intéressés à traiter des personnes âgées, ce qui fait que, même si tu as assez de médecins, tu en as trop qui ne veulent pas donner tel genre de service et tu as un problème. Alors, ça, ça va être majeur.

Et l'encadrement de la pratique va voir un plan d'effectifs rattachés sur le département. Autrement dit, pour aller pratiquer, un médecin va devoir faire partie d'un département, et le département va avoir un nombre de médecins qu'il peut accepter. Donc, le 70 %, pour certains actes médicaux, pour certains territoires, on commence à voir des moyens de faire des ajustements. Mais il faut bien comprendre qu'on ne peut pas penser enlever ça demain matin d'un coup sec, comme ça, parce que, là, ce qu'on a corrigé pour l'ensemble des régions périphériques qui manquaient de médecins, alors que chaque région en a assez maintenant, là, on a un problème de répartition à l'intérieur de la région, ça fait que ça ne nous aidera pas. Les quotas, ça va être la même chose. On va pouvoir modifier ces choses-là avec cette affaire-là.

Pour les spécialistes, ce qui se met en pratique maintenant, c'est un système de rémunération mixte qu'on est après mettre en pratique. Dans les grands centres universitaires, ça va même être ce qu'on appelle un plan de pratique. Alors, dans les centres universitaires, les médecins vont être à salaire, les médecins qui travaillent là. Dans les autres, la rémunération mixte va prévoir un beaucoup plus grande proportion de la rémunération du médecin qui va être sur une base d'une espèce de forfait. Alors, on va avoir, autrement dit — je ne veux pas entrer dans les détails, on n'a pas le temps — d'autres moyens de contrôler les enveloppes salariales des médecins, qui vont être pas mal plus intéressants pour les médecins et pour les patients aussi.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. Une très, très courte question, avec une courte réponse.

M. Williams: Merci, M. le Président.

M. Rochon: Tempus fugit!

M. Williams: J'accepte pour le moment la réponse du ministre et je vais certainement travailler, s'il le veut, avec lui parce que le problème, avec les négociations régionales, provinciales: le vrai monde, il a un problème. Le monde qui entre dans une clinique n'entre pas là pour juste passer le temps, il est malade. Avec ça, ils vont avoir des problèmes s'ils n'y a pas de médecin. Et il y a des choses qu'on peut faire. Juste comme exemple, le trimestre pour les omnis, décembre, janvier et février, j'ai entendu, c'est la pire période pour les malades ici, au Québec. Avec ça, peut-être qu'on peut faire des ajustements et s'assurer qu'il y a le contrôle budgétaire, mais que l'accès aux services n'est pas empêché pour les patients. Mais je vais, en privé, continuer avec le ministre sur ça.

Implantation d'une politique concernant les médicaments

Dernière question, M. le Président. J'ai entendu, au début, ce matin, que le ministre, si j'ai bien entendu, a retardé l'implantation de sa politique des médicaments.

Parce que c'était prévu pour, je pense, avant maintenant. Mais maintenant il parle de l'automne, si j'ai bien compris. Je voudrais donner une chance au ministre d'expliquer quand il va déposer ça et c'est quoi, les grandes lignes de cette politique, parce que ça intéresse beaucoup de personnes.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Le temps est écoulé.

M. Williams: Oui, oui, mais je donne tout le temps nécessaire au ministre pour me donner la réponse.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Mais j'ai quand même une cédule à suivre, moi, là.

M. Williams: Oui, oui.

M. Rochon: Bon. Je ne pense pas que je puisse vraiment rentrer pour expliquer les grandes lignes de la politique. D'abord, elle est après s'élaborer actuellement. Il y a un comité de concertation par lequel se fait une consultation à cet égard. Mais là ce qu'on prévoit, puis je pense que ça devrait être réaliste, c'est, à l'automne de cette année, d'avoir la politique complétée puis publiée.

Adoption de l'ensemble des crédits

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie beaucoup. Je mets aux voix les programmes, et, s'il y a des commentaires après ou des remerciements, vous pourrez y aller. Est-ce que le programme 1, intitulé Fonctions nationales, est adopté?

Des voix: Adopté.

M. Williams: Sur division.

● (12 h 40) ●

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Sur division. Est-ce que le programme 2, intitulé Fonctions régionales, est adopté?

Des voix: Adopté.

M. Williams: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Sur division. Est-ce que le programme 3, intitulé Recherche, est adopté?

M. Williams: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Sur division. Est-ce que le programme 4, intitulé Office des personnes handicapées du Québec, est adopté?

Des voix: Adopté.

M. Williams: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Sur division. Est-ce que le programme 5, intitulé Régie de l'assurance-maladie du Québec, est adopté?

M. Williams: Sur confusion? Non. Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Sur division. Est-ce que les crédits budgétaires de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1998-1999 sont adoptés?

Des voix: Adopté.

M. Williams: Sur division.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Est-ce que vous auriez des remerciements unanimes à faire, avant de conclure? M. le député.

Remarques finales

M. Williams: Merci beaucoup pour les réponses. Et j'espère que toutes les personnes qui sont ici aujourd'hui vont continuer d'être accessibles à tous les députés parce que nous allons continuer à questionner ce qui se passe. Et on souhaite ensemble qu'on pourra améliorer le système de santé et des services sociaux.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Je vous remercie. M. le ministre.

M. Rochon: Oui. M. le Président, je voudrais d'abord vous remercier de même que le secrétaire de la commission, vous avez été des personnes qui sont essentielles pour le bon fonctionnement. On sait que ce n'est pas toujours facile, dans une commission comme ça. Je remercie beaucoup les députés, des deux côtés de la table. Ça a été vraiment, je pense, au total, une période d'étude des crédits qui s'est passée de façon très... en visant le plus possible des contenus réels et des préoccupations réelles.

Je remercie beaucoup les équipes qui ont rendu possible le travail. C'est beaucoup de travail que ça prend, dans les semaines et les mois qui précèdent, pour qu'on puisse faire des séances comme ça, à l'Office des personnes handicapées, à la RAMQ, qui est avec nous ce matin, la Régie de l'assurance-maladie du Québec, au ministère, et qui ont dû, dans des délais qu'ils ont raccourcis le plus possible...

Juste pour se donner une petite idée, c'est peut-être bon de se rappeler qu'en volume de papier c'est plus de 50 000 pages de papier qui ont dû être copiées pour distribuer, et ça représente, ça, plus de 2 000, presque 2 100 personnes/jours de travail. Alors, ça, c'est important, comme contribution. Et je pense que c'est d'autant plus important que ces sessions de commission parlementaire aillent vraiment correctement au fond des choses et qu'on utilise bien ce temps-là, vu les ressources qui y sont impliquées. Alors, merci à tout ce monde, M. le Président.

Le Président (M. Bertrand, Charlevoix): Ça démontre l'importance des crédits. La commission, ayant accompli son mandat, ajourne ses travaux sine die.

(Fin de la séance à 12 h 43)