



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 19 février 2002 — Vol. 37 N° 40

Consultation générale sur l'avant-projet
de loi sur la carte santé du Québec (1)

**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 pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	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, avenue Honoré-Mercier, 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: 40010195

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 19 février 2002

Table des matières

Remarques préliminaires	1
M. François Legault	1
M. Jean-Marc Fournier	3
M. Roger Bertrand	7
Auditions	8
Collège des médecins du Québec (CMQ)	8
Association québécoise des archivistes médicales (AQAM)	18
Mme Marie-Claude Prémont	25

Autres intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

Mme Julie Boulet
M. Russell Copeman

- * M. Yves Lamontagne, CMQ
- * M. André Garon, *idem*
- * Mme France Thibault, AQAM

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 19 février 2002

Consultation générale sur l'avant-projet de loi sur la carte santé du Québec

(Quatorze heures six minutes)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous souhaite la bienvenue. La commission se réunit pour la première fois depuis l'ajournement des travaux afin de procéder à une consultation générale et de tenir des auditions publiques sur l'avant-projet de loi intitulé Loi sur la carte santé du Québec.

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

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Mme Rochefort, députée de Mercier, sera remplacée par M. Fournier (Châteauguay).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je vous fais lecture de l'ordre du jour: après les remarques préliminaires, d'une durée d'une heure, nous entendrons le Collège des médecins du Québec à 15 heures, par la suite, à 16 heures, l'Association québécoise des archivistes médicales, à 17 heures, Mme Marie-Claude Prémont, pour ajourner à 18 heures.

Remarques préliminaires

Alors, sans plus tarder, nous allons immédiatement commencer, débiter les remarques préliminaires, d'une durée d'une demi-heure pour le parti ministériel et d'une demi-heure pour l'opposition, et, par la suite, nous entendrons le premier groupe, c'est-à-dire le Collège des médecins du Québec. Alors, M. le ministre, je vous cède la parole.

M. François Legault

M. Legault: Oui. Merci, Mme la Présidente. D'abord, je voudrais saluer tous les gens qui sont ici puis plus particulièrement mes collègues députés. C'est un nouveau dossier pour moi, le dossier de la santé et des services sociaux. Je suis certain qu'on va avoir beaucoup de débats, beaucoup d'échanges intéressants. C'est un projet évidemment important que ce projet de la carte santé du Québec, et ça me fait plaisir, à titre de ministre de la Santé et des Services sociaux, d'ouvrir cette consultation sur l'avant-projet de loi.

Mme la Présidente, la population du Québec jouit d'un système public de santé qui — je pense qu'on peut s'en vanter — est un des meilleurs au monde, et, comme tout système de santé, celui du Québec doit continuer d'être amélioré, d'être modernisé. Et nos concitoyens sont exigeants, avec raison, et ils sont en droit de recevoir des soins de santé de grande qualité. Donc, c'est normal qu'ils considèrent l'accessibilité à ces soins comme des acquis extrêmement importants qu'il faut protéger. Donc, le mieux-être de la population doit être à la base de toute proposition visant à améliorer l'accès aux services et l'amélioration de l'organisation des ressources de la santé.

Au-delà de la nouveauté des fonctions qui m'ont été confiées, il m'apparaît essentiel, avant d'aborder les travaux de cette commission, de rappeler les orientations qui guident notre action ainsi que les principaux éléments du projet déposé. D'abord, le système de santé québécois a bien mûri au fil des ans, mais deux impératifs stratégiques sont demeurés constants et ont toujours balisé son intervention. D'abord, le souci de la personne humaine, le souci de la personne humaine, donc du patient, est demeuré la raison d'être et la finalité du système. Il importe donc d'en assurer la prévention, de traiter et de soutenir la personne, et il est tout aussi essentiel de répondre aux exigences d'accessibilité, de continuité et de qualité des services.

Un second impératif est tout aussi fondamental. Il ne faut jamais oublier que les citoyens québécois sont les principaux bailleurs de fonds du système de santé. Donc, le souci de performance doit être présent à chacune des étapes de notre action. Nous devons nous assurer de faire une utilisation optimale des ressources qui nous sont confiées et de doter le réseau de ressources humaines qualifiées et de moyens informationnels appropriés. Et les pressions majeures imposées au système de santé, et à ses ressources humaines, et à ses structures, on le sait, sont croissantes, et le défi de composer avec ces pressions tout en continuant à offrir des soins de qualité est immense.

● (14 h 10) ●

Un élément incontournable pour relever ce défi réside dans la disponibilité de l'information, et ce, en temps opportun. Je parle ici des informations requises pour la prise en charge et le traitement des personnes et pour supporter l'action des intervenants du secteur de la santé où qu'ils soient dans le réseau, et l'une des clés réside dans l'échange d'information entre les divers intervenants et organismes de services. On le sait, près de 25 000 professionnels de la santé transigent sur une base régulière avec le gouvernement. Ils interviennent dans près de 10 000 points de services existant sur le territoire québécois, 126 centres hospitaliers, 337 centres hospitaliers de soins de longue durée, CHSLD, 147 CLSC et 91 centres de réadaptation, auxquels il faut aussi ajouter et ne pas oublier les 3 500 cabinets et cliniques médicales, les 3 200 cliniques de dentistes et d'optométristes et les 1 600 pharmacies. Donc, tout ce beau monde doit être capable, en 2002, de pouvoir s'échanger l'information de façon efficace. Et le projet de carte santé qui est soumis à l'étude de cette commission n'a pas la prétention d'apporter une solution miracle à tous les enjeux, mais cependant je pense qu'il est porteur de changements dont bénéficieront nos concitoyens et les hommes et les femmes aussi qui travaillent dans nos réseaux.

Ce projet vise plusieurs objectifs. Il favorise le partage d'information médicale et le maillage professionnel des intervenants en santé et services sociaux tout en assurant — et c'est important de le dire, là, nous en faisons une condition essentielle — tout en assurant

la protection des renseignements personnels et la sécurité de leur transmission. Donc, les avantages cliniques sont indéniables, et ce projet répond à des préoccupations aussi de saine gestion des fonds publics. Donc, un projet respectueux de la vie privée, de la protection des renseignements personnels et de la transmission sécuritaire de données confidentielles.

La population québécoise, on le sait, demeure très sensible à l'égard de la collecte et de la transmission de renseignements personnels. Au-delà des structures et des systèmes proposés, cet aspect constituera toujours une préoccupation importante pour notre gouvernement. Je peux d'ailleurs vous assurer de ma très grande vigilance en cette matière. Nous ne pouvons y échapper, le respect de la vie privée et de la confidentialité sont les fondements de la liberté individuelle, et la liberté individuelle est l'un des fondements de notre système démocratique. Le projet prévoit en cette matière le remplacement de l'actuelle carte d'assurance maladie par une carte à microprocesseur, qu'on appelle la carte santé du Québec, et, de l'avis de l'immense majorité des intervenants internationaux, québécois et des experts des technologies de l'information, la carte à microprocesseur demeure l'un des plus puissants outils pour garantir justement la protection des renseignements personnels. Dotée d'une puce numérique sécurisée, elle garantit l'authenticité de la carte et l'identification de son porteur, elle implique l'expression du consentement de la personne à l'égard de la consultation par l'intervenant concerné de ses renseignements de santé. Elle contribue également à sécuriser la circulation de l'information sur le réseau des télécommunications sociosanitaires.

Le projet confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec a un rôle essentiel dans l'application éventuelle du projet carte santé du Québec. L'actif informationnel de la Régie l'oblige à se conformer à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. La Loi sur l'assurance maladie établit un régime particulier de confidentialité qui est plus restrictif que celui de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics, toutes les communications de renseignements permises y sont prévues explicitement.

En complémentarité de tous ces mécanismes, un comité de surveillance indépendant de la Régie et du réseau de la santé et des services sociaux est proposé dans l'avant-projet de loi. Il ferait rapport annuellement au ministre de la Santé et des Services sociaux, et ce rapport ferait obligatoirement l'objet d'un dépôt annuel à l'Assemblée nationale.

Chacun des Québécois et chacune des Québécoises est en droit de recevoir des soins de qualité, et le projet de carte santé va justement dans ce sens. Il permet d'accélérer l'obtention des informations requises à la prise en charge et au traitement de la personne. Le résumé des renseignements de santé viendra donc appuyer les intervenants de première ligne. L'accès rapide aux informations comprises dans ce résumé est essentiel lors de la prise en charge ou des soins, et ce, quels que soient la situation et l'état de la personne. Il permettra notamment un accès rapide au diagnostic confirmé, à la médication active, aux allergies ainsi qu'aux résultats d'analyse. Donc, l'intervenant, par l'analyse professionnelle de cette information,

pourra effectuer rapidement une prise en charge, et le traitement s'en trouvera amélioré.

La solution technologique retenue doit soutenir l'évolution du système de santé québécois. Elle doit éviter les dédoublements de coûts et de structures. Elle doit tenir compte du rôle des intervenants actuels dans le réseau de la santé et des services sociaux. Nous croyons que la solution proposée par l'avant-projet de loi sur la carte santé du Québec rejoint ces impératifs.

Les mécanismes de gestion des régimes d'assurance santé seront modernisés par l'implantation de la carte à microprocesseur, et ce, tant pour l'usager que pour l'intervenant. Il suffit ici de mentionner, par exemple, la vérification en ligne de l'admissibilité des personnes au régime et de leur couverture aux services assurés. Il s'agit là d'une évolution significative de nos façons de faire. La solution proposée confiée à la RAMQ la gestion de la banque des renseignements de santé. La Régie s'appuie sur une expertise développée au cours des 30 dernières années. La solution évite l'ambiguïté et la confusion dans le soutien opérationnel ainsi que les coûts substantiels de dédoublement de structures. Elle permet d'utiliser les fonds publics selon leur finalité première, c'est-à-dire offrir davantage de services à la population. Voilà donc, Mme la Présidente, l'essence de la proposition exprimée sans équivoque.

La complexité de la réflexion requise s'avère déjà importante. Je tiens à souligner — et c'est important de bien le comprendre aussi — que le projet à l'étude n'implique aucun contrôle supplémentaire, pas plus qu'il ne vise à limiter d'une quelconque façon l'accès aux services. Le résumé des renseignements de santé ne pourra être utilisé par quiconque à des fins de contrôle de l'utilisation des services de santé. L'utilisation de certains éléments du projet, telle la carte d'habilitation de l'intervenant, ne pourra servir à des fins de contrôle de la pratique professionnelle. Ce projet vise l'implantation d'une carte spécifique à l'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux, elle ne se veut pas et ne sera pas une carte universelle de transaction avec l'État.

Le caractère novateur de ce projet va propulser le Québec parmi les leaders de la réflexion mondiale sur les systèmes publics de santé. Son contenu valorise l'audace, l'esprit d'initiative et la capacité d'innovation propres au modèle québécois. De nombreuses explorations, consultations et concertations en ont parsemé le parcours depuis plus de 10 ans. Le nombre important de mémoires qui seront soumis à la commission traduit fort bien la profondeur de la réflexion que suscite son contenu. Il tient également compte de la préoccupation de la population québécoise à l'égard de la sensibilité rattachée à la sécurité des informations nominatives de santé. Le projet constitue un moment privilégié dans la recherche et la définition d'un équilibre délicat entre diverses préoccupations, celles de la population à l'égard de la qualité des soins de santé mais aussi les préoccupations de multiples acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, et aussi, bien sûr, celles de l'État du Québec et de ses représentants.

● (14 h 20) ●

Les sociétés évoluent. Notre population vieillit. Les progrès de la science et de la recherche entraînent une augmentation de leurs coûts. Ce contexte particulier

exerce une pression soutenue sur le système qui se répercute sur les fonds publics. À l'instar de nombreux pays, nos structures et nos systèmes sont très sollicités, plus qu'ils ne l'ont jamais été auparavant. Oui, notre système de santé québécois est fortement sollicité. Point de chute des besoins médicaux de 7,4 millions de personnes, il doit répondre adéquatement à quelque 300 000 situations médicales par jour. Cela nous oblige à proposer des approches qui présentent des avantages cliniques et qui permettent de mieux éclairer les professionnels de la santé. Donc, assurer la prise en charge et le traitement de 6 millions de personnes qui consultent annuellement des intervenants en santé et services sociaux est exigeant.

En termes de consommation de services de santé, près de 83 % de ceux-ci sont délivrés sur une base annuelle dans la région de résidence. Sur un horizon de cinq ans, cette moyenne chute à 64 %. En termes de personnes, un Québécois sur quatre utilise des services dispensés à l'extérieur de sa région de résidence au moins une fois par année. Donc, le besoin d'échanger des informations de santé entre plusieurs professionnels et pour une diversité de situations médicales prend donc une dimension nouvelle.

Objet de discussion et de réflexion, comme je le disais, depuis plus de 10 ans, le projet a impliqué et mis à contribution des citoyens, des cliniciens ainsi que des administrateurs du réseau de la santé et des services sociaux. Depuis 1993, il a fait l'objet de deux importantes expérimentations à Rimouski et à Laval. Et, inspirée des recommandations issues des travaux de la commission Clair, une structure de concertation et de collaboration pour garantir la prise en compte des besoins de la population québécoise et des intervenants de la santé et des services sociaux a été mise sur pied. La proposition à l'étude est le fruit de cette concertation. Donc, le contexte actuel du système de santé québécois, les pressions imposées sur les structures, les systèmes et les besoins de services de qualité obligent à dépasser le quotidien. L'allocation de ressources financières à la santé demeure un impératif. Plusieurs solutions relèvent cependant de notre capacité collective à surmonter les obstacles et à innover dans nos approches et nos façons de faire.

Donc, en conclusion, Mme la Présidente, il demeure essentiel pour le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux que l'exercice majeur de consultation mené par cette commission parlementaire se fasse en toute transparence. L'occasion nous est offerte d'améliorer le système de santé et de services sociaux du Québec. L'occasion nous est également offerte de moderniser notre système de santé public québécois d'une manière respectueuse des besoins de tous. Je nous souhaite donc de fructueux échanges. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux. Je cède maintenant la parole au député de Châteauguay et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé. M. le député de Châteauguay.

M. Jean-Marc Fournier

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. À mon tour de souhaiter la bienvenue à au moins deux

membres du triumvirat de la Santé. Et je peux assurer le ministre que l'expertise et l'expérience que nous avons à la commission des affaires sociales, c'est d'avoir toujours des échanges fructueux, et je peux lui garantir que c'est ce que nous allons continuer de faire.

Dans les remarques préliminaires à l'égard de cet avant-projet de loi, vous allez me permettre, Mme la Présidente, de faire peut-être un bref historique, peut-être, pour nous permettre de tenter d'expliquer, tenter de comprendre s'il y a des raisons à l'improvisation que l'on voit dans l'avant-projet de loi, qui a pourtant passé le test du Conseil des ministres. Pourquoi je parle d'improvisation? Parce que, à la lecture de nombreux mémoires pour lesquels nous allons avoir des présentations ici au cours des prochaines semaines, on constate que, pour les experts du terrain, ceux qui auront à vivre avec cette nouvelle mécanique, pour eux, leur étude de l'avant-projet de loi et des mémoires au Conseil des ministres les amène souvent à dire qu'il est difficile de cerner l'objectif véritable de l'avant-projet de loi. Malgré ce qu'a dit le ministre tantôt, ce qu'ils viendront nous dire, c'est qu'ils ont de la difficulté à voir: Est-ce qu'il s'agit ici d'un nouvel outil administratif ou d'un outil clinique?

Ça va même encore plus profondément pour ce qui est de la confusion et de la difficulté à comprendre. Ça va même pousser certains, les premiers que nous entendrons tantôt... Et je vais citer déjà une partie de leur mémoire. Ils nous disent même qu'au niveau de la mécanique elle-même ça laisse certaines questions. Le Collège des médecins viendra nous voir tantôt, et ils disent ceci dans leur mémoire: «Pour être honnêtes, nous qui sommes des initiés du système de soins avons dû par moments être très imaginatifs pour visualiser, malgré une étude attentive des mémoires déposés au Conseil des ministres et de l'avant-projet de loi sous étude, comment s'effectuera pratiquement la prestation des soins auprès des patients munis d'une carte à puce.» Difficile de cerner ce qu'envisage l'avant-projet de loi, difficile même de savoir, pour des experts sur le terrain, ce que ça va représenter dans le concret, au jour le jour.

Difficile aussi de comprendre les raisons du refus de la part du gouvernement de donner suite ou de donner accès à toutes les études et toutes les implications de l'avant-projet de loi et du projet comme tel du dossier patient partageable, si on veut l'appeler comme ça. J'ai bien entendu le ministre qui s'engage à la transparence; j'en conclus donc que nous serons plus chanceux, au cours des prochaines heures et peut-être des prochains jours, pour être mis en possession de l'ensemble des documents qui sont sous la gouverne du ministre, que ce soit par son ministère ou de la Régie de l'assurance maladie.

Je voudrais néanmoins citer le court passage que *Le Devoir* citait le 6 février dernier, qui expliquait pourquoi on refusait certains documents, et le texte est comme ceci: «Si la Régie de l'assurance maladie du Québec refuse de rendre publics des documents jugés cruciaux sur son projet de carte santé à puce, c'est que la commission parlementaire qui lui sera consacrée ne porte que sur le principe de doter ou non les Québécois d'une carte santé à microprocesseur et non pas sur les détails de son implantation. La vraie discussion sur cette carte, sur le dossier médical informatisé qui l'accompagne et sur la création d'une banque de données

centrale viendra après coup, une fois que le gouvernement aura arrêté sa décision finale. C'est l'explication qu'a fournie au *Devoir* Mimi Pontbriand, directrice générale du projet de la carte Accès santé à la RAMQ.»

Autrement dit, si vous voulez avoir un exemple du processus de réflexion et du cheminement décisionnel au gouvernement du Québec, ça nous fait penser au dossier des deux salles de chirurgie cardiaque à Québec. On prend la décision de les construire, on met 17 millions là-dedans et, après coup, quand elles sont construites, on se demande si on a des budgets d'opération. On s'aperçoit qu'on n'en a pas. Elles vont être fermées pendant trois ans. Ça me semble un peu spécial comme processus décisionnel que de se dire: D'abord, posons-nous la question si on va donner aux gens une carte, puis on se demandera par la suite, une fois qu'on l'a décidé, à quoi elle va servir, quelle sera l'étendue des possibilités de cette carte. Il me semble qu'on manque certaines étapes dans le processus de prise de décision.

Difficile de comprendre aussi pourquoi c'est une si grande priorité. Et pourtant on pourrait participer, nous aussi, à dire que c'est une grande priorité. Ce n'est pas compliqué, il ne s'agirait ni plus ni moins que de nous dire quels seront véritablement les coûts globaux envisagés par l'ensemble de ce projet; pas simplement d'implanter une carte, mais s'assurer que la carte, outil de communication, communique de l'information qui elle-même peut être communiquée via cette carte — on parle donc de l'informatisation de l'ensemble des points de services — et de nous assurer, par une véritable étude coût-efficacité, que c'est bien la chose qui doit être faite aujourd'hui, compte tenu des budgets consacrés à la santé. Dois-je rappeler au ministre ici une chose qu'il va m'entendre souvent le lui rappeler, mais pas juste moi, bien des groupes au Québec, à l'effet que nous sommes, au Québec, la dernière province, dixième sur 10 en termes de financement des soins de la santé per capita au Canada? Conséquemment, puisque les ressources sont limitées au Québec par le choix des priorités du gouvernement du Parti québécois, la question se pose: Est-ce qu'on fait bien la bonne chose? Est-ce que c'est la bonne priorité?

Je vous avais annoncé un court historique; je vais y aller le plus rapidement possible, Mme la Présidente. En septembre 1996, le ministre Rochon annonce son intention d'implanter la carte santé à microprocesseur à compter de janvier 1998. En décembre 1997, le gouvernement reporte l'implantation de la carte à puce à l'automne 1998. En mai 1998, le ministre Rochon parle maintenant d'une décision du Conseil des ministres en juin 1998. En juillet 1998, nouveau report. Une décision du Conseil des ministres est espérée pour la fin août 1998. En novembre 2000, la ministre Marois dépose, le 23 novembre, un mémoire au Conseil des ministres. En avril 2001, le nouveau ministre Trudel dépose, le 2 avril, un nouveau mémoire au Conseil des ministres. Le Conseil accepte le démarrage immédiat du projet, l'adoption d'un projet de loi en décembre 2001. Avril 2001, le ministre confirme en commission parlementaire qu'il entend déposer le projet de loi avant le 15 mai 2001. Mai 2001, à peine un mois après ses propres annonces, le ministre recule et

annonce maintenant le dépôt du projet de loi à l'automne 2001. Octobre 2001, le cabinet du ministre confirme un nouveau report, on prévoit maintenant l'adoption du projet de loi, projet de loi, au printemps 2002 au plus tôt. Décembre 2001, c'est finalement un avant-projet de loi qui est déposé. On a fait beaucoup de travail mais surtout beaucoup de reports. Finalement, devant nous, devant cette commission, seront entendus des groupes qui vont venir commenter un avant-projet de loi et non pas un projet de loi.

• (14 h 30) •

Et de quelle sorte d'avant-projet de loi parlons-nous, Mme la Présidente? Marie-Claude Prémont, que nous allons entendre plus tard cet après-midi, qui n'est pas la dernière venue — elle a été nommée par Mme Marois, ministre de la Santé à l'époque, pour présider le Comité de surveillance du projet vitrine de carte à microprocesseur de la région de Laval — viendra nous dire ceci, entre autres: «L'essence du processus législatif ne saurait être de tromper la population. L'objectif de l'avant-projet de loi ne saurait être de manipuler l'Assemblée nationale du Québec. Or, le document déposé doit recevoir les réprimandes les plus sévères, puisqu'il heurte l'essence des institutions parlementaires et démocratiques québécoises.» Les termes sont forts.

Pierrôt Péladeau, qui travaille au Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal, viendra nous dire, au cours des prochains jours, Mme la Présidente, certains éléments de son mémoire. Je cite: «Mais force est de constater que ce débat est mal engagé. Le projet à discuter est mal défini, mal documenté, et son promoteur, la Régie de l'assurance maladie du Québec, tente maladroitement et désespérément de contrôler les débats, publics ou non, ainsi que de les circonscrire aux seules options qui servent ses intérêts institutionnels et industriels.» Il poursuit: «Il est clair que, par contraste, la présente consultation sur l'avant-projet de loi sur la carte santé du Québec, sans autre documentation que ce soit, représente presque une insulte à l'Assemblée nationale, aux parlementaires et citoyens ainsi qu'à la démocratie québécoise.» Il termine: «Il n'est pas clair si les présentes consultations participent d'une véritable démarche d'évaluation publique ou d'une opération de relations publiques.» Encore une fois, des termes qui sont plutôt forts, Mme la Présidente.

Ce ne sont pas les seuls. La Fédération des infirmières du Québec va déposer un mémoire dont le titre est celui-ci: *La carte santé-Québec: un détournement majeur*. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il y en a plusieurs qui trouvent que la façon dont le débat s'engage ne promet pas des échanges fructueux. On va tenter quand même de pouvoir réussir à en faire.

Je citais tantôt Marie-Claude Prémont. Je crois utile d'en citer un autre court passage pour comprendre. Comment se fait-il qu'on en est rendu là, après six ans de démarches gouvernementales sur la question? Elle dit ceci: «Bref, le saucissonnage de la facture des soins de santé entre différents acteurs qui surgissent de l'instauration d'un régime candidement dénommé de partenariat public-privé ne peut se mettre en place sans risque d'implosion ou d'explosion des coûts administratifs, à moins que ne soit d'abord implantée une vaste et complexe infrastructure de nouvelles technologies de

l'information et des communications. Voici le réel moteur du présent programme proposé par cet avant-projet de loi. C'est la stratégie qui anime les promoteurs du projet, qui ont pris soin de ne pas révéler tous les frais de ce programme de crainte d'en révéler davantage l'envergure.»

Non seulement nous savons déjà que beaucoup des experts — et je ne parle pas ici de l'opposition, qualifiée trop souvent par la partie gouvernementale de démagogue — nombreux des experts sur le terrain ont dénoté le manque de transparence. Ils en sont même rendus à essayer de comprendre pourquoi il y a un tel manque de transparence, et il y a des doutes maintenant sur ce qu'envisage secrètement le gouvernement. Et, me semble-t-il, le gouvernement devrait être à l'écoute de ces messages pour pouvoir se gouverner en conséquence et essayer d'éviter qu'il y ait des soupçons peut-être qui sont non fondés. Mais, évidemment, en refusant la transparence, on est pris avec ce genre de soupçons.

La Fédération des médecins spécialistes partage les soupçons que d'autres ont déjà soulevés à l'égard de l'avant-projet de loi. Ils nous disent: «Les médecins spécialistes ne sont toutefois pas dupes.» Lorsqu'on fait le tour, on s'aperçoit que les termes sont toujours assez forts, hein? «Ce projet a depuis ses débuts été décrit et expliqué, autant par les divers intervenants extérieurs que par ceux-là mêmes qui l'ont élaboré, comme un projet répondant à des impératifs de contrôle administratif plutôt qu'à des objectifs cliniques. Ce n'est que récemment que le discours gouvernemental s'est ajusté et que l'on a commencé à insister sur les vertus cliniques du projet de carte santé. Certains croient qu'il ne s'agit là que de la poudre aux yeux, que d'une tactique visant à obtenir le soutien des médecins et de la population. Il va sans dire que l'on peut être justifié de se questionner.» Bref, Mme la Présidente, après six ans de reports périodiques et de gestation difficile, le moins que l'on puisse dire, c'est que le bébé se présente mal.

Lorsqu'on regarde le rapport du professeur Claude Sicotte, que la Régie a publié finalement hier, on peut même se demander si l'avant-projet de loi n'est pas mort-né. Lorsqu'on regarde ce qu'en dit le professeur Sicotte, lorsqu'il fait une évaluation sur le projet de Laval avec certains des éléments qui sont repris dans l'avant-projet de loi, il dit: «Il y a trois failles importantes: le concept d'un carnet médical, le DCS, conçu comme un résumé de dossier qui ne visait en aucune façon à se substituer en tout ou en partie au dossier médical du patient — concept qui est repris à l'avant-projet de loi, une des failles. Deuxième faille: le contrôle discrétionnaire laissé au patient sur la nature des informations cliniques enregistrées dans le DCS. Troisième faille, la constitution d'un fichier unique centralisé pour emmagasiner les données cliniques, le DCS. Le maintien de ces trois caractéristiques dans tout déploiement futur d'un système de carte à micro-processeur engendrera les mêmes conséquences qui mineront sérieusement la viabilité d'un tel système.» Disons qu'il y a une lumière rouge plutôt pesante qui nous est présentée.

La question qui se pose donc à l'ouverture de cette commission est la suivante. Lorsqu'on regarde ce que plusieurs groupes viendront dire, les inquiétudes qui sont formulées, la première question qui se pose, surtout

lorsqu'on voit l'avis du professeur Sicotte, c'est: Le ministre lui-même est-il d'accord avec son propre avant-projet de loi? Acceptera-t-il vraiment d'être transparent? Par exemple, pourquoi ne permet-il pas que soit publié le document *Conception administrative et technique*, version 4.1, du 17 décembre 2001? Pourquoi refuse-t-il de dévoiler les coûts globaux? Parce que ou bien les études existent sur les coûts globaux d'implantation, sur les études coût-efficacité que ça peut procurer au système, ou bien elles existent, et alors la question est: Pourquoi les cacher? Ou bien elles n'existent pas, Mme la Présidente, et alors la question est un peu plus pesante: Quelle irresponsabilité que de nous amener devant des développements dont on n'a pas envisagé l'ensemble des coûts qui peuvent les accompagner?

Les médecins spécialistes nous disent plus loin dans leur rapport, en parlant des coûts: «L'atteinte de cet objectif nécessite toutefois un investissement beaucoup plus important que celui annoncé par le gouvernement et le ministre de la Santé dans le cadre de ce projet de loi. En effet, il est impératif d'assurer notamment l'informatisation des laboratoires et des centres d'imagerie médicale ainsi que la mise en réseau de l'ensemble des lieux de prestation de soins — centres hospitaliers, CLSC, cabinets privés. À ce niveau, il faut déplorer le silence du gouvernement sur l'ensemble des coûts rattachés à ce projet. Le gouvernement doit donc faire preuve de leadership, reconnaître dès maintenant tous les coûts reliés à l'implantation de la carte santé et du résumé des renseignements de santé et annoncer dès maintenant sa volonté d'effectuer les investissements nécessaires à ce niveau.»

Les omnis diront essentiellement la même chose: «Un budget de 159 millions de dollars a été autorisé pour implanter le projet de la carte santé du Québec. Ce montant ne suffira pas à financer les nombreux éléments essentiels à la réussite du projet, comme les 7,5 millions de cartes d'utilisateur, les cartes d'habilitation, les lecteurs, le branchement au RTSS, la formation des intervenants à l'utilisation de ces technologies, les coûts d'abonnement à l'inforoute et les coûts liés à la mise en place d'une équipe de soutien aux usagers des cartes devant être disponible 24 heures par jour, sept jours par semaine. Nous trouvons inquiétant, disent-ils, qu'un projet soit élaboré sans qu'on ait procédé à la budgétisation de l'ensemble des coûts y afférents.»

Ce n'est pas l'opposition qui encore une fois pose ces questions, elle ne fait que répercuter ce que disent les gens qui auront à vivre avec ce système, ceux qui ont aujourd'hui à vivre avec le système de santé avec les maigres moyens qu'on leur attribue. Une question revient donc souvent à l'égard de l'avant-projet de loi et de la démarche gouvernementale, c'est: Qui donc mène le jeu: l'information à communiquer au bénéfice d'un patient ou le moyen de communiquer une information éventuelle pas encore disponible? Puisqu'il faudra de toute façon informatiser l'information, pourquoi ne pas commencer par là? L'avant-projet de loi, est-ce pour Motus Technologies ou pour outiller les donneurs de soins au service des malades? La question continue de se poser chez les gens qui ont à donner des soins au Québec.

• (14 h 40) •

Bien sûr, donc, à l'égard de cette commission, nous allons écouter les présentations. On le fera en se rappelant que le gouvernement a retenu trois priorités suite au rapport Clair d'il y a maintenant plus d'un an: la gouverne — le projet de loi n° 28 — les groupes de médecine familiale virtuels et la carte à puce éventuelle. Un an après, les citoyens actionnaires et clients du réseau de la santé attendent toujours du concret pour eux. Pour notre part, dans le contexte budgétaire actuel, nous ne croyons pas qu'il y ait urgence d'investir dans la carte à puce. Que le dossier patient partageable soit utile, oui, il n'en fait pas de doute; qu'il soit la priorité en termes de soins aujourd'hui avec les moyens que nous avons, non. Ceux qui nous guident pour donner ces réponses aujourd'hui sont ceux qui vivent la réalité au jour le jour, ceux à qui nous devons penser, ceux vers qui nous devons nous tourner lorsque nous devons prendre des décisions.

Le Conseil pour la protection des malades nous dit ceci: «Est-il opportun d'investir des dizaines de millions de dollars dans un tel projet alors que le système de santé vit encore la crise des compressions budgétaires? Il faut spécifier que les 150 millions de dollars à investir sur quatre ans dans ce projet n'incluent pas les frais que tous les établissements de santé et cliniques devront encourir pour la mise à jour et l'achat d'équipement informatique. Qui paiera la note? N'est-il pas plus judicieux d'investir l'argent directement dans les soins?» Si on faisait un sondage sur cette question, je pense que nous aurions des résultats intéressants.

Mais il n'y a pas que les patients vers qui on doit se tourner, il y a les donneurs de soins aussi vers qui il faut se retourner. La Fédération des médecins résidents du Québec, dans son mémoire, nous dit ceci: «Dans le contexte actuel, compte tenu des enjeux auxquels est confronté le Québec pour maintenir un système de santé public, la Fédération des médecins résidents du Québec suggère que l'on reporte le projet d'implantation de la carte santé. La Fédération est d'avis que beaucoup d'autres secteurs du réseau méritent une attention immédiate afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins accordés aux patients, que ce soit en modernisant le parc technologique ou en favorisant le désengorgement des salles d'urgence ou la réduction des listes d'attente. Le projet que propose le gouvernement du Québec n'est pas dénué d'intérêt, loin de là. Bien que son efficacité n'ait pas été démontrée par les études effectuées ou par les projets semblables ailleurs dans le monde, il implique cependant un investissement financier considérable ainsi qu'un investissement humain qui repose en grande partie sur la profession médicale.»

On le voit, Mme la Présidente, l'idée comme telle d'une carte à puce, d'une carte Accès santé, d'une carte à microprocesseur, d'un dossier patient partageable, appelons-les comme on voudra, l'idée de s'assurer que les donneurs de soins puissent partager entre eux ce patient qui n'en finit plus de circuler dans cette nouvelle façon de servir en santé, qu'on appelle ambulatoire, personne ne peut nier qu'il y a une utilité. La question qui se pose pour plusieurs: Est-ce que ce que le gouvernement avance vise justement à doter les donneurs de soins d'un outil clinique utile pour le patient ou s'il a d'autres fonctions? Là-dessus, ce n'est pas clair.

Par ailleurs, c'est une étape de communication qui viendra après qu'il y ait une information qui va pouvoir être soutenue, qui sera informatisée. Et là on n'y est pas encore. Dans quelle période on dépose un projet comme celui-là aux avancées technologiques? Et c'est intéressant d'avoir une médecine de pointe, nous en sommes tous. Est-ce que c'est d'avoir une médecine de pointe que d'avoir une carte à microprocesseur ou d'avoir des équipements de radiologie qui sont à la fine pointe et qui ne font pas dire à ceux qui ont à les utiliser qu'ils laissent parfois des diagnostics erronés?

La question qui se pose beaucoup sur les urgences... Et le ministre, il est déjà soumis à la pression de tous les jours: pénurie d'infirmières qui se vit gravement. Il ne faut pas oublier qu'il y a eu quand même plus de 4 000 infirmières qui ont quitté après que le gouvernement ait décidé de donner des bonus à la retraite. Il y a plus de 1 000 médecins qui ont quitté. Il y a un virage ambulatoire qui n'a jamais été fait. Il a été annoncé plusieurs fois lorsqu'on a fermé 11 000 lits, 7 000 de courte durée, 4 000 de longue durée. On nous avait dit qu'il y aurait des soins à domicile; on les attend toujours, les citoyens du Québec les attendent toujours.

La commission Clair avait un grand nombre de recommandations. On parlait, entre autres, des services intégrés pour les personnes âgées, les personnes atteintes de maladie chronique. C'était, disait le rapport Clair, un modèle à généraliser. Mme Marois, alors ministre de la Santé, a dit qu'il fallait faire de ce modèle un modèle répandu partout. Bien, de modèle à généraliser on est rendu à modèle en danger. Ces services intégrés n'ont pas les budgets pour se perpétuer et, à la fin de l'année financière, vont disparaître. Dans ce contexte de sous-financement chronique où on peut inventer toutes les lois antidéficit du monde, il restera toujours que le constat, c'est qu'il y a des déficits malgré cette loi. Et, malgré qu'elles aient engendré un grand nombre de coupures, la question qui se pose, c'est: Est-ce le meilleur geste à faire aujourd'hui que de se donner une carte comme celle-là? Bien que l'idée à la base puisse être intéressante, est-il opportun aujourd'hui de le faire?

On se serait attendu de lancer ce débat avec des études, notamment des études coût-efficacité qui viendraient nous démontrer que de procéder à ça aujourd'hui nous permettra d'enranger des économies qui vont permettre de procurer plus de soins. De telles études existent pour les soins à domicile, et on ne les a toujours pas données. Nous sommes les derniers au Canada en termes de soins à domicile. On se serait attendu à ce qu'il y ait un peu plus d'information.

Quoi qu'il en soit — et je termine là-dessus, Mme la Présidente — le ministre nous annonce qu'il envisage de faire ces travaux dans la transparence. Nous acceptons volontiers cette offre. Nous sommes convaincus qu'elle est de bonne foi. Nous nous attendons en conséquence que l'ensemble des documents concernant le projet — et pas seulement ceux que la RAMQ nous dit qu'ils concernent la décision à prendre de doter les Québécois, oui ou non, d'une carte, mais l'ensemble des usages que cette carte permettra, l'ensemble des données économiques, des coûts à l'égard de cette carte — seront rendus disponibles, qu'on pourra y déceler peut-être la raison pour laquelle il faut en faire aujourd'hui une

urgence et une priorité. Tant que nous ne les aurons pas, on aura probablement un peu de difficultés à concourir à la priorisation gouvernementale.

Ceci étant, nous sommes très heureux de pouvoir participer à cette commission. C'est un débat qui existe depuis longtemps, et il était propice que nous puissions en discuter. Il aurait été préférable que ça se fasse sur une base plus claire. Nous acceptons la base qui est sur la table, et c'est avec beaucoup de plaisir que nous allons entendre les groupes à compter d'aujourd'hui et, si j'ai bien compris, au courant des prochaines semaines. Ce sera un processus de consultation, disons, prolongé. Peut-être que nous aurons le temps, d'ici la dernière de ces auditions, de voir le troisième ministre de la Santé se joindre à nous pour continuer cette consultation, on ne sait jamais. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Châteauguay. Vous aviez une question à me poser, M. le ministre délégué et député de Portneuf?

M. Bertrand (Portneuf): Non, ce serait plus pour une intervention à ce stade-ci des remarques préliminaires.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Malheureusement, je dois vous dire que, comme ministre délégué et comme ministre tout court, vous n'êtes malheureusement pas membre de la commission. Alors, je ne peux vous céder la parole, sauf s'il y a consentement des membres de cette commission, Alors, vous souhaitez...

M. Bertrand (Portneuf): Mme la Présidente, donc je sollicite le consentement de mes collègues.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous sollicitez le consentement? Est-ce qu'il y a consentement pour que le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux puisse prendre la parole?

M. Fournier: Écoutez, sans faire aucune remarque sur le nombre de membres de la députation gouvernementale au sein du Conseil des ministres — je les réserve pour un autre forum — étant entendu que je viens moi-même de tendre une perche pour avoir plus de transparence — peut-être que ce sera des réponses sur la possibilité d'avoir toutes les informations et les documents de la RAMQ et du ministère — nous consentons à ce que le ministre délégué puisse participer à nos débats pour cette intervention et qu'il puisse peut-être nous dire qu'il va rendre publiques toutes ces informations.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): À ce moment-ci, j'aimerais peut-être qu'on précise par contre le mandat. Pas le mandat, mais est-ce qu'on permet au ministre d'intervenir quant aux remarques préliminaires ou si on permet au ministre d'intervenir tout au cours de cette commission parlementaire sur l'avant-projet de loi?

M. Fournier: On va commencer par ce stade-ci et on verra à l'usage.

● (14 h 50) ●

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors donc, au niveau des remarques préliminaires. Alors, M. le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux et député de Portneuf, et il reste à la partie ministérielle 14 minutes.

M. Roger Bertrand

M. Bertrand (Portneuf): Très bien. Merci, Mme la Présidente. J'aimerais donc, premièrement, saluer l'ensemble des collègues membres de la commission et participants, donc, à cet exercice de consultation générale, saluer également l'ensemble des personnes présentes et les assurer que nous aurons toute l'écoute qu'il se doit sur un sujet aussi important que cet avant-projet de loi sur la loi intitulée Loi sur la carte santé du Québec.

Je veux vous dire, Mme la Présidente, que je suis davantage rassuré par la fin de l'intervention du porte-parole de l'opposition, notre collègue de Châteauguay, que par le début. J'ai cru comprendre, dans la fin de son intervention, qu'il y avait manifestement ouverture quant à bonifier éventuellement le projet qui est sur la table. Cette ouverture, également, je puis l'assurer qu'elle existe également de ce côté-ci de la Chambre. Je crois que nous pourrons effectivement grandement bénéficier de cette consultation. Nous l'entreprenons avec l'esprit le plus ouvert possible afin de permettre à tous ceux et celles intéressés par cette question d'exprimer leur opinion et, si divergente soit-elle, arriver effectivement à bonifier le projet dans le cadre de la présente démarche.

Bien sûr, et je pense que c'est un peu normal, l'opposition officielle a monté en épingle ou, en tout cas, a peut-être davantage parlé de certaines critiques à l'intérieur des mémoires que nous avons reçus, mais je rappellerais, Mme la Présidente, que la très vaste majorité des mémoires reçus ont été rédigés dans une facture très constructive, ce qui mérite, je pense, toute notre attention. La plupart des groupes qui s'exprimeront, si je peux me baser sur le contenu des mémoires présentés, semblent être heureux, comme groupes, d'être associés au projet et ils semblent croire que l'instauration d'une telle carte pourrait constituer un avantage et de grands bénéfices pour notre système de santé, et je pense qu'effectivement c'est l'optique dans laquelle nous devons tous travailler, tous et toutes.

Ceci étant dit, Mme la Présidente, je rappellerais qu'à titre de ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, à la Prévention de même qu'à la Protection de la jeunesse le mandat ministériel qui m'est confié concerne, par voie de conséquence, en grande partie certains de nos concitoyens ou de nos concitoyennes qui peuvent vivre des situations plus difficiles, qui peuvent être démunis, éprouver une perte d'autonomie ou vivre des situations personnelles requérant une adaptation des services. Pensons aux personnes en besoin de réadaptation physique ou intellectuelle, aux personnes handicapées, aux personnes toxicomanes ou aux itinérants et itinérantes. Pensons aussi aux personnes qui peuvent requérir des services sociaux, des services d'hébergement ou différents services d'assistance adaptée, d'une certaine façon. Et on sait que le Québec est reconnu — avec raison, je crois — pour sa compassion et sa générosité dans le vaste secteur des services de santé

et des services sociaux. Il cherche toujours à traiter ses citoyens, quels que soient leurs besoins spécifiques, dans le respect intégral de leurs besoins et de leur spécificité. Donc, dans le cadre des débats de la commission parlementaire, plusieurs volets de discussion toucheront justement ou seront pertinents à la situation que vivent ces personnes. Celles-ci doivent faire l'objet de conditions facilitant leur accès sur le même pied que tous et toutes, donc, aux services pouvant leur être prodigués, compte tenu de leur état. Elles doivent pouvoir bénéficier d'une approche adaptée à leur réalité.

Plusieurs composantes du projet de carte santé soumis à l'étude de la commission touchent des groupes généralement moins organisés et moins présents sur la place publique. Ces composantes constituent des instruments majeurs et précieux pour l'ensemble de la population et plus spécifiquement pour ces personnes touchées par des situations particulières. Le résumé des renseignements de santé de l'usager, la carte santé à microprocesseur et les mécanismes de gestion du consentement s'inscrivent dans cette lignée. Cette consultation sera l'occasion d'entendre les représentants également de ces personnes plus démunies ou en difficulté qui bénéficieront de l'accessibilité accrue aux services que procurera la carte santé à microprocesseur.

Nous devons demeurer vigilants à l'égard de cette partie de la population qui présente des besoins particuliers en ce qui regarde les services de santé et les services sociaux. Les consensus issus de nos échanges apporteront des éclairages nouveaux sur les possibilités d'améliorer les services auprès de ces personnes. Il importe que ces citoyens tirent avantage du projet. Il importe aussi, sur la base des étapes subséquentes, que leur prise en charge et leur traitement puissent respecter leur situation particulière. Toutes nos actions doivent se faire au bénéfice de chacun et de chacune des Québécoises et des Québécois, incluant ces personnes. Je compte donc, vous le comprendrez, Mme la Présidente, m'assurer dans toute la mesure du possible, lors de ces débats, d'apporter ou de requérir les éclairages essentiels en ce qui concerne cette sphère d'activité du système de santé québécois. Je serai à l'écoute et je dégagerai les éléments tangibles requis pour orienter les choix futurs du gouvernement à l'égard également de ces clientèles. Le droit au mieux-être doit s'appliquer à tous nos concitoyens, toutes nos concitoyennes sans exception. Je vous remercie, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le ministre délégué. Alors, je demanderais maintenant aux représentants du Collège des médecins du Québec de bien vouloir prendre place, et je vais suspendre les travaux de la commission pour quelques instants, le temps de leur permettre de le faire.

(Suspension de la séance à 14 h 56)

(Reprise à 14 h 57)

Auditions

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, nous vous souhaitons la bienvenue, les membres de

cette commission vous souhaitez la bienvenue. Dr Lamontagne, président du Collège des médecins du Québec, je vous cède la parole. J'apprécierais si vous pouviez nous présenter les personnes qui vous accompagnent. Et vous avez 20 minutes pour la présentation de votre mémoire.

Collège des médecins du Québec (CMQ)

M. Lamontagne (Yves): Merci, Mme la Présidente. M. le ministre, Mmes, MM. les parlementaires, je vous présente le Dr André Garon, qui est secrétaire général adjoint aux affaires externes, de même que Me Édith Lorquet, qui est adjointe à la Direction générale.

D'abord, je vous remercie de nous recevoir. Je pense que vous le savez déjà, le Collège des médecins s'intéresse toujours de près aux interventions qui sont de nature à améliorer la protection du public bien sûr et la qualité des soins aux malades. De notre point de vue, en ce qui a trait à la carte à microprocesseur, ça doit d'abord et avant tout servir à améliorer la qualité des soins et à en favoriser la continuité par un meilleur partage de l'information clinique entre les professionnels. Plus que jamais, le partage d'information clinique est une exigence et une réalité incontournables en 2002 qui doit nécessairement intégrer les services déjà offerts par les différentes composantes du réseau, à savoir les centres hospitaliers, les cliniques privées et les CLSC.

En ce qui a trait à la consultation en cours, je vous dirais que, bien sûr, on reconnaît l'exigeant travail que se sont imposés les avocats pour rédiger un avant-projet de loi, mais nous avons préféré davantage venir échanger avec vous sur un projet en devenir plutôt que sur un avant-projet de loi. Et je vous dirais peut-être que l'empressement d'agir et certains aspects plus sensibles du sujet vous ont peut-être conduits à consulter à partir de l'avant-projet de loi. Et, pour être honnêtes, nous qui sommes finalement des initiés du système de soins, je dois vous avouer que nous avons dû par moments être très imaginatifs pour visualiser comment s'effectuera pratiquement la prestation des soins auprès des patients munis d'une carte à puce, quel sera l'impact sur l'organisation du travail, de quelle façon concrète s'effectuera son implantation et surtout comment s'arrimera cette nouvelle technologie de pointe aux autres solutions technologiques qui sont déjà déployées à travers le Québec dans certains milieux hospitaliers ou communautaires.

Cette vision concrète est d'autant plus difficile à imaginer que, pour plusieurs médecins qui oeuvrent dans le milieu et qui ne sont ni informatisés ni reliés en réseau, cette innovation technologique de pointe aurait dû logiquement s'ajouter à une informatisation de base préalable comme étant une seconde étape. Autrement dit, on nous a demandé de réfléchir sur la phase III d'un projet alors que la phase I n'est pas encore concrétisée, toujours selon les médecins. Par analogie, évidemment, on pourrait se demander: Est-ce qu'on pouvait avoir confiance avec certitude, il y a de cela quelques années, en la possibilité d'effectuer des transactions bancaires sur Internet avant même d'avoir expérimenté au préalable la technologie qui a été introduite par le biais des cartes de guichet automatique?

● (15 heures) ●

Nous croyons aussi qu'il aurait été plus facile de porter un jugement de valeur quant au choix de l'outil technologique sous étude si nous avions été partie prenante du processus ayant conduit le Conseil des ministres à conclure à la pertinence de la carte à microprocesseur afin d'améliorer la qualité des soins qui sont offerts à la population, bien sûr tout en modernisant — et ça, on est pour ça — la gestion du système de santé. Pour faire image, encore ici, je pense qu'il est plus facile d'arriver à destination avec tous ses passagers lorsque ces derniers sont à bord dès le départ, alors qu'il est beaucoup plus risqué de les faire monter en cours de route ou, à tout le moins, de les convaincre de monter.

Évidemment, il ne faut pas, par contre, je vous dirais, nous inférer à nos propos un manque d'ouverture, et ça, je voudrais... Bien au contraire, je vous rappelle qu'à la demande de la Régie de l'assurance maladie du Québec nous avons nous-mêmes accepté de participer aux travaux du comité directeur pour conseiller la RAMQ sur différents éléments impliqués par la mise en place de cette décision ministérielle. Malgré les risques d'être cooptés pour cautionner une démarche visant plutôt le contrôle de l'admissibilité des assurés et autres prérogatives administratives de la RAMQ, sous le couvert d'applications cliniques à venir, nous avons quand même choisi de contribuer à ces travaux en espérant que notamment l'échange de renseignements cliniques et le développement d'outils d'aide à la décision seront bel et bien implantés à court ou à moyen terme.

Pour être plus clair, nous sommes préoccupés par le fait qu'une fois les contrôles administratifs mis en place il sera toujours possible pour le Conseil du trésor de nous informer, après un examen attentif des finances publiques, bien sûr, qu'il n'est plus désormais possible de déployer dans un proche avenir les outils cliniques qui sont pourtant réclamés par les médecins depuis de nombreuses années. De plus, comme d'autres l'ont dit, de nombreux coûts ne semblent pas être comptabilisés dans les 159 millions, montant déjà fort imposant attribué au déploiement de la carte santé. Quand on imagine ce que l'on pourrait faire sur le terrain avec un tel montant, on ne peut s'empêcher de dire que ce serait du gaspillage si l'on ne pouvait exploiter cette importante dépense publique pour des fins cliniques. Il s'agirait alors d'un autre rendez-vous manqué avec tous ceux et celles qui sont responsables directement des soins à la population.

Les attentes des médecins. Les médecins, je vous le rappelle, ont toujours souhaité améliorer la qualité des services offerts aux malades et ont toujours été ouverts à l'implantation des nouvelles technologies de l'information. Vous trouverez d'ailleurs en annexe de notre mémoire la liste des représentations que nous avons faites au cours des dernières années à ce sujet. Nous vous rappelons que, parmi les outils technologiques auxquels s'attendent les médecins depuis déjà un bon bout de temps, notons particulièrement trois applications: un outil de partage de l'information entre le médecin et le pharmacien sur la médication prise par le malade — très intéressant avec la carte à puce — un système de requêtes-résultats de laboratoire permettant d'éviter la duplication des analyses et d'obtenir plus

rapidement l'information nécessaire au diagnostic et, troisièmement, des aviseurs thérapeutiques et diagnostiques qui permettent de mieux agir en fonction des indications et des contre-indications, d'être mieux informés des interactions médicamenteuses qui occasionnent, comme vous le savez comme moi, des coûts humains et financiers importants. Je vous dirais donc, bien sûr, que c'est avec un peu de lassitude et un certain degré de scepticisme que nous espérons encore une fois que cette fois sera la bonne et que les médecins disposeront enfin de ces outils pour le plus grand bénéfice des patients. Ce n'est d'ailleurs qu'à ce moment que les médecins pourront effectivement croire que cet investissement de taille en valait réellement la peine.

L'intérêt, par contre, d'une carte à microprocesseur, c'est bien sûr, ne repose pas nécessairement sur l'accès aux outils d'aide à la décision clinique. Par exemple, nous savons fort bien que, pour implanter un système de requêtes-résultats, il s'agirait d'informatiser des laboratoires et des cabinets de médecins pour que cet outil soit accessible, et ça, indépendamment du déploiement d'une carte à puce. En ce qui concerne l'aviseur thérapeutique, différents logiciels existent déjà et pourraient être facilement et rapidement implantés. Cela d'ailleurs donnerait suite à une des recommandations faites par le groupe de travail qui a été présidé par M. Montmarquette dans le cadre de l'évaluation récente du régime d'assurance médicaments. Je vous rappelle que ce groupe de travail considère, tout comme nous d'ailleurs, qu'il est primordial que les médecins puissent accéder à brève échéance à certaines données cliniques relatives à la consommation de médicaments par les patients.

La sécurité. Tel que nous le percevons, l'intérêt d'une telle carte réside dans le niveau élevé de sécurité quant à la production des renseignements personnels. Appliquée aux données de santé, cette question de sécurité est primordiale pour le citoyen et bien sûr pour les professionnels aussi. C'est aux obligations faites aux professionnels en matière de secret professionnel que les patients doivent et acceptent d'abord de se confier à eux. Ces obligations conduisent à garder confidentielles les informations cliniques qui sont obtenues dans le cadre d'une relation médecin-malade, et ce, sous réserve du partage de ces informations avec l'équipe soignante.

L'échange d'information s'effectue dans le cadre d'un consentement aux soins. Autrement dit, consentir à des soins implique un échange d'information, lequel est géré selon les traditions des milieux professionnels et cliniques. Les attitudes quant à la conservation des dossiers médicaux en format papier doivent sans cesse être revues. Toutefois, aucun moyen de protection n'égalait présentement l'usage d'une telle carte. C'est donc un point majeur en faveur de celle-ci.

En ce qui a trait au consentement du malade à ce que soit constitué un résumé des renseignements de santé et à ce que ces renseignements soient partagés avec d'autres professionnels en tout ou en partie, l'intérêt d'une carte à puce nous apparaît un peu moins évident. Bien sûr, il est prévu que le patient présente obligatoirement sa carte et donne son accord pour que soit constitué un résumé des renseignements de santé et pour qu'un professionnel accède à ces renseignements. Le projet prévoit également que le consentement à

constituer un résumé de renseignements de santé soit présumé avoir été donné, à moins que la personne ne manifeste son désaccord. Ce scénario de l'«opting out» faciliterait la gestion technique du consentement à la constitution de résumés de renseignements de santé.

Mais, au-delà de ces aspects techniques, ce sont les professionnels de la santé, qui sont d'ailleurs toujours aidés par des employés, comme les préposés à l'accueil, ce sont toujours eux qui devront tout de même informer adéquatement les patients sur les modalités entourant la constitution ou la consultation, les corrections, ou la destruction du résumé. Ils devront donc bien sûr s'assurer que le malade donne un consentement libre et éclairé. Or, pour le médecin, la survie du résumé des renseignements de santé repose d'abord et avant tout sur son utilité clinique. Le partage de données non fiables n'est d'aucune utilité. À ce sujet, il nous apparaît important de signaler que bien des inconnues subsistent quant aux normes sur lesquelles s'appuiera l'attribution des cartes d'habilitation et des profils d'accès.

Un dossier incomplet, bien sûr, représente une faille importante quant à cette utilité clinique. Ainsi, nous croyons que, à partir du moment où le patient fera le choix de consentir à ce qu'un résumé des renseignements soit constitué à son sujet, ce choix devrait conduire à un résumé complet. Donc, l'intérêt d'une carte à puce quant à une gestion efficace et sécuritaire du consentement est intrinsèquement lié à l'utilité clinique de l'outil qui, dans ce cas, est le résumé des renseignements de santé auquel la carte donnerait accès. Sans précaution pour préserver cette utilité, le consentement n'est lui-même plus pertinent et ne saurait être considéré comme un argument de poids en faveur de la carte.

Considérations économiques. Bien évidemment, pour compléter sur la question de l'intérêt, nous avons compris que son développement et son déploiement comportent déjà des dimensions économiques non négligeables et que le Conseil du trésor a sûrement déjà évaluées. Ces dimensions, par contre, devraient être mieux expliquées aux citoyens contribuables. Peut-être pourraient-elles faire même l'objet d'investissements privés proposés à un plus large public de manière à réserver les deniers publics à la prestation de soins directs aux malades.

Nous vous l'avons déjà dit, la démarche de mise en oeuvre du projet entretient non seulement de l'espoir pour les médecins d'accéder un jour enfin à des outils d'aide à la décision clinique, mais aussi d'être informatisés et d'être reliés en réseau. Pour les médecins en cabinet privé, ce n'est pas sans intérêt, surtout si l'achat d'ordinateurs et le branchement dans le cadre de ce projet constituent une alternative à ceux qui n'envisagent pas participer à l'implantation des groupes de médecins de famille.

La mise en place de l'infrastructure exige toutefois de la cohérence. Pour avoir eu l'occasion de participer à différents mécanismes aviseurs au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, on se rend compte qu'il y a parfois beaucoup de chemin à parcourir. Nous tenons donc ici à reprendre, ici et encore une fois, notre bâton de pèlerin pour redire ce que nous avons exprimé à la commission Clair, c'est-à-dire qu'il serait souhaitable que, relativement à l'informatisation

du système de santé, les P.D.G. de toutes les régions, incluant la RAMQ, s'entendent sur les perspectives de développement et de déploiement des nouvelles technologies de l'information et des communications dans le réseau. En ce moment, chacun est maître d'oeuvre de sa solution, ce qui conduit à l'absence d'arrimage entre la RAMQ et les technocentres de chacune des régions. Vous comprendrez aisément notre difficulté à ne pas voir ni comprendre à l'heure actuelle comment la carte à microprocesseur serait utilisée, par exemple, pour sécuriser l'échange de données du dossier régional informatisé en oncologie ou pour accéder au système d'information déjà implanté dans les CLSC.

● (15 h 10) ●

Rappelons enfin notre perspective de départ. La carte à puce est un outil qui devrait soutenir l'activité clinique, l'intégration des soins dans un milieu et l'organisation des services sur un territoire. Notre vision est que, au fur et à mesure que l'informatisation du réseau progressera, les professionnels devront pouvoir partager localement une information clinique beaucoup plus complète que celle qui contiendrait le résumé de renseignements de santé. C'est ce qu'on appelle le dossier patient partageable. D'ailleurs, les professionnels à l'intérieur de centres hospitaliers partagent déjà un dossier patient complet qui parfois même est sur le support électronique. À notre avis, le maître-d'oeuvre du projet de la carte à microprocesseur doit donc d'ores et déjà considérer ce que souhaitent les médecins, la base et les gens du terrain: c'est d'avoir accès à ce dossier plus complet dont les informations cliniques seraient partagées entre les différents professionnels sur différents sites à l'intérieur d'un même territoire. Il est donc impérieux que le déploiement de la carte à microprocesseur s'arrime au projet déjà en cours dans les établissements et dans les territoires dans une perspective d'intégration des soins et d'organisation des services. Nous croyons d'ailleurs que ce serait sûrement le meilleur service à rendre à la population.

En conclusion, je vous répète que les médecins et leur ordre professionnel ont toujours été favorables à la modernisation, et celle-ci en est une. Les médecins aiment s'approprier une nouvelle technologie qui peut aider d'abord et avant tout à soigner leurs malades. Aussi, leur principale crainte face à ce projet est que les avantages cliniques que l'on nous fait miroiter soient relégués au second plan au profit de prérogatives administratives. En tant que médecins, notre seul intérêt est d'améliorer la qualité des soins. Donnez-nous les outils cliniques que nous réclamons depuis des années ou, à tout le moins, précisez-nous un échéancier réaliste, et peut-être alors croirons-nous à la légitimité de ce projet qui nous concerne tous. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Lamontagne, pour la présentation de votre mémoire. Je cède maintenant la parole au ministre. M. le ministre.

M. Legault: Oui. D'abord, Dr Lamontagne, Dr Garon et Me Lorquet, je voudrais vous remercier pour votre mémoire, vous remercier aussi pour la présentation de ce mémoire cet après-midi. Bon. D'abord, je

voudrais vous féliciter, féliciter le Collège des médecins pour la qualité de votre mémoire. D'abord, je suis heureux de constater qu'au niveau de la préoccupation de base c'est une préoccupation commune. Vous nous dites que, pour le Collège des médecins, le partage d'information clinique est à la fois une exigence et une réalité incontournables, mais en même temps, Dr Lamontagne, vous nous dites: Bon, on parle d'un estimé, d'un investissement de 159 millions, c'est beaucoup d'argent, il y a d'autres priorités dans le réseau de la santé et des services sociaux. Je voudrais peut-être vous entendre un peu plus ou de façon un peu plus précise, là.

Est-ce que vous nous dites que c'est une priorité qui devrait passer après d'autres priorités, donc qu'on ne devrait pas faire cet investissement tout de suite de 159 millions, ou si vous pensez que c'est une réalité incontournable et qu'il faut investir dès maintenant ce genre de somme dans le réseau de la santé? Est-ce que pour vous le partage d'information, c'est une priorité qui devrait passer devant d'autres priorités ou après d'autres priorités qu'on connaît? On le sait, qu'actuellement il y a des grands besoins dans le réseau de la santé. On a déjà, je pense, parlé du fait qu'on devrait ajouter du financement dans nos établissements, dans différents secteurs. Est-ce que pour vous aujourd'hui, au mois de février 2002, compte tenu de ce que vous connaissez, est-ce que vous pensez que cette carte d'accès santé devrait passer devant ou après d'autres priorités que vous voyez dans le réseau de la santé?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Lamontagne.

M. Lamontagne (Yves): Oui. Bonne question, hein? J'ai envie de vous répondre, mais je vais vous... Vous êtes nouveau avec moi, M. Legault, mais M. Fournier me connaît bien, il sait que j'ai un langage imagé. Je vais commencer avec deux figures, puis je vais vous répondre. La première figure, je vous citerai une phrase qui dit: Une des principales faiblesses de notre système de santé est qu'il s'apparente à une industrie artisanale. Ça, ça vient de la commission sénatoriale, sénateur Kirby. Alors, vous vous imaginez, si les sénateurs se sont réveillés pour dire ça, comment ça doit être vrai.

Ma deuxième, c'est que je vais vous raconter une histoire. C'est un génie qui sort d'une bouteille puis qui demande à quelqu'un: C'est quoi, le désir le plus cher que tu as? Il dit: Moi, ce serait d'avoir un pont entre Montréal et Paris. Et le génie de lui dire: Ça, c'est pas mal compliqué, ton affaire. Tu n'aurais pas un deuxième désir? Alors, il dit oui. Il dit: C'est quoi? Ce serait que le système de santé marche bien. Et le génie de réfléchir un peu et de lui répondre: De quelle largeur tu le veux, ton pont? C'est un peu ça, hein? On ne sait plus trop où s'en aller, et souvent, au niveau de la clinique... Parce que c'est ça, les patients, les docteurs sont faits pour ça.

Il y a eu plusieurs réponses, et je vous dirai, comme on dit dans le texte: C'est avec lassitude et scepticisme qu'on a beau demander depuis des années de nous donner des outils cliniques pour qu'on puisse arriver à donner des meilleurs services à la population tout en aidant à faire des économies financières et que donc, n'ayant pas réussi à avoir les outils qu'on avait

besoin, bien, on vous dit: Oui à la carte à puce, oui, ça peut être un bon investissement, mais à la condition que, pour une fois, on livre la marchandise clinique qui doit aller avec ça puis qu'on attend depuis des années.

Et vous avez vu à la fin? On vous dit: Si, à un moment donné, que, quand ça, ça part et qu'on se fait jouer le tour une autre fois d'avoir investi du temps, de la confiance dans un système et qu'en bout de ligne on nous joue le même tour qu'on nous a déjà joué dans le passé pour ne pas avoir les outils cliniques dont on a besoin pour travailler, à ce moment-là, laissez-moi vous dire que les docteurs vont japper.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: Oui. Quand vous nous dites d'aller finalement jusqu'au bout du processus, vous semblez — puis vous en avez parlé dans votre première intervention — inquiet sur l'objectif réel du gouvernement. Moi, je pense que je l'ai répété, comme mon prédécesseur, notre but premier, avec la carte à microprocesseur, c'est vraiment d'améliorer la qualité des soins qu'on donne aux malades, de mieux soutenir les intervenants du réseau de la santé. Maintenant, vous comme certains autres intervenants — quelques-uns, je ne dirais pas quand même une majorité — vous semblez être inquiets qu'il y ait peut-être des objectifs cachés. Je voudrais juste essayer de comprendre pourquoi vous avez cette inquiétude.

M. Lamontagne (Yves): Oui. Vous savez, c'est un peu...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Lamontagne.

M. Lamontagne (Yves): Merci, madame. Je m'excuse. C'est parce que les médecins, depuis... Bon, je ne reviendrai pas dans l'histoire trop longtemps. Vous le savez comme moi, à cause des coupures, à cause des mises à la retraite, etc., souvent on a fait miroiter aux gens du milieu — pas juste les médecins, les soignants dans le système de santé: Ça va se tasser, ça va aller, oui, on va vous donner des affaires pour vous aider, tout ça, puis ça n'aboutit pas. Donc, les gens sont un peu comme au creux de la vague, à un moment donné, puis ils disent: Quand même ils nous raconteraient n'importe quoi, on ne les croit plus. Et, quand ça arrive, si vous voulez, du gouvernement, la première réaction, c'est de dire: À quelle place ils veulent nous poigner, là, encore une fois de plus?

Et ça, je ne vous cacherai pas, c'est un peu cette attitude paranoïde qui est là, là — je sors ma tête de psychiatre autrefois, là — et ça, la moindre affaire que vous arrivez pour quelque chose d'aller en avant, ils disent: Oups! ils veulent-ù encore nous pincer au niveau administratif puis ils veulent-ù venir voir si on prescrit trop parce que l'assurance médicaments est dans le trou? C'est ces affaires-là. Et, comme je vous dis, ils nous font-ù encore miroiter une belle patente que ça va nous rendre service au niveau clinique, mais, quand on va arriver en bout de ligne, ça va être juste le contrôle administratif puis que la clinique, nous autres, à un

moment donné, oupelaï! comme je vous disais tantôt, il n'y a plus d'argent pour ça? Regarde donc ça!

Parce que ça, ça implique d'autres coûts plus loin. Il faut des ordinateurs, en bout de ligne, pour contrôler ça. Et peut-être qu'il faudrait avoir des moyens fiscaux également pour aider les médecins qui pourraient s'acheter des ordinateurs. Pas obligé de tout donner, ça fait 30 ans que l'État donne tout, là, mais peut-être qu'on peut trouver des moyens comme ça qui seraient comme un «incentive» pour pouvoir se développer. Mais la crainte du médecin, c'est de dire: Nous autres, là, on est tannés de demander des affaires qui pourraient nous aider, puis on ne les a pas. Puis là vous nous offrez une belle bébelle, puis peut-être qu'on va avoir ces affaires-là, mais tout d'un coup que vous ne nous les donnez pas puis vous faites juste vérifier nos prescriptions, la durée de séjour des malades, etc.? Alors, c'est ça, l'état d'esprit un peu que vous retrouvez dans le milieu actuellement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Monsieur...

M. Lamontagne (Yves): Dr Garon.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, vous voulez compléter, Dr Garon?

M. Garon (André): Oui. M. le ministre, permettez? Écoutez, on a vu, nous autres aussi, le mémoire au Conseil des ministres — la partie évidemment accessible au public — qui a permis à la RAMQ d'aller chercher l'autorisation de pertinence, hein, au Conseil des ministres, et ce mémoire-là avait une saveur nettement administrative, pas très clinique.

● (15 h 20) ●

Vous savez, pour le médecin, la carte à puce, pour faire image, c'est avant tout une clé, une superclé, puis on n'en doute pas 30 secondes. Mais la clé, elle ne remplacera pas le produit auquel elle donne accès, puis les médecins, ce qu'ils ont besoin, c'est ce produit-là. Et ça fait des années qu'on en parle. Enfin, j'ai l'impression que le groupe, les médecins ne sont pas tellement inquiets comme, dans le fond, douteux, sceptiques devant l'intention réelle du gouvernement pour ces deux motifs.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Garon. M. le ministre.

M. Legault: Mme la Présidente, bon, d'abord, je veux répéter, là, pour essayer de chasser ce scepticisme, que notre objectif est très clair: on souhaite améliorer les soins qui sont donnés. Donc, on veut travailler sur l'aspect clinique. Mais, justement, parlons-en, de la partie clinique. On propose, dans l'avant-projet de loi, d'avoir un résumé des renseignements de santé, donc, pour permettre, entre autres, à un patient qui change de médecin ou qui s'en va dans un établissement de pouvoir transporter avec lui, avec son approbation, son consentement, son dossier qui serait donc sous une forme résumée. Est-ce que vous êtes d'accord avec cette utilisation clinique? Est-ce que vous pensez que c'est une priorité d'avoir cette information qui puisse suivre le patient?

M. Lamontagne (Yves): Oui, c'est une excellente idée. Moi, je vous dirais: On est prêts à acheter ça en autant que, un, il y ait un échancier, deux, qu'il y ait un budget fixe et, trois, qu'on ait une garantie qu'au moins on va pouvoir avoir nos requêtes-résultats de laboratoire et de rayons X. Ça, on va sauver beaucoup d'argent avec ça puis on veut mieux traiter les gens.

Qu'on ait la médication prise par le malade, puis, s'il y avait un docteur à Chicoutimi la veille, qu'on puisse le voir sur la carte le lendemain, puis qu'on puisse se connecter avec le pharmacien pour faire les échanges, hein, l'interdisciplinarité, ça existe, ça, maintenant. Et, troisièmement, d'avoir des avisés thérapeutiques, si déjà on avait ça, M. le ministre, déjà on serait pas mal en voiture puis je vous garantis qu'on pourrait vous sauver des coûts au niveau de la santé. Et je pourrais vous raconter des histoires d'horreur juste avec les analyses de laboratoire. Bien là, au moins, on serait informatisés, et, avec la carte, ça irait très bien dans ce sens-là. Et, si on avait ces garanties-là, bien, il n'y aurait pas de problème.

L'autre affaire, bien, évidemment, je regardais encore le journal ce matin, puis des fois on commence beaucoup de belles choses, puis là je regarde, et tout ce que je souhaite, c'est que ça ne fasse pas comme en Ontario, au Manitoba puis au Nouveau-Brunswick où ils ont voulu partir des choses comme ça, puis ils ont mis des millions là-dedans, puis finalement tout est arrêté. Je me dis: Je veux bien concevoir qu'on peut être généreux au Québec, mais on n'est pas obligé de flusher l'argent non plus s'il y a des affaires qui accrochent. On est aussi bien de le partir comme il faut puis de l'emmener en bout de ligne que de se mettre à un moment donné à partir des beaux projets... Puis j'en ai vu, ça, déjà, moi, dans le passé, je vous avoue, qui, à un moment donné... Oups! ça n'arrive à rien. Un petit 8 millions par-ci, un petit 7 millions par-là. Bien, ces 8 puis ces 7 millions là, moi, j'aime mieux les voir à l'urgence ou l'ouverture d'une salle d'opération que de voir des beaux projets, puis envoie donc, un petit 7 millions là puis un petit 8 millions là. On n'en a pas assez que, celle qu'on a, essayons de bien la gérer et de donner les meilleurs services autant que possible. C'est ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: Oui. Je veux revenir sur l'aspect clinique. Je vous ferai remarquer, Dr Lamontagne, que c'est vous qui parlez des coûts, là, actuellement, de sauver des coûts. Mais je reviens sur...

M. Lamontagne (Yves): Bien, c'est parce qu'on veut vous aider, M. le ministre, le plus possible, voyez-vous.

M. Legault: Je reviens sur le dossier clinique. Je reviens quand même...

M. Lamontagne (Yves): On est quand même généreux à ce niveau-là.

M. Legault: Je reviens quand même sur le dossier, sur la partie clinique. Il y a un aspect important

qui est difficile à trancher concernant la possibilité qu'aurait un patient de refuser d'avoir certains renseignements qui soient inclus dans son dossier. Bon. Vous faites des commentaires. Si je les comprends bien, vous souhaitez ou vous dites que c'est même dangereux qu'il y ait un dossier incomplet pour un patient, que ça pourrait même amener un mauvais diagnostic. Juste pour bien comprendre, quelles suggestions faites-vous concernant le consentement du patient à avoir certains renseignements qui seraient exclus de son dossier, de son résumé des renseignements de santé? Est-ce que vous nous dites finalement que le patient devrait décider soit de donner toutes les informations, les renseignements, ou de ne rien donner du tout, mais de ne pas choisir à la pièce les renseignements? Et est-ce que ce choix-là devrait se faire initialement ou pourrait être modifié en cours de route, à tout instant? Comment vous voyez exactement le consentement qui serait donné, concernant les renseignements détaillés, par les patients?

M. Lamontagne (Yves): Je vais laisser le Dr Garon répondre à cette question-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Garon.

M. Garon (André): M. le ministre, pour un professionnel, que ce soit dans le monde de la santé ou dans d'autres domaines, constituer un dossier concernant son client, c'est quelque chose d'important. Nous, au Collège des médecins, on a depuis longtemps, depuis plusieurs années voulu améliorer finalement la manière dont les médecins s'acquittaient de cette obligation de bien compléter un dossier-patient. Évidemment, on parle de dossier papier.

Un dossier qui est incomplet, c'est toujours embêtant de se fier dessus, hein? Ça fait du sens. Au fond, ce qu'on dit, c'est: si le résumé de renseignements des soins de santé, le résumé informatisé, est incomplet parce que le patient a demandé de ne pas inscrire tel, ou tel, ou tel renseignement dedans — ce qui peut être son droit, remarquez — nous, ce qu'on vous dit, c'est qu'il faut mesurer comme il faut les impacts, les conséquences que ça peut avoir, un tel choix, sur l'utilité de ce dossier, sur l'usage qu'on va en faire par la suite, parce que, si ce n'est pas fiable, si c'est incomplet, il est sûr que le professionnel de la santé va chercher un autre moyen que celui-là pour avoir une image plus certaine, plus fiable de ce qui se passe concernant le patient qu'il doit soigner.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Garon. M. le ministre.

M. Legault: Oui. Mais que proposez-vous? Est-ce que vous proposez que tous les renseignements soient de façon obligatoire inscrits ou est-ce que vous proposez quand même, là... Parce que, si on veut respecter la liberté des personnes... Est-ce que vous suggérez quand même que les personnes puissent refuser complètement, plutôt que par parties, qu'un dossier soit constitué sur leur passé médical? Qu'est-ce que vous proposez, là, comme modifications, si on veut, de l'avant-projet de loi qu'on a sur la table?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Garon.

M. Garon (André): Ce qui a été retenu par la Régie de l'assurance maladie, au-delà des recommandations du comité directeur, ça a été l'«opting out», l'«opting out» faisant en sorte que le patient qui ne veut pas que soit constitué un résumé de dossier le concernant puisse le signifier, et auquel cas on ne le constituera pas. Mais, à partir du moment où il ne se prévaut pas de ce droit, le résumé va donc être constitué.

Nous, ce qu'on dit, c'est: s'il est constitué, il faut le rendre complet le plus possible, le plus fiable possible, à défaut de quoi il ne sera pas utilisé. Alors, dans le fond, si vous voulez, au nom d'autres principes, là, donner le plus de choix au patient, il faut mesurer quelle sera la conséquence à l'autre bout. C'est ce qu'on vous dit. Évidemment, pour un clinicien, avoir plus d'information pertinente significative, ça fait toujours du sens.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Dr Lamontagne. Vous voulez compléter?

M. Lamontagne (Yves): Je voulais ajouter un peu. Ça ouvre aussi tout le domaine de la confidentialité. Je vous avouerai que je l'ai déjà dit ailleurs. Et là-dessus je pense qu'il y a beaucoup d'organismes qui sont trop frileux quant à la confidentialité, et, s'il fallait écouter tout le monde, on serait rendu en 3000 qu'on ne serait pas plus avancé.

Il ne faut pas oublier une chose, un peu comme le Dr Garon disait, s'il y a un dossier, il faut que tout soit dedans, parce que, sans ça, il risque d'y avoir des erreurs. Si on ne sait pas ce que le patient doit nous raconter, on ne fera pas un bon diagnostic puis on va avoir des erreurs. Donc, quand je vous dis «frileux», moi, je me demande tout le temps: Quels renseignements sont si importants ou si accablants, au point de vue de ma santé, pour les cacher? Moi, je vous avouerai que je n'en trouve pas chez nous puis je présume que, tout le monde ici, il faudrait se creuser la tête pas mal. Si on cache quelque chose, est-ce qu'il peut y avoir un danger qu'on soit mal traité ou encore traité sous de fausses prémisses? C'est important, ça, dans le dossier. Est-ce qu'on doit faire des règles strictes pour un petit nombre de patients au point d'empêcher la majorité d'être mieux traitée? Donc, je pense que c'est: t'embarques ou t'embarques pas, puis, si t'embarques, c'est le dossier au complet qui devrait être dedans.

Et d'ailleurs je pense que vous avez des sondages là-dessus, la grande majorité des gens au Québec sont d'accord pour embarquer dans un système comme ça, font confiance à leur médecin. Donc, eux autres, je dirais, la grande majorité des gens, ils n'ont rien à cacher. On n'est pas pour pénaliser la majorité pour une petite minorité. Je pense que c'est important, il faut démystifier ça, cette idée-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Lamontagne. M. le ministre, il vous reste deux minutes et demie.

● (15 h 30) ●

M. Legault: Oui. Peut-être juste pour être très clair, donc vous pensez qu'on ne devrait pas offrir la

possibilité au patient de donner ou non son consentement pour que son résumé puisse être consulté par l'intervenant. Est-ce que c'est ce que vous nous dites?

M. Lamontagne (Yves): Non. C'est-à-dire que les gens, c'est...

M. Legault: Non?

M. Lamontagne (Yves): Quand on a parlé de ça, il y a deux façons de faire, finalement, hein: l'«opting in» si je décide de ne pas embarquer, puis l'«opting out» si je décide de débarquer. C'est sûr que c'est plus facile de faire un «opting out» — on embarque tout le monde, vous n'êtes pas content, vous débarquez — que de commencer à aller chercher les 7 millions de Québécois puis dire: Embarques-tu? Embarques-tu pas? Signe ici. Je comprends ça au niveau de la logistique. On sait que la majorité des gens seraient d'accord avec ça. Alors, ça, je dis: C'est correct. Mais, une fois que vous êtes embarqué, il faut que vous acceptiez qu'on vous dise clairement: Votre dossier médical, si vous embarquez, votre dossier médical, il est complet, il ne cache rien, et ça, je pense que c'est le tout ou rien.

Et je reviens à mes préoccupations cliniques. Si je vois quelqu'un de l'urgence à Chicoutimi, puis qu'il sort sa carte, puis il a un résumé de dossier de quatre lignes — puis aujourd'hui on sait le vieillissement de la population, les multiples pathologies — bien, il risque d'y avoir un accident, là, en bout de ligne, et ça, il ne faut pas que ça arrive. Donc, c'est pour ça que je vous dis que ça devrait être tout ou rien.

M. Legault: Merci beaucoup, Dr Lamontagne, Dr Garon et Me Lorquet. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. le ministre. M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Oui. Merci beaucoup. Bienvenue à la commission. Dans la foulée de ce que le ministre vous posait comme questions, je me réfère, pour le questionnement, à l'étude, au rapport qui a été fait par le professeur Sicotte, dont je citais tantôt, là, les trois failles qu'il avait identifiées. Il y en avait une qui était le concept du carnet médical, une espèce de résumé, et là on vient d'aborder la question de la deuxième faille qu'il avait identifiée, soit le contrôle discrétionnaire laissé au patient sur la nature des informations. C'est ce que vous venez de discuter, sur le fait que, finalement, on magazine l'information qu'on met dedans et pour... Ce que vous nous dites, c'est que, pour le médecin, ça a quand même une complication parce que vous ne savez ce qui n'est pas dedans. Bon, là, la deuxième faille identifiée par le professeur Sicotte, vous l'identifiez aussi.

Je voudrais revenir à la première faille du professeur Sicotte, qui est celle du résumé de dossier. Et la raison pourquoi je vous pose la question, c'est parce qu'elle vous a été posée, et j'ai cru comprendre que le résumé de dossier est correct. Évidemment, je sais que la conclusion, ça dépend de qu'est-ce qu'on met dans le résumé, là, mais, comme concept, ça semble correct. À

la page 7 de votre mémoire, vous dites ceci: «...ce que souhaitent les médecins, la base et les gens du terrain: c'est d'avoir accès à ce dossier plus complet dont les informations cliniques seraient partagées entre les différents professionnels.» Et ce qu'on lit ailleurs dans d'autres mémoires qui seront déposés ici, qui ont été déposés, qui seront entendus, c'est que, lorsqu'il y a deux sources — un résumé, un dossier complet — il y aura une tendance pour le médecin d'aspirer au dossier complet et de trouver que le résumé peut peut-être ne pas être ce qu'il y a de plus performant.

J'aimerais que vous me convainquiez, vous qui nous avez annoncé que, grâce à votre expertise, vous avez visualisé comment tout ça se passait, convainquez-nous sur la justesse de se satisfaire d'un accès à un résumé plutôt que de pouvoir avoir le dossier complet.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Lamontagne.

M. Lamontagne (Yves): Bien, vous voyez, en fait, je vous dirais: Un résumé, c'est mieux que rien, puis le dossier complet, c'est mieux que le résumé, hein? Mais quand t'es à l'urgence, t'es à l'urgence, puis, quand il y a un accident de la route, tu ne cherches pas le résumé puis le dossier au complet, tu sautes sur le gars, tu l'emmenes à l'hôpital. Alors, c'est un peu toujours la même logique qu'a le médecin. Si je suis pris juste avec les résumés puis j'ai une urgence, je vais m'arranger avec ça. Évidemment, idéalement, je dirais que ça devrait être le résumé complet.

Pour aller dans le sens de votre question, par contre, je vous dirais: La situation idéale... Si justement dans tous les hôpitaux du Québec on avait le dossier partageable... Vous avez le dossier complet sur l'ordinateur, qu'on peut faire avec les différents professionnels, d'une part, puis là, après ça, si le réseau était câblé complètement, puis là vous avez votre carte à puce en haut, là, là, ce serait extraordinaire. Carte à puce, résumé de dossier. Oups! je m'en vais dans mon ordinateur. Pouks! je pèse sur le bouton. Le gars a eu un accident à Chicoutimi, j'ai accès au dossier complet à Montréal. Là, laissez-moi vous dire qu'on serait installé, pas à peu près. M. Fournier. Voyez-vous, si on pouvait avoir accès comme ça en trois étapes, hein, cette étape-là, l'informatisation des hôpitaux, etc., vous avez le dossier partageable avec tous les professionnels de la santé, et le patient, associé aussi à un consentement, pourrait dire: Moi, je veux que le docteur le voie, l'infirmière, mais je ne veux pas que le psychologue le voie, parfait, ça, on est capable de faire ça au niveau de l'informatique.

Après ça, vous êtes câblé à un réseau à travers la province, puis là, quand vous arrivez avec votre carte, que vous pourrez emmener partout, à part que d'être sur le bord de la route avec un portable, là, pouf! vous pesez sur le bouton, vous avez votre résumé de dossier. Vous voulez en savoir plus? Vous avez accès au dossier partageable. Ce serait extraordinaire, extraordinaire.

M. Fournier: Le professeur Sicotte propose, dit-il... Remarquez bien, moi, je ne suis pas un spécialiste. La nouvelle technologie permet de dépasser le concept de carte à microprocesseur vers un fichier

centralisé, mais plutôt d'utiliser cette clé-là pour donner accès, comme un fureteur, à l'ensemble des portes où se trouve finalement le dossier patient partageable qui est constitué, dépendamment du nombre d'établissements, là, de différents dossiers complets sur ce qui s'est passé à cet établissement-là. Est-ce que vous considérez, dans la foulée de ce que vous dites, que ce serait un meilleur outil pour le médecin? J'imagine qu'il y a les contraintes au niveau de la confidentialité peut-être qui s'appliquent, je ne sais pas, mais, dans ce que j'ai compris de Sicotte, il n'y a plus de résumé, là. Là, t'as une clé qui t'envoie sur différents endroits — c'est décentralisé, c'est éclaté — mais où tu peux avoir les portails complets. Parce qu'il y a d'autres complications avec le résumé, là. On en parlera tantôt, votre cas de Chicoutimi la veille, là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Garon.

M. Garon (André): Écoutez, M. Fournier, on n'a pas examiné ces alternatives dont parle M. Sicotte. Il y a sûrement des considérations technologiques qui nous dépassent également. On n'a pas la compétence pour ça. Je vous dirais toutefois que, de notre point de vue, avec notre gros bon sens, là, il faut commencer à quelque part, et on est conscients que, dans le résumé de renseignements de santé, il y a, là-dedans, aux paragraphes 5° et 6° de l'article 50, des propositions pour permettre que la médication prise par le malade et que les résultats d'examen de laboratoire ou d'imagerie médicale parviennent au médecin. Alors, je vous fais grâce des autres paragraphes. On peut commencer par quelque part, ça, on en est conscients.

On est aussi conscients qu'il y a des solutions actuellement qui existent dans le milieu, dans les CLSC, dans certains centres hospitaliers où on a informatisé les dossiers. Nous, la question qu'on se pose, c'est: Cette clé, comment va-t-elle interfacer avec ces solutions-là? Est-ce qu'elle va nous donner accès, avec un index patient qui va nous permettre de ne pas se tromper de patient, là? Ha, ha, ha! Est-ce que finalement la carte à puce va permettre ça également, pas juste de constituer le contenu d'un résumé de renseignements de santé? Si oui, peut-être que ça répond en partie à votre question. On aimerait bien, nous, de toute manière, que le développement de la carte à puce et de l'infrastructure que ça représente tienne compte des applications déjà existantes dans le réseau et que les gens se parlent. Le problème en santé, ça a souvent été des problèmes de cohérence.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Oui. J'aimerais ça, pour le bénéfice de l'ensemble des membres de la commission — vous êtes le premier groupe, alors je vous pose la question à vous — que vous puissiez nous décrire comment vous voyez l'utilisation de cette carte, surtout dans la conception du résumé. C'est le médecin qui voit le patient, qui le traite, qui propose telle médication. Qui constitue le résumé? Comment c'est acheminé? Quel genre de charge est-ce que ça représente pour le

médecin dans la période où on s'arrache les 15 minutes pour être sûr qu'on va voir plus de patients, parce qu'on les laisse souvent longtemps attendre, les patients? Comment vous avez visualisé le travail de ce résumé? Je pense, entre autres, à l'exemple que vous avez donné. Le médecin, il aimerait ça savoir qu'est-ce qui s'est passé à Chicoutimi la veille. Alors, je veux juste être sûr de voir comment tout ça devient si rapide. Qu'on sache ce qui s'est passé la veille à Chicoutimi, je trouve que ça doit être pas pire comme projet.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Lamontagne.

M. Lamontagne (Yves): Bien, je vais vous répondre là-dessus. Je vais être bien franc avec vous, M. Fournier, on ne le sait absolument pas parce que ce n'est pas nous autres qui fait le projet. Je ne le sais pas, moi, comment ils vont organiser ça. Il y a une affaire que je peux vous dire d'avance, c'est que, dans le résumé de dossier, même là faut faire bien attention. Vous avez raison, Chicoutimi, la veille... Si hier j'ai été opéré à Montréal, c'est évident que, sur ma carte à puce, mon résumé de dossier ne sera pas changé. Puis demain je m'en vais à Chicoutimi puis j'ai un accident. Oupelâ! Là il va y avoir quelque chose qui ne fittera pas, c'est sûr, sûr, sûr. Alors, ça, on ne le sait pas, là. Je veux dire, on n'est pas rendu là. C'est qui qui va pouvoir articuler...

Un, qui c'est qui va le faire, le résumé de dossier? Il y a de bonnes chances que ce soit le médecin. Ça existe déjà dans les hôpitaux: quand vous quittez l'hôpital, vous avez un résumé de dossier. Bon. Quand vous allez à la clinique sans rendez-vous, oupela! si vous allez juste là, comment vous allez faire ça, un résumé de dossier? Il est venu une fois. Bon bien là peut-être qu'il y a des gens qui n'en auront pas au départ. Faut que t'aies été malade pour avoir un résumé de dossier. Si tu n'as rien, tu n'en auras pas. Puis là, une fois que tu l'as fait, puis c'est le médecin, mettons, qui l'a fait, bien là ça dépend. Si le malade fait un peu de shopping, au moins tu vas pouvoir le retrouver en quelque part. Mais qui est-ce qui va le mettre à jour? Quand?

• (15 h 40) •

Là, j'ai été voir le médecin aujourd'hui. Dans mon résumé de dossier, je ne sais pas, moi, j'ai une pneumonie. Trois semaines après, je suis traité, je ne l'ai plus, là. Si ça reste là et puis je vais voir un autre docteur, là j'ai un problème, ou bien lui va avoir un problème. Mais ça, je ne peux pas vous répondre à ça, je ne le sais pas.

M. Fournier: Prémûment, là — j'ai essayé d'imaginer — prémûment, je vais à la clinique, il identifie quelque chose, il me prescrit quelque chose, il l'écrit dans son rapport sur moi. J'imagine que quelqu'un travaille à cette clinique-là et a pour fonction, dans le plan gouvernemental — je suis comme vous, moi, j'imagine — il y a quelqu'un qui a pour fonction de le mettre sur support informatique, de l'envoyer au central où il y a le contrôle central. J'imagine que c'est...

M. Lamontagne (Yves): C'est ça. Mais c'est un peu pour ça que je vous dis: Si on avait le dossier

patient partageable puis que tout ça serait câblé, comme je vous disais tantôt, bien là vous auriez toujours le dossier qui est dans la banque centrale. Que vous alliez en clinique sans rendez-vous ou à l'hôpital, votre dossier, vous le sortez, vous l'emmenez sur votre bureau, hein, vous ajoutez au besoin des choses dedans, vous le retournez dans la banque. Le lendemain, vous êtes à la clinique externe? Oupela! il s'en vient à la clinique externe. On enlève, on ajoute, arrange la médication, il s'en retourne. Et tout le monde pourrait aller le chercher, des professionnels en interdisciplinarité pourraient aller le chercher là, et là vous auriez toujours un dossier qui est «up-to-date» parce que vous le ressortez toujours du tiroir puis vous le remettez dedans. Mais tout le monde pourrait voir, si vous voulez, les conséquences si à chaque jour il y a quelqu'un qui écrit dans le dossier. Vous pourriez avoir accès à aller le chercher, ça, au moins. Et là, à ce moment-là, vous êtes sûr complètement, où que vous soyez... C'est de la façon que je le vois, moi, en tout cas.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: C'est parce que je vous écoute, ça a l'air intéressant. C'est le caractère instantané de votre description qui semble intéressant. Je me demande juste si c'est si instantané que ça, si on peut imaginer que ça va être si instantané que ça.

M. Lamontagne (Yves): Ah, bien là, écoutez, je ne m'embarquerai pas en informatique, là, parce que...

M. Fournier: Mais ce n'est pas long.

M. Lamontagne (Yves): J'ai de la misère à me trouver sur l'Internet, ça fait que je ne m'embarquerai pas là-dedans. Ha, ha, ha!

M. Fournier: Vous voulez ajouter?

M. Lamontagne (Yves): Voulais-tu ajouter quelque chose?

M. Garon (André): Simplement pour vous dire qu'effectivement il y a encore beaucoup d'inconnues auxquelles, s'il y a une volonté ferme avec un échéancier réaliste, il nous faudra travailler. Bien sûr, ça va prendre un vocabulaire commun, ça va prendre des profils d'accès qui sont clairs, qui permettront de déterminer qui va lire, qui va écrire, qui va corriger dans le résumé. Ça va devoir nécessiter des décisions sur comment va s'alimenter le résumé de renseignements de santé au moins au départ, avant même de penser à la mise à jour. Donc, il y a quelques décisions à prendre, je vous dirais. Ça veut dire d'échanger sûrement avec le maître d'oeuvre, si vraiment il y a une volonté encore une fois d'avancer avec des échéanciers.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Oui, Mme la Présidente. Une dernière question, mes collègues veulent aussi intervenir.

Je vais prendre la page 4 de votre mémoire, je vais lire un court passage: «Nous savons que, pour implanter un système de requêtes-résultats, il s'agirait d'informatiser les laboratoires et notamment les cabinets de médecin pour que cet outil soit accessible, et ce, indépendamment du déploiement d'une carte à puce. En ce qui concerne l'aviseur thérapeutique, il est noté que différents logiciels existent déjà et pourraient être facilement et rapidement implantés, autant dans les milieux communautaires qu'hospitaliers», bon, et ça continue.

Tantôt, on discutait du résumé, et vous m'avez dit: Vous savez, un résumé, si on a juste ça, c'est déjà pas pire; si on peut avoir le dossier au complet, bien, c'est mieux, puis on fait avec ce qu'on a. À lire ce paragraphe-là, ces passages-là, si je vous disais: Oublions, là, la clé, oublions la carte comme telle, dans le moins, donc, si on va dans le moins de tout cela, est-ce qu'il n'y a pas des gestes autres qui peuvent être posés, qui peuvent avoir une certaine utilité pour un meilleur suivi entre médecins dans la multidisciplinarité par rapport à un patient? C'est ce que vous esquissez. C'est ce que je crois comprendre et ce que vous esquissez aussi. Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur qu'est-ce qui peut être fait? Est-ce que c'est très coûteux, par rapport au projet de carte à puce, de faire ce genre de chose qui aurait, si je comprends bien, en tout cas, une certaine utilité pour les patients?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Lamontagne.

M. Lamontagne (Yves): Oui. Veux-tu répondre au texte? Oui?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Garon.

M. Garon (André): Non, bien, en fait, si je comprends bien votre question, là, je vous dirais que les pharmaciens — prenons cet exemple — les pharmaciens d'officine qui transigent quotidiennement de l'information pour le paiement des médicaments soit vis-à-vis de l'assureur public ou vis-à-vis de l'un ou l'autre des assureurs privés, il est donc en mesure, le pharmacien, d'échanger par voie électronique. Nous, on pense qu'il y a déjà là une base d'information qui n'est pas complète, bien sûr, parce que, quand on échange de l'information pour des fins de financement, pour des fins de paiement, ce n'est pas pour la même chose que pour des fins cliniques nécessairement. On n'aurait peut-être pas dans leur logiciel la posologie pour dire quelque chose. Il y a sûrement des aménagements particuliers à apporter, de leur côté, à l'information qu'ils transmettent, et peut-être, du point de vue du médecin, qu'il y aurait des aménagements aussi qu'ils ont requis, les pharmaciens, de longue date, à apporter pour transmettre l'intention thérapeutique du médecin. Cela dit, on est capable, dans les circonstances actuelles, d'échanger de l'information par voie électronique.

La question, c'est: Est-ce que la carte à microprocesseur peut apporter une valeur ajoutée à ce qu'on pourrait être capable de faire par ailleurs aujourd'hui avec des logiciels qui sont améliorés pour ce faire? Peut-être que je ne réponds pas bien.

M. Fournier: Bien, c'est parce que vous amenez comme une autre question.

M. Lamontagne (Yves): Bien, écoutez, M. Fournier, là-dessus, je ne pourrais pas vous donner de cours, mais, pour prendre un exemple qu'on sait bien, toutes les pharmacies Jean Coutu, à la grandeur de la province, sont câblées ensemble, et, n'importe où que vous alliez dans les pharmacies Jean Coutu, lui, il peut peser sur le bouton puis il sait exactement ce que vous prenez. Ça fait que, si vous voulez essayer de le jouer puis que vous allez ailleurs, ça ne marche pas. Comment ça se fait qu'une industrie privée est capable de faire ça? Et, un peu comme disait Dr Garon tantôt, on pourrait arriver, la même chose, sans grands moyens, là, 12 paires de guillemets, à se mettre en réseau, par exemple, avec les pharmaciens. Si Jean Coutu le fait, je présume que Pharmaprix a la même affaire puis tout le monde a la même chose maintenant. Donc, il y a sûrement, je ne sais pas comment appeler ça, des logiciels ou quelque chose qui se vendent ou qui ont été faits puis qui peuvent l'avoir, l'information. Alors, c'est dans ce sens-là un peu.

Le système requêtes-résultats, bien là, évidemment, il faudrait se programmer avec les laboratoires. Mais vous savez ça, comment il y a une perte d'argent là-dedans, comment on est obligé d'attendre après nos analyses, quand ce n'est pas envoyé à la mauvaise place, ça se trompe de patient, etc., et ça, ça existe, mais il faut évidemment être en réseau pour peser sur le bouton. Puis, aussitôt qu'il l'a là-bas, bien, lui, tiens, vous avez le résultat. On peut faire la même chose avec les rayons X aujourd'hui, avec la téléométrie. J'ai vu ça encore il n'y a pas longtemps dans une clinique à Montréal. Vous êtes à Baie-Comeau, vous prenez votre rayon X là, puis le radiologiste est à Montréal, puis il le lit, puis ça retourne dans la minute après. Ça existe déjà, cette technologie-là. Alors, tout ce qu'on vous dit, c'est qu'il y a des moyens qui sont déjà là.

Un peu comme disait André, au fond, la carte à puce, c'est la cerise sur le sundae, là. Mais, comme on n'a rien de ça, bien, c'est pour ça que je vous dis: On est ambivalents dans tout ça. On dit: Écoutez, si on est pour avoir quelque chose avec ça, «go on!» Et, si on peut avoir d'autres choses... Donnez-nous n'importe quoi, mais donnez-nous quelque chose pour que ça marche. Ha, ha, ha!

M. Fournier: Il y a ma collègue de Laviolette qui veut intervenir, mais juste une dernière remarque sur la cerise sur le sundae.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste trois minutes, M. le député.

M. Fournier: C'est que je me demande, en vous écoutant, s'il n'y a pas lieu de bonifier le sundae avant de mettre la cerise sur le dessus, là.

M. Garon (André): Bien, écoutez, les deux sont importants. Enfin, vous êtes peut-être mieux placé même que moi pour en juger. La question de la sécurité, c'est quelque chose de fondamental. On comprend que la carte à microprocesseur apporte beaucoup sur ce plan-là. Et, s'il y a quelque chose qui viendra chatouiller

le citoyen, c'est bien ça, la sécurité de la transmission de ce genre de renseignements. Par ailleurs, vous avez fort raison de dire: Les outils d'aide à la décision sont aussi importants. Avoir une clé puis ne pas avoir le produit à l'autre bout auquel ça doit donner accès, on n'est pas avancé, c'est certain, pas comme docteur, en tout cas. Peut-être comme développeur de cartes ou je ne sais pas quoi, oui, mais pas comme docteur.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Garon. Alors, Mme la députée de Laviolette, il vous reste deux minutes.

Mme Boulet: Bonjour, Dr Lamontagne et Dr Garon. Ma question consiste, là... Avez-vous une idée à qui devrait s'étendre l'accès de cette carte à microprocesseur? Parce que, vous savez, il y a les dentistes, les chiros, il y a les inhalothérapeutes, les physiothérapeutes qui ne sont pas dans les cliniques, dans l'institut public. Alors, où va s'arrêter la limite, là? À qui on va permettre... Avez-vous une idée là-dessus?

M. Lamontagne (Yves): Ah! oui, oui, oui. Moi, je vous dirais: Elle est très simple, madame. Commençons donc par la base. On a assez de misère juste à organiser, mettez juste ça entre les docteurs, les pharmaciens, puis les infirmières, puis le reste, on s'arrange avec les chiros puis les autres après.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Boulet: C'est parce qu'il va y avoir des demandes épouvantables, tout le monde va vouloir...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, on aura compris. Alors, il vous reste une minute, Mme la députée de Laviolette.

Mme Boulet: Non, c'est parce que vous savez que tout le monde va vouloir l'avoir, tous les professionnels de la santé.

M. Lamontagne (Yves): Oui, oui, oui. Mais, comme je vous dis, commençons en quelque part où... les urgences. Puis les urgences, c'est ces trois groupes de professionnels là qui s'occupent de ça pour les gros cas. Une fois qu'on en est arrivé là, après ça, pour faire du «fine tuning», là, ça ira pas mal bien. Si on réussit juste à faire ça, je vous avoue que le reste, ça va aller tout seul.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, Dr Lamontagne, Dr Garon et Me Lorquet, merci pour avoir accepté d'enrichir nos discussions à cette commission parlementaire.

M. Lamontagne (Yves): C'est nous qui vous remercions. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je suspends les travaux quelques minutes, le temps de permettre à la représentante de l'Association québécoise des archivistes médicales de prendre part.

(Suspension de la séance à 15 h 50)

(Reprise à 15 h 53)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous demanderais de prendre place, s'il vous plaît.

Alors, la commission poursuit ses travaux afin de procéder à la consultation générale et de tenir des auditions publiques sur l'avant-projet de loi intitulé Loi sur la carte santé du Québec. Alors, nous accueillons Mme France Thibault, qui est directrice générale de l'Association québécoise des archivistes médicales. Mme Thibault, vous avez 20 minutes pour la présentation de votre mémoire. Alors, sans plus tarder, je vous cède la parole.

Association québécoise des archivistes médicales (AQAM)

Mme Thibault (France): Merci. Alors, d'entrée de jeu, il est important de mentionner que l'Association québécoise des archivistes médicales est fière d'être associée au projet de la carte santé du Québec. Nous avons eu l'opportunité de siéger aux tables de concertation sur la carte santé et sur la carte d'habilitation au cours de l'automne 2001. Cette étroite collaboration avec la Régie de l'assurance maladie du Québec nous a permis de suivre l'évolution du projet et d'en évaluer son ensemble tout en partageant nos préoccupations avec d'autres professionnels du réseau.

Au sein du système de santé québécois, nous vivons actuellement un déploiement de technologies informationnelles visant à améliorer la prestation des services et à augmenter la performance des établissements de santé. Aussi, nous croyons fermement que l'instauration de la carte santé au Québec pourrait contribuer à une meilleure prise en charge des usagers du réseau, et ce, de façon beaucoup plus efficace. Néanmoins, nous avons, à la lecture de l'avant-projet de loi sur la carte santé, quelques inquiétudes et interrogations. Aussi, nous remercions les représentants de la commission des affaires sociales de nous permettre d'exprimer notre opinion sur la question.

Au niveau de la carte santé, l'AQAM reconnaît que la carte santé permettra d'identifier et d'authentifier son titulaire et son admissibilité aux services assurés. Cependant, les préoccupations administratives ne doivent pas être une finalité en soi. Le dessein d'un tel projet doit être de nature clinique. Pour nous, archivistes médicales, l'objectif premier de l'utilisation de la carte santé dans le réseau vise surtout à supporter l'organisation des services de première ligne, c'est-à-dire assurer une prise en charge efficace des usagers nécessitant des services de santé.

Les renseignements identifiés dans l'avant-projet de loi nous semblent pertinents pour assurer la prise en charge d'un usager. Malgré tout, il sera important de ne pas créer d'illusions au sein de la population. Selon nous, il est évident que la dimension de consentement volontaire évoluera graduellement vers une obligation pour toute la population bénéficiant du régime d'assurance maladie québécois. Mais, en attendant, une fois que l'usager aura consenti volontairement à ce qu'un résumé de renseignements de santé lui soit constitué, il faudra s'assurer qu'il n'aura pas la possibilité de rectifier ou d'enlever une partie de cette information.

Il faut comprendre que l'usager ne peut choisir les informations qui apparaîtront à son dossier. Le seul fait qu'il puisse à sa guise alimenter ou non son dossier en tout ou en partie constitue une faiblesse dans tout le système de la carte santé. Les professionnels de la santé n'accorderont que très peu de crédibilité à ce résumé si à l'avance l'usager a l'entière liberté d'en gérer le contenu. Enfin, en tant que gestionnaires du dossier de santé, les archivistes médicales ont la responsabilité de fournir un dossier complet afin de ne pas perdre de données importantes et d'assurer une fiabilité vis-à-vis ce résumé d'information médicale.

De plus, il faut penser à l'aspect gestion de ces informations. Le dossier de la carte santé sera alimenté par les dossiers des établissements. Dans chaque centre, des procédures sont déjà en place pour étudier une demande de rectification. Est-ce que la Régie aura les effectifs professionnels pour gérer tous ces mécanismes? Le ministère doit donc s'assurer, une fois que l'usager aurait accepté volontairement la création d'un résumé de renseignements de santé, que celui-ci soit complet et conforme aux archives médicales de l'établissement de santé dispensateur de soins. On parle donc de consentement qui autorise tout intervenant habilité à inscrire les renseignements à toutes les occasions où un service est fourni. L'usager ne peut se réserver le droit de choisir les renseignements qui seront inscrits. N'oublions pas que la raison d'être d'un tel projet est de nature clinique. Nous devons donc prendre tous les moyens nécessaires pour assurer une efficacité dans la prise en charge.

Une autre de nos grandes préoccupations est le mode d'alimentation du dossier carte santé. Dans l'article 47 de l'avant-projet de loi, il est dit que le résumé sera alimenté au fur et à mesure que la personne recevra des services de santé. Qu'advient-il des antécédents comme les allergies ou les vaccins reçus ou encore les médicaments? Comment expliquer aux professionnels que ces informations ne figurent pas immédiatement dans le résumé de dossier? Pourquoi ne pas prévoir des mécanismes pour que les pharmaciens fournissent l'information sur les ordonnances délivrées? La qualité des informations retrouvées dans ce résumé est d'une importance capitale. Dans l'immédiat et pour le futur, il y aurait donc lieu de s'assurer des méthodes efficaces pour garantir une information de qualité, conforme à celle retrouvée au dossier de l'usager et versée dans des délais prescrits pour assurer un résumé complet.

La carte d'habilitation. Nous avons pris connaissance de l'énumération de la liste des intervenants susceptibles de posséder une carte d'habilitation. Partant du principe que la carte santé et la carte d'habilitation donneront accès à un résumé de renseignements de santé, nous nous questionnons sur la pertinence d'un tel déploiement. Ce résumé étant mis en place pour favoriser une prise en charge plus efficace des usagers du réseau, comment expliquer la nécessité pour tous les intervenants de posséder une telle carte? L'AQAM recommande donc au ministère de réviser le processus du déploiement de la carte d'habilitation et la liste des professionnels qui sont identifiés à l'article 4 de l'avant-projet de loi pour mieux assurer le respect de la vie privée.

Lorsque l'usager est pris en charge par un établissement, comment justifier le besoin de référer à son résumé de renseignements de santé alors que l'information est déjà contenue dans le dossier de l'établissement? Il ne faut pas oublier que ce résumé ne se substitue pas au dossier médical tenu par un service d'archives. De même, nous croyons qu'il serait pertinent de bien définir les catégories d'intervenants et de laisser le moins possible place à interprétation. Également, il serait important de prévoir une carte d'habilitation pour les archivistes médicales. Ne sommes-nous pas responsables de la gestion des dossiers dans les établissements et désignés comme les agents vérificateurs d'identité dans l'avant-projet de loi?

● (16 heures) ●

De plus, il est mentionné que la carte d'habilitation permettra des échanges électroniques. Il serait bon de clarifier le contenu possible de ces échanges. S'agit-il d'information concernant l'usager? Si oui, est-ce que ces échanges se feront avec son consentement? Est-ce que ces échanges seront permis seulement dans le cadre de la dispensation de soins? Est-ce qu'il y a des modalités de prévues pour contrôler ces échanges?

Enfin, nulle part dans l'avant-projet de loi il n'est fait mention de la gestion des profils d'accès. Il serait souhaitable d'en définir les modalités à travers l'avant-projet de loi afin de faciliter la tâche aux personnes qui seront désignées.

Le consentement de l'usager occupe sans contredit la première place dans ce projet de carte santé. Tel que mentionné dans l'avant-projet de loi, l'adhésion de l'usager se fera sur une base volontaire même s'il nous semble vraisemblable que ce projet évoluera vers une adhésion imposée dans le futur. Mais, dans l'immédiat, il va sans dire que la RAMQ devra détenir un consentement écrit de l'usager pour lui constituer un résumé de renseignements de santé. Par contre, une fois que l'usager aura donné son autorisation, il ne devrait pas avoir la possibilité de choisir les informations qui seront inscrites. On ne peut permettre à l'usager d'enlever ou d'ajouter des renseignements selon son désir. Il faut comprendre que ce résumé sera un outil de travail utile dans l'élaboration d'un plan de soins en autant qu'il soit complet. Si l'usager refuse qu'une information y soit versée, il devrait avoir le loisir de se retirer tout simplement du projet carte santé en complétant un formulaire spécifique. À ce moment, la RAMQ conserve son dossier dans une zone inaccessible selon les délais prévus par le calendrier de conservation. Mais en aucun temps l'alimentation du résumé ne doit se faire sur une base volontaire si on veut préserver la fiabilité du projet.

La consultation du résumé de santé doit toujours être autorisée par l'usager et limitée dans le temps. Donc, une gestion efficace de ces consentements peut se faire avec la carte santé de l'usager lors de la consultation auprès de l'intervenant. Le résumé ne devrait pas être transférable ni utilisable pour répondre à une demande d'accès. Aussi, le ministère doit instaurer des processus pour empêcher que cette information confidentielle soit accessible via le réseau de la carte santé. Toutes les informations qui sont compilées dans le résumé seront puisées dans les dossiers de santé des

établissements, et les dossiers sont beaucoup plus complets que le résumé de la carte santé, ce qui nous amène à suggérer le retrait du troisième paragraphe de l'article 70 qui autorise la Régie à communiquer des renseignements aux ordres professionnels. L'information de santé qui est détenue par les établissements du réseau ne pourra être divulguée sans le consentement de l'usager.

Comité de surveillance. Le ministère prévoit la constitution d'un comité de surveillance pour contrôler, entre autres, le cloisonnement des résumés de renseignements de santé. La protection des renseignements personnels, la sécurité et la confidentialité de ces renseignements sont toutes des préoccupations pour les archivistes médicales. Ainsi, l'AQAM souhaite ardemment participer au comité afin d'apporter son expertise. Les archivistes sont déjà garantes de la gestion du dossier de santé de l'usager, du traitement et de la conservation de l'information qui y est colligée. Devant assurer la protection des renseignements personnels et le contrôle de l'accès à l'information, elles possèdent de solides connaissances dans ce domaine. La gestion des informations contenues sur la carte santé entrainera une croissance dans leur pratique professionnelle.

Par ailleurs, nous recommandons que ce comité de surveillance relève d'un autre organisme, tel que la Commission d'accès à l'information, afin d'éviter tout conflit d'intérêts. Le projet de carte santé relevant déjà directement du ministère, nous croyons qu'un organisme extérieur au gouvernement serait plus approprié pour superviser le comité. Enfin, nous apprécierions grandement être consultées lorsque viendra le temps de définir les normes qui détermineront les profils d'accès. L'article 83 ne mentionne pas la collaboration des archivistes médicales, et nous sommes très concernées par cette gestion. Il serait bon aussi d'inviter l'Association des directeurs généraux des établissements, car eux aussi auront une grande part de responsabilité au sein de leur établissement.

La Régie de l'assurance maladie du Québec, via le présent projet de loi, établit qu'un résumé des renseignements de santé pourra être constitué, avec le consentement de l'usager, pour toute personne possédant une carte santé. La RAMQ détiendra donc une très grande part de responsabilité quant au déploiement de ce projet, notamment dans le processus de délivrance de la carte d'habilitation, dans le respect des droits et des obligations de l'intervenant et dans la gestion du répertoire des intervenants.

Une de nos inquiétudes concerne les modalités de gestion des résumés de renseignements de santé. Au risque de nous répéter, nous soulignons encore une fois l'importance de bien gérer ces résumés. La carte santé ne doit aucunement devenir une banque de renseignements disponible pour contourner les textes de loi et faciliter les accès. Enfin, nous appuyons fortement le concept de journalisation tel que défini. Conséquemment, nous avons quelques réticences sur la gestion de l'information.

Les renseignements de santé disponibles via la carte santé deviendront le résumé de l'histoire médicale. Nous ne voyons donc pas la pertinence du chapitre VII de l'avant-projet de loi. La communication de ces renseignements se fait déjà dans les établissements

selon des procédures bien définies. Il faut éviter que l'information très confidentielle puisse circuler librement via la Régie alors que de tierces personnes peuvent obtenir cette même information dans le cadre de leurs fonctions auprès des archives médicales de chaque établissement.

Il va sans dire que le déploiement de la carte santé apportera des changements majeurs dans la pratique des professionnels du réseau de la santé. Malgré tous les avantages que peut représenter un résumé de renseignements de santé, il n'en demeure pas moins qu'on touche à ce qu'il y a de plus sensible chez l'individu, son information de santé. Ce projet de loi doit avant tout garantir la protection de la vie privée des Québécois et des Québécoises tout en fournissant un outil d'aide à la décision aux professionnels du réseau. La qualité de l'information et les modes de transfert devront faire l'objet d'une mûre réflexion. Et surtout nous devons nous assurer que cette information sera complète afin de favoriser un résumé fiable pour les professionnels.

Enfin, toute la gestion du contenu du résumé devrait relever des établissements et non de la Régie. Ainsi, le transfert d'information à des tierces personnes pourra être assumé par le service des archives médicales de chaque établissement. Dans chacun de ces centres, les archivistes sont formés pour répondre aux demandes d'information tout en respectant les lois en vigueur.

Ce projet de loi devra garantir aux usagers du réseau que les renseignements seront utilisés pour leur fournir les services requis. En aucun temps ces mêmes informations ne devront servir à la recherche, à des études ou encore à des traitements de plaintes. Le dossier de l'usager de l'établissement est disponible pour répondre à toutes ces demandes.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, Mme Thibault, pour la présentation de votre mémoire. Je cède maintenant la parole au ministre.

M. Legault: Oui. D'abord, merci, Mme Thibault, merci aussi à l'Association québécoise des archivistes médicales pour la qualité de votre mémoire. Je pense que, les archivistes médicales, vous êtes bien placées pour discuter de tout le sujet qui est l'objet de l'avant-projet de loi. Vous avez un rôle très important à jouer dans la gestion du dossier clinique mais aussi dans la protection des renseignements. Donc, votre témoignage est d'autant plus important que vous êtes confrontées à tous ces éléments-là de façon quotidienne. Je suis heureux de voir que l'Association des archivistes croit que la carte de la santé va contribuer à une meilleure circulation de l'information et à une meilleure prise en charge des usagers du réseau. C'est évidemment, là, un des objectifs qu'on vise aussi au gouvernement.

Peut-être ma première question — on en a discuté tantôt avec le Collège des médecins — concerne le résumé des renseignements. Vous avez une position assez claire, vous dites que le système doit évoluer «graduellement vers une obligation pour toute la population». Ce que je voulais savoir, c'est: Est-ce que vous êtes quand même... est-ce que je dois comprendre

que vous privilégiez quand même l'adhésion volontaire au résumé des renseignements de santé et que, une fois que cette adhésion est donnée, il n'y a plus de possibilité de décider ou non d'inscrire des renseignements? Est-ce que c'est comme ça que je dois comprendre votre position?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Thibault.

Mme Thibault (France): Effectivement, oui. Je pense que, dans l'immédiat, la population, les usagers du système vont avoir la liberté de choisir d'adhérer ou pas au résumé de renseignements de santé. Par contre, une fois qu'on va y avoir adhéré, ils n'ont pas la possibilité de choisir quelles informations vont être inscrites dans le dossier. On constitue un résumé qui est complet ou on n'en constitue pas. Parce que, si on pense aux intervenants qui sont en première ligne, entre autres les médecins, les infirmières, les pharmaciens, sur la base, quand ils prennent le patient en charge, c'est important qu'ils connaissent l'historique complet de l'usager. Donc, c'est pour cette raison-là que, nous, on favorise un résumé complet.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

● (16 h 10) ●

M. Legault: Parfait. Maintenant, vous parliez tantôt de la carte d'habilitation, à savoir... D'abord, je veux vous confirmer que, oui, évidemment, les archivistes médicales vont avoir leur carte d'habilitation, et ce qui est encore plus important, c'est que vous allez avoir un rôle-clé à jouer pour le contrôle dans la gestion, donc, des cartes d'habilitation pour les intervenants, là, qui seraient autorisés. Ma question, c'est: Est-ce que, les archivistes et votre Association, est-ce que vous êtes d'accord pour assumer ces importantes nouvelles responsabilités qui sont prévues finalement dans l'avant-projet de loi, d'agir à titre d'agents de vérification de l'identité des intervenants qui ont une carte d'habilitation? Est-ce que vous vous sentez à l'aise et puis est-ce que vous êtes d'accord pour assumer ces nouvelles responsabilités?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Thibault.

Mme Thibault (France): Oui, sans contredit. Pour nous, on se sent tellement concernées par tous ces accès, par le dossier carte santé que, lorsqu'on a été approchées pour savoir si, oui, on était intéressées à assumer ce rôle-là, le conseil d'administration de l'Association était d'accord, oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: Oui. L'avant-projet de loi aussi prévoit explicitement que le résumé de renseignements ne peut servir qu'aux seules fins de prodiguer des soins et qu'il ne peut pas servir à d'autres fins que le contrôle et la recherche. Par contre, vous semblez avoir une préoccupation, vous aussi, de ce côté-là. Vous avez

aussi une préoccupation concernant le transfert et vous dites «le transfert d'information à des tierces personnes». Et là vous dites que ça devrait être les archivistes médicales qui contrôlent. Mais, à moins que je n'aie pas bien compris, il n'est pas prévu de transfert d'information à des tierces personnes. À quoi vous réferez quand vous parlez des tierces personnes?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Thibault.

Mme Thibault (France): Là, je me demande si, moi aussi, j'ai bien compris, parce que, dans l'avant-projet de loi, il y a une section — de mémoire, je pense que c'est la section VII — où il y a une série d'articles qui sont prévus. Me donnez-vous deux petites secondes? Je vais aller chercher...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Prenez le temps qu'il faut, Mme Thibault. En attendant, je ne sais pas, M. le ministre, si on a prévu, par exemple, le pourcentage de personnes qui pourraient refuser d'accepter, par exemple, que son dossier soit résumé. Est-ce qu'on a prévu un certain pourcentage?

M. Legault: Bon, on a un sondage qui a été publié hier, qui nous dit que 76 % des Québécois et des Québécoises seraient prêts déjà à transférer leur dossier à des intervenants. Donc, il y a une majorité qui est prête à le faire.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Qui serait prête à le faire.

M. Legault: Donc, ça commence bien notre dossier concernant la carte d'accès santé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Vous êtes prête, Mme Thibault?

Mme Thibault (France): Oui. Merci. Alors, c'était à l'article 70 de l'avant-projet de loi où on disait que «la Régie peut, sans le consentement de la personne [...] communiquer les renseignements prévus à l'article 50 à un intervenant habilité»... L'autre paragraphe dit aussi qu'«elle peut également communiquer à un tiers, sans le consentement de la personne»... Et, dans le fond, ces articles-là sont déjà prévus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et l'information qu'il y a dans le dossier de l'établissement est déjà plus complète que le résumé de dossier qu'on va avoir dans la carte santé. Alors, c'est pour cette raison que, nous, on se questionnait à savoir pourquoi on permettrait que ces échanges-là se fassent aussi via la carte santé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Thibault. M. le ministre.

M. Legault: Oui. Ce que je comprends, c'est que cette information ne pourrait être transmise qu'en cas d'urgence, si je comprends bien. Oui.

Mme Thibault (France): O.K. En tout cas, nous, ce qu'on voyait, c'est ça. L'article est quand même

là, l'information qui va être transmise en cas d'urgence. Le questionnement qu'il nous amenait aussi, c'est: au départ, l'usager doit donner accès, doit donner son autorisation avec la carte, sa carte à lui. Donc, ça veut dire qu'on se réserve ou on se ménage des sorties pour avoir accès au dossier sans nécessairement avoir sa carte. Il y a quelque chose qui nous a échappé, là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: Oui, mais ce qu'on dit bien clairement, c'est seulement «en raison d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne». Donc, c'est quand même exceptionnel.

Mme Thibault (France): Oui.

M. Legault: Je pense qu'il faut en convenir.

Mme Thibault (France): Oui, oui, ça, on en convient.

M. Legault: Oui.

Mme Thibault (France): Mais, bon, ce qu'on disait, c'est que, si c'est là, est-ce que ça peut être utilisé par la suite ou, en tout cas... alors que ces informations-là sont déjà dans les établissements?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le ministre.

M. Legault: D'accord. Peut-être une dernière question. L'Association des archivistes médicales souhaite participer au fameux comité de surveillance qui est suggéré dans l'avant-projet de loi, et vous recommandez que le comité de surveillance relève de la Commission d'accès à l'information. Pourquoi vous faites cette suggestion?

Mme Thibault (France): Bon, pourquoi on a choisi la Commission d'accès? Je pense qu'on cherchait plus un organisme extérieur au gouvernement, comme je vous disais, pour éviter les conflits d'intérêts, toutes ces choses-là. Parce que le projet de loi va relever quand même du ministère. La Régie relève du ministère aussi. Si on crée un comité de surveillance qui va surveiller tout ce projet-là, qui est supervisé par le ministère, on se dit: Bien là à quelque part c'est quand même tout le même groupe qui supervise et qui gère tout ça. Alors, on se disait: Choisir un organisme qui est extérieur au ministère de la Santé... Pourquoi la Commission d'accès à l'information? C'est un organisme qui se préoccupe beaucoup aussi de la protection des renseignements personnels et de l'accès à l'information, tout simplement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Thibault. M. le ministre.

M. Legault: Oui, bien, juste peut-être mentionner que, quand même, les membres du comité de surveillance sont des membres extérieurs, là. Mais, en

tout cas, c'est votre point de vue. Donc, moi, ça complète les questions que j'avais, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Oui. Merci. Peut-être juste sur le dernier volet de l'indépendance du comité de surveillance. C'est une question qu'on a beaucoup discutée ici, à la commission, que ce soit pour la protectrice de l'usager, qui devrait normalement avoir un mandat indépendant mais qui est encore sous la houlette du gouvernement... Justement, elle est là pour superviser comment les services sont rendus. Les services du gestionnaire, qui est le gouvernement, on disait qu'il fallait que ce soit à l'extérieur. Le gouvernement l'a malheureusement refusé. Les régies régionales, avec la loi n° 28, sont maintenant des gens qui ne sont pas élus au gouvernement mais qui sont nommés par le gouvernement, et tout le monde a bien vu qu'il n'y avait pas là d'indépendance, il y avait maintenant un système où le ministre était décentralisé en région. Et «décentralisé» est un grand mot, là. Déconcentré en région, plutôt. Juste pour vous dire, vous n'êtes pas les premiers qui parlez de l'importance, pour le mandat de surveillance, d'être externe au gestionnaire du réseau et à celui qui a à jouer avec l'ensemble de ces données-là, et je veux juste vous dire que nous concourons entièrement avec cette vision. Et je suis persuadé que le ministre va concourir à l'avenir aussi, maintenant que vous lui avez bien démontré qu'il y avait un problème de conflit d'intérêts à cet égard-là.

Je voudrais profiter de... Vous m'avez peut-être entendu tantôt poser la question au Collège des médecins. Comme vous m'inspirez beaucoup, parce que vous me dites... Notamment, vous nous dites: «La gestion des informations contenues sur la carte santé entraînera une croissance de leur pratique professionnelle», étant entendu que l'on parle des archivistes médicales. Parlez-moi de comment vous voyez la mécanique de l'utilisation de cette carte à votre égard, comment, pour votre profession, vous allez y être impliquées. Est-ce que vous êtes impliquées dans la conception du résumé? À quel niveau est-ce que vous intervenez, selon vous, dans la proposition de l'avant-projet de loi?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Thibault.

Mme Thibault (France): Je vous dirais que, pour l'instant, je ne crois pas que les mécanismes ou les procédures de confection du résumé sont encore établis via le ministère ou la Régie de l'assurance. Nous, comment on le voit? Bon, c'est un grand projet. Déjà à la base, les dossiers de santé dans les établissements sont constitués par le service des archives. La question qu'on se pose, c'est qu'on essaie de s'imaginer comment le professionnel va être en mesure de rédiger son dossier de santé, parce qu'il va être obligé d'avoir son dossier papier ou son dossier informatique dans son établissement, et de prendre le temps aussi de basculer les informations dans le résumé de dossier de la carte santé.

M. Fournier: ...je me pose la même question. Vous qui êtes une spécialiste, vous essayez de l'imaginer, mais dressez-nous un peu le portrait que vous voyez.

Mme Thibault (France): Nous, comment on le voyait, on disait: Une des solutions qu'on pourrait avoir, parce qu'il va falloir qu'on s'assure que ces informations-là soient transférées dans le dossier le plus rapidement possible... Est-ce que ça fonctionnera par codes ou est-ce que ça fonctionnera par... Quand je vous dis «codes», on va coder les diagnostics, on va coder les médicaments ou quoi que ce soit ou est-ce que ça va être de l'écriture régulière? Ça, je pense que ça n'a pas été clairement défini encore. Mais ça pourrait être probablement les archivistes qui vont ramasser les dossiers puis qui vont les transcrire, parce qu'il faut s'assurer aussi d'une qualité de données. Est-ce que l'information va être transférée dans le bon dossier? Est-ce qu'on va transférer aussi la bonne information?

● (16 h 20) ●

Déjà, le médecin est pris au service des archives... pas aux archives, je m'excuse, mais dans les urgences. Lors des prises en charge, on le sait comme tout le monde, ça déborde dans le réseau, il y a des listes d'attente. On va leur demander... Ils ont de la misère à faire leur premier dossier papier, et là on va leur demander d'en faire un second, ou les mécanismes vont prévoir que tout se fait en «one shot», là: on fait le dossier de l'hôpital, puis ça se transfère automatiquement dans le dossier de la Régie, de la carte santé. Là, à ce moment-là, ça implique que tous les systèmes d'archives vont être informatisés dans chaque établissement pour pouvoir fonctionner de façon électronique ou de façon informatique.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Ce qui n'est pas le cas présentement.

Mme Thibault (France): Pardon?

M. Fournier: Ce qui n'est pas le cas présentement.

Mme Thibault (France): Non, ce n'est pas tous les établissements qui fonctionnent comme ça. Il y a des belles assises, je pense, présentement dans le réseau, mais ce n'est pas tous les établissements qui sont prêts à travailler de cette façon-là.

M. Fournier: Je vais revenir sur une autre question que le ministre vous a posée tantôt. En lisant le texte, je n'étais pas convaincu que c'est ça que vous vouliez dire, la réponse que vous avez donnée, toujours ce paragraphe où vous dites — puis, évidemment, vous le dites deux fois dans le texte: «...il sera important de ne pas créer d'illusions au sein de la population; selon nous, il est évident que la dimension de consentement volontaire évoluera graduellement vers une obligation pour toute la population bénéficiaire du régime d'assurance maladie québécois.»

Je sais que vous avez répondu tantôt que ce que ça voulait dire, c'est: Lorsqu'on est in, on est in, puis, lorsqu'on est out, on est out. Mais, en lisant le texte, j'avais l'impression que... Écoutez, je vais le répéter, là: «Il est évident que la dimension de consentement volontaire — donc, avant d'être in, on dit: Est-ce que tu veux être in? — évoluera — donc, ça, ça va changer, cette question qu'on demande aux gens: Voulez-vous être dedans ou ne pas être dedans? — vers une obligation pour toute la population bénéficiaire du régime d'assurance maladie québécois.» J'avais cru comprendre — et corrigez-moi — j'avais cru comprendre que ce que vous disiez, c'est: Au début, ça va commencer en demandant aux gens s'ils veulent être dedans, mais, si on veut que ce soit vraiment performant, tout le monde qui sont dans le régime d'assurance maladie québécois devront avoir l'obligation d'avoir un résumé qui va avec la carte, puis le système est parti. Est-ce que ce n'est pas ça que vous me dites vraiment?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Thibault.

Mme Thibault (France): Vous avez parfaitement bien compris. Pour l'instant, c'est ça. Oui, pour l'instant, c'est une adhésion volontaire. Mais, une fois que le système va être parti puis qu'il va être rodé, pour nous, c'est comme évident que tout le monde va devoir être sur le même système, parce que sans ça on va marcher à deux systèmes dans le réseau, là. On va avoir une partie des gens qui vont être sur le système de la carte santé parce qu'ils ont adhéré volontairement, puis on va avoir l'autre partie de la population qui dit: Non, moi, ça ne me tente pas. Mais, pour l'instant, je pense que, oui, c'est une grosse inconnue, il y a une majorité... peut-être pas une majorité, mais il y a une partie de la population à qui ça fait peur, le dossier carte santé, et ces gens-là vont avoir le loisir de refuser d'adhérer.

M. Fournier: Pour le début.

Mme Thibault (France): Pour le début. Mais, selon moi, avec les années, on n'aura pas le choix et on va aller vers une adhésion obligatoire.

M. Fournier: Dites-moi pourquoi c'est... Et vous l'écrivez deux fois, vous me le répétez de façon très assurée, et vous savez comme moi qu'une des grandes considérations qu'on va entendre puis qu'il y a sur le terrain là-dessus, c'est l'importance d'avoir un consentement exprimé. Comme le disait le Collège des médecins, ce qu'on propose une fois pour toutes, c'est in ou out. Ce n'est pas in ou out au début puis dans deux ans on change le système. Et, à cause de l'approche qui est comme celle-là, ça risque d'aller chercher l'adhésion de plus de personnes à participer à ce projet-là. Je n'ai pas de misère à concevoir ça. Ce que j'ai de la misère à concevoir, c'est: S'il fallait admettre qu'il ne s'agit que d'une première étape, le consentement volontaire, qui va devenir un processus obligatoire par la suite, je pense qu'il y a beaucoup d'appuis du milieu qui s'effriteraient devant cette proposition où ça évolue vers une obligatoire. Ce que j'aimerais savoir de votre part, c'est:

Pourquoi c'est si forcé? Pourquoi on ne pourrait pas garder pendant de nombreuses années un régime tel que celui qui est proposé, c'est-à-dire une... bien, quoiqu'il y a des aménagements pour le comprendre vraiment, mais, disons, le régime proposé par le Collège des médecins, in ou out? Et pourquoi ça ne pourrait pas durer plus longtemps, ça? Pourquoi il faut que ça évolue automatiquement vers un consentement obligatoire?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Thibault.

Mme Thibault (France): Ce que le Collège des médecins proposait, c'était: bon, le in ou out, c'est quand ils adhèrent. Ensuite de ça, c'est toute ton information qui est dedans, ou tu n'en as pas pantoute. Ça, c'était le in ou out, puis ça, je pense que, l'Association, on est d'accord avec ça aussi parce qu'on veut assurer un dossier complet.

Maintenant, quand on dit que, oui, pour nous, il semble évident que le projet va évoluer vers une adhésion obligatoire dans le futur, c'est qu'on a de la difficulté à s'imaginer que le ministère va fonctionner de deux différentes façons. Si vous allez dans les établissements de santé, il y a un système de dossiers, il y a un système d'archives pour tous les usagers de l'hôpital ou de l'établissement en question. Alors, pour nous, pour gérer un dossier patient, ça semble évident pour nous. Et, si on veut en arriver aussi...

Bon, le Collège des médecins a parlé aussi tantôt du dossier partageable. Si on veut arriver à avoir ce dossier-là, on ne pourra pas avoir juste des adhésions volontaires pour une partie des gens qui veulent. Je ne dis pas que ça va se faire dans deux, dans trois ans, mais, pour nous, dans le futur, il faut que ça aille par là.

M. Fournier: Ce que vous nous dites, c'est que c'est un développement non seulement envisageable, mais obligé. À un moment donné, une fois qu'on a mis le pied dans cet étrier, la roue tourne et nous amène vers, selon vous, cette obligation. Je pense que, si c'est le cas, bien, aussi bien le dire dès le début. Et je vous remercie de nous aviser de la chose.

Vous parlez à juste titre, et puis je reviens tout le temps sur cette expression-là parce que je pense que c'est une expression — c'est le professeur Scott qui l'utilise — qui me semble intéressante, il appelle ça le «contrôle discrétionnaire». En fait, c'est le magasinage de ce qu'on met dans notre résumé, là. Vous, comme le Collège des médecins, dites: Bien, une fois que tu fais un résumé, il va y en avoir un, résumé, on ne choisira pas ce qu'on met dedans, ça va être le résumé tel que tout le monde l'applique puis ce ne sera pas un «bar open», là. Alors, lui, il appelle ça le «contrôle discrétionnaire». Puis je comprends très bien ce que vous dites. Dans le fond, le médecin, il veut savoir qu'est-ce qu'il a devant lui — le médecin, l'infirmière — il veut savoir qu'est-ce qu'il a devant lui, comprendre, s'il a toutes les informations.

Vous ajoutez un élément que je pourrais quasiment qualifier de contrôle discrétionnaire passif. Vous ajoutez, à la page 5, à la fin, l'importance de délais. Je vais prendre la phrase au complet: «Dans l'immédiat et pour le futur, il y aurait donc lieu de

s'assurer de méthodes efficaces pour garantir une information de qualité, conforme à celle retrouvée au dossier de l'usager et versée dans des délais prescrits pour assurer un résumé complet.» Ça revient un peu à la question de tantôt que je posais au Dr Lamontagne sur le cas de Chicoutimi la veille, là, puis comment on réussit à avoir l'instantanéité de l'information. Parce que, si c'est important pour un médecin de se fier, à l'avenir, à un résumé, il serait important pour lui de se dire: Il est à jour à quelle date? Je ne suis pas un spécialiste, encore une fois, mais, parfois, quand on va voir un médecin, c'est beaucoup plus important de savoir ce qui s'est passé dans la dernière semaine que ce qui s'est passé 10 ans avant, à mon avis. Je peux me tromper, mais le gros bon sens m'enligna là-dessus. Quand vous parlez de «délais prescrits pour assurer un résumé complet», considérant votre pratique de tous les jours, vous entendez quoi? Combien de temps ça peut prendre? Qu'est-ce que vous envisagez en termes de ressources pour y arriver aussi, là, à ce délai prescrit, qui serait assez court, j'imagine?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Thibault.

Mme Thibault (France): Une des grandes difficultés pour les archivistes dans le réseau de la santé, c'est les délais pour compléter les dossiers. Les médecins, ils sont débordés, puis il n'est pas rare qu'on va avoir des dossiers qui ne sont pas complets. Les médecins vont passer aux archives quand ils ont cinq minutes, ils vont venir compléter quelques dossiers, ils repartent, ils reviennent, ils repartent, sauf que des fois on peut se retrouver avec des délais de complétion qui sont très longs.

M. Fournier: Exemple.

Mme Thibault (France): Non, je ne peux pas vous donner de journées fixes ou de nombre de journées fixes parce que je ne veux pas m'embarquer là-dedans parce que ça fait trop longtemps que je n'ai pas pratiqué. Par contre, quand on vient pour rédiger des politiques de dossiers ou de gestion de dossiers et fixer des délais pour compléter nos dossiers, dans la loi, il n'y a comme rien de prescrit. Alors, quand on dit, ici, «dans des délais prescrits pour assurer un résumé complet», il faudrait s'assurer... partant du principe que ce résumé-là va servir pour les prises en charge, puis les prises en charge, souvent, c'est à l'urgence que ça se fait, donc il faut s'assurer que le dossier soit complet. Comme vous dites, c'est l'information peut-être de la dernière semaine ou du dernier mois qui va être importante pour la prise en charge, là, parce que c'est des suivis. Les patients sortent de l'hôpital, ils reviennent, ils sortent, ils reviennent. Donc, si on n'a pas de délai prescrit dans les règlements ou dans la loi qui va obliger le professionnel à rédiger son dossier ou, en tout cas, à tenir à jour la carte santé, bien là comment on va fonctionner? Alors, c'est pour ça. Quand on dit «des délais prescrits», c'est pour faire penser au ministère: Donnez-nous des délais pour nous autres, pour nous permettre de courir après les intervenants puis dire: Bien, regarde, ça fait 72 heures que c'est passé puis je n'ai pas encore tes notes.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Châteauguay.

● (16 h 30) ●

M. Fournier: Oui. Juste pour le concept des délais prescrits dans la loi, surtout dans le domaine de la santé, j'ai quelques réserves. Vous savez, on a une loi antidéficit; ça n'empêche pas de faire des déficits. Alors, il pourrait bien y avoir des délais prescrits, s'il n'y a pas de ressources suffisantes pour compléter les rapports... T'as beau avoir une loi, là, il y a une question de ressources à un moment donné qui fait si tu peux, oui ou non, te comporter correctement, légalement, finalement, par rapport aux délais qui sont prescrits.

Je crois comprendre de votre réponse... Pour moi, c'est une question importante. Personne ne peut être obligé à l'instantanéité, là. Je pense qu'il n'y a personne qui attend ça non plus. Mais, dans la compréhension de l'utilité de ce dossier-là, s'il vous était possible, en retournant voir vos pairs, de pouvoir nous informer sur ce que vous savez — remarquez bien, moi, je ne cherche pas une moyenne la plus juste — une approximation de ce que ça peut ressembler dans différentes régions. Peut-être que ce n'est pas tout pareil au Québec, d'ailleurs. Toutes les régions ne sont pas dotées des mêmes budgets, vous le savez, ni des mêmes ressources. Mais ça me semblerait assez intéressant de savoir qu'est-ce qu'on a aujourd'hui en termes de rapidité à confectionner des dossiers actuels, là, sans la technologie de demain, pour comprendre: À partir de là, est-ce que c'est crédible de penser qu'on pourra être très, très courts dans nos délais dont on veut qu'on les prescrive dans une loi? Alors, si c'est possible pour vous, nous aurons l'occasion de siéger encore pendant quelques semaines pour entendre les quelques groupes qui viennent. On a le temps certainement d'avoir peut-être une documentation de votre part qui sera soumise à la commission sur cette question précise du délai pour compléter les rapports.

J'ai une dernière question. Je ne sais pas si vous me permettez, Mme la Présidente?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, oui. Il vous reste encore cinq minutes, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Je ne peux pas m'empêcher de vous poser une question pour que je comprenne. À mon avis, je ne connais pas ça, mais les archivistes médicales, tu sais, sont au centre de la confection, hein, du dossier du patient. Le médecin voit le patient, il s'en va chez vous, comme vous dites, quand il a cinq minutes, il vient compléter le dossier, puis, vous, bien, vous l'archivez. Vous nous dites, à la page 6, que vous vous questionnez sur la pertinence d'un tel déploiement, c'est-à-dire sur l'ensemble des gens qui pourraient avoir une carte habilitante — et je n'embarque pas dans les profils d'accès, là, ça commence à se compliquer — et, évidemment, dans le paragraphe qui suit, la première chose qu'on voit, c'est: bon, les archivistes, eux aussi, vont avoir cette capacité habilitante. Le ministre vient de nous dire que dans le règlement vous allez être dedans. Alors, ça c'est une chose qu'on sait maintenant.

Expliquez-moi — surtout, vous avez entendu tantôt le Dr Lamontagne qui est toujours, disons, précis

dans ses images — expliquez-moi pourquoi l'archiviste médicale doit avoir une possibilité habilitante non pas à confectionner — ça, je le comprends facilement — mais à accéder au résumé confectionné par ailleurs dans un autre établissement ou à l'égard d'un autre épisode de soins qui s'est fait ailleurs — parce que c'est ça, dans le fond, que vous demandez, d'avoir une capacité habilitante vaste — qui a été confectionné par d'autres. En quoi cela, dans vos fonctions quotidiennes, est utile?

Mme Thibault (France): Non. Quand on demande une capacité habilitante, ce n'est pas d'aller voir ce qui se passe dans les autres établissements, mais c'est de s'assurer, nous, en tant que gestionnaires de l'information de notre établissement, que l'information qui est versée dans le dossier carte santé soit conforme puis elle soit correcte, et c'est dans tout le processus que je vous présentais tantôt. Bon, on lance un projet, qui est le projet carte santé. Je vous l'expliquais au début, oui, l'Association est d'accord puis, oui, ça peut favoriser une prise en charge plus rapide avec des données plus fiables. Maintenant, la question, vous l'avez dit vous-même tantôt, les professionnels... On est démunis de ça si on a des délais d'attente tant au niveau des patients qu'au niveau des rédactions de dossiers, et tout ça. Les mécanismes pour alimenter la carte santé n'ont pas encore été identifiés. Quand je dis «des mécanismes», c'est: Est-ce qu'on informatisera tous les établissements? Est-ce que, le médecin, en faisant son dossier d'établissement, ce sera transféré directement dans le dossier carte santé? C'est toutes des questions.

Et, nous, quand on dit que les archivistes devraient avoir leur carte d'habilitation, c'est dans le cheminement où on se dit: Le médecin professionnel n'aura pas le temps de faire deux dossiers. Donc, les archivistes, à partir du dossier de l'établissement, devront transférer l'information dans le dossier carte santé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Donc, c'est une habilitation à compléter le dossier et non pas à consulter par ailleurs le...

Mme Thibault (France): Non.

M. Fournier: O.K. Très bien, très bien. Parce que, quand on parle de la carte habilitante, dans le contexte, en tout cas, de l'avant-projet de loi, c'est souvent pour accéder à l'information par ailleurs déjà constituée. Vous, vous le voyez plus par ailleurs à l'information à être déposée, à être constituée. C'est comme ça que vous l'entendez.

Mme Thibault (France): Oui. Puis d'ailleurs, dans la description des profils d'accès, je pense qu'il va y avoir des profils de définis, puis je ne pense pas qu'il soit pertinent que les archivistes aient accès à la banque de données centrale, mais plus dans la partie de leur établissement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Thibault.

M. Fournier: Merci beaucoup. Je termine en souhaitant que nous ayons les informations sur la confection des rapports, le temps que ça peut prendre, là.

Mme Thibault (France): Parfait.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce qu'il vous est possible de transmettre à la commission, Mme Thibault, l'information qui a été demandée?

Mme Thibault (France): Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui?

Mme Thibault (France): Est-ce que je procède de la même façon que lorsque je vous ai soumis les mémoires?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est ça.

Mme Thibault (France): Parfait.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, nous apprécions.

Mme Thibault (France): Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci pour la présentation de votre mémoire. Alors, je suspends quelques minutes, le temps de permettre à Mme Prémont de bien vouloir prendre place pour l'étude de son mémoire. Merci.

(Suspension de la séance à 16 h 36)

(Reprise à 16 h 37)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, la commission reprend ses travaux. Alors, nous avons avec nous Mme Marie-Claude Prémont, qui est professeure à la Faculté de droit de l'Université McGill. Mme Prémont, vous avez 20 minutes pour la présentation de votre mémoire. Alors, sans plus tarder, je vous cède la parole.

Mme Marie-Claude Prémont

Mme Prémont (Marie-Claude): Je vous remercie, Mme la Présidente. Alors, Mme la Présidente, M. le ministre, Mmes, MM. de la commission des affaires sociales, j'aimerais d'abord vous remercier de m'avoir invitée à vous faire part de mes observations sur l'avant-projet dans le cadre de cette commission. J'espère que je serai aujourd'hui aussi claire que possible, tout en ne sacrifiant pas pour autant toute la complexité des enjeux et du système qui est en cause.

Je crois comprendre... Je regrette d'être arrivée... J'ai raté la présentation du Dr Lamontagne, contingence de l'autobus Montréal-Québec, mais je crois comprendre que le Dr Lamontagne et Mme Thibault se sont concentrés davantage sur le volet clinique. Je vous

proposerais de me concentrer surtout sur le volet administratif de la carte à microprocesseur qui est proposée et surtout d'aborder le projet à un autre niveau.

D'abord, j'ai été associée au projet québécois d'expérimentation de la carte à microprocesseur, parfois de loin, parfois plus près, le projet de Rimouski, dans le cadre d'une étude qui était parrainée par l'Union européenne, où tant le projet de Rimouski que huit projets européens étaient étudiés et comparés, et j'étais responsable de la rédaction d'un rapport sur l'acceptabilité de la carte à microprocesseur dans les systèmes de santé, donc ce qui nous a amenés à faire de la comparaison selon les systèmes et surtout selon le type de système de santé différent qui est en cause.

En ce qui concerne le projet de Laval, j'ai, plutôt de loin, donc, collaboré au projet Netlink, encore une fois en comparaison avec d'autres projets européens, sur l'utilisation de la carte à microprocesseur dans des objectifs d'interopérabilité transfrontières, mais, surtout, en ce qui concerne le projet de Laval, j'ai présidé, à la demande de la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Marois, le Comité de surveillance du projet PRSA-carte santé de Laval, mais j'aimerais préciser que je suis aujourd'hui devant vous à titre personnel.

● (16 h 40) ●

J'aimerais dès le départ mettre sur la table ma préoccupation centrale dans l'étude des projets d'utilisation des nouvelles technologies de l'information dans les systèmes de santé, et cette préoccupation, pour moi, est celle du maintien et de l'amélioration des régimes publics universels de soins de santé. Je vous dirai tout de suite que, pour moi, ces régimes publics universels constituent une des plus grandes réalisations de la démocratie, au même titre que l'adoption des chartes des droits et libertés comme la Charte québécoise. Il est donc fondamental, à mon avis, de bien comprendre la structure et la signification des principes juridiques sous-jacents à un régime universel de soins de santé, et c'est dans ce cadre-là qu'il faut voir l'implantation des nouvelles technologies et voir dans quelle mesure l'implantation et les systèmes implantés peuvent avoir un impact sur les principes sous-jacents juridiques des systèmes de santé universels. Il est, à mon avis, impérieux que le processus démocratique et que la souveraineté parlementaire jouent pleinement leur rôle si l'on devait remettre en cause les principes fondamentaux du régime universel de soins de santé.

On dit souvent que la technologie ou la recherche sont neutres. C'est peut-être vrai à un certain niveau d'abstraction, mais, lorsque les travaux avancent, lorsque les plans se précisent, les objectifs se précisent eux-mêmes. Nous parlons ici aujourd'hui de nouvelles technologies de l'information et des communications, et, à mon avis, il est tout à fait inutile de nous dire que l'on ne doit penser qu'à la petite carte de plastique — même si elle porte un microprocesseur — que l'on transporte dans sa poche. Peut-être qu'on peut nous demander de penser aussi au lecteur. Cet aspect, la carte et son lecteur, constitue peut-être la partie visible du système, mais cette partie constitue aussi la partie la plus insignifiante, puisque la réalité se trouve derrière, c'est-à-dire dans toute l'infrastructure informationnelle qui lui donne un sens, qui lui donne son utilité. La carte à puce,

sans cette infrastructure informationnelle, est aussi futile que 10 mouches noires supplémentaires à Chisasibi.

Avec le dépôt de l'avant-projet de loi, Mme la Présidente, je crois qu'est terminé le temps où dans l'abstrait on peut appuyer le programme par des incantations générales à l'amélioration de l'efficacité de notre système de soins ou à l'amélioration de la protection de la vie privée. Nous avons aujourd'hui devant nous des plans qui se concrétisent. Nous avons l'esquisse d'un programme. Regardons la chose. De quoi sont constitués ces plans qu'on nous soumet? Évidemment, nous disposons de l'avant-projet de loi, mais cet avant-projet de loi, de par sa facture même, se veut opaque, puisqu'il nous renvoie à des expressions non définies mais qui seront celles qui donneront un sens à la carte à puce, comme — je cite — «un accès à l'une ou l'autre des banques de données de la RAMQ». Il faut donc s'appuyer sur d'autres documents pour comprendre ce qu'est, ce que signifie l'avant-projet de loi.

Nous disposons des mémoires ministériels qui ont été soumis. Nous en avons trois: le mémoire du 22 juin 2000, du 2 avril 2001, qui reprend en grande partie, en essence, le mémoire précédent, et le mémoire qui a été déposé avec l'avant-projet de loi, celui du 11 décembre dernier. Ces mémoires constituent un peu, si vous me permettez l'expression, un mode d'emploi de ce qu'est l'avant-projet de loi.

Enfin, il faut aussi noter que ces mémoires eux-mêmes, tout comme l'avant-projet de loi, réfèrent aussi à des concepts qui ne deviennent compréhensibles qu'à la lecture des rapports préparés au cours des dernières années au Québec dans une optique de réforme des systèmes de santé. Je parle notamment des rapports Arpin et des rapports Clair. Je pense, par exemple, à l'expression que l'on retrouve à l'article 2 de l'avant-projet de loi, qui est celui qui nous dit que la carte à puce va servir à mettre en place des corridors de services entre les organisations. *Le Petit Robert* ne peut pas nous renseigner sur la signification du «corridor»; il faut aller lire ce qu'en disent le rapport Arpin et le rapport Clair pour savoir de quoi on parle.

On peut peut-être tout de suite... Évidemment, le corridor dont on parle est un mécanisme qui est implanté par le biais de contrats entre les organisations, les régies. Il y a tout un plan qui a été esquissé à la commission Clair... au rapport de la commission Clair, pardon. On peut peut-être tout de suite poser la question de la conformité de ces contrats par rapport à la prohibition des contrats qui est prévue à l'article 11 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

Pour commencer donc l'analyse, vous me permettez d'utiliser le document qui est le plus significatif, qui est celui du mémoire d'avril 2001 qui encore une fois reprend essentiellement le mémoire précédent. Ce qui est intéressant ici, c'est que — et je crois que c'est le document qui est en fait le plus explicite — on nous donne des prémisses. Parce que, lorsque l'on veut implanter un vaste programme comme ça, évidemment, il y a des hypothèses de base, il y a des problèmes auxquels on veut s'adresser, il y a un diagnostic avant de proposer la solution.

Quel est le diagnostic que nous révèle ce mémoire ministériel? Alors, dans la problématique

sommaire, dans le sommaire de la problématique — partie accessible au public — on nous mentionne trois points qui ont amené donc cette réflexion et cette proposition. J'aimerais les prendre rapidement pour vous soumettre que j'estime que ces prémisses sont en elles-mêmes problématiques.

Le premier nous dit que la carte d'assurance maladie n'est pas un moyen d'identification univoque. Il faut donc trouver une autre façon, et on va nous proposer la carte à puce. J'aimerais vous soumettre, Mme la Présidente, que, selon moi, la carte à puce ne change absolument rien à cette situation.

Le deuxième point cumule, en fait, deux choses. Le premier élément est celui de la fraude des médecins. Ce n'est pas exactement les termes qu'on utilise, on pourra regarder, vous pouvez vous référer directement, mais, en fait, on dit que, bon, il y a peut-être un problème de fraude des médecins ou des professionnels de la santé, faudrait trouver une solution. Je ne nie pas qu'il ne puisse pas y avoir de fraude des médecins, il faudrait peut-être se demander si le programme proposé est la meilleure solution pour y répondre.

Mais, dans ce deuxième point, il y a un deuxième élément, et c'est là qu'on commence, je pense, à mieux comprendre les objectifs du système. On nous parle alors de la gestion des restrictions de couverture dans leur évolution future, dans leur évolution future. À la page 3 de l'exposé — partie accessible au public toujours — on peut lire: «On peut anticiper que les régimes publics d'assurance santé vont évoluer en termes de complexité des situations particulières qui sont négociées.» Complexité des situations particulières qui sont négociées. Je ne sais pas si les concepteurs ont lu la Loi sur l'assurance-hospitalisation, mais, à l'article 2 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, on dit, par exemple — je cite la loi: «Afin que les résidents du Québec [...] reçoivent gratuitement des services assurés selon des modalités uniformes...»

Mme la Présidente, j'y vois un problème. La loi nous dit que les modalités d'accessibilité sont uniformes pour l'ensemble des Québécois, et voilà qu'on nous propose un système dont l'objectif est de gérer la grande variété des modalités de couverture, d'un Québécois à l'autre. On prévoit instaurer maintenant un système pour répondre à des normes juridiques anticipées qui sont contrares au droit actuel. Problématique, je disais.

Troisième point. Le troisième point toujours, le troisième et le dernier point, donc la prémisse qui amène cette réflexion et cet avant-projet de loi, concerne la méconnaissance de la valeur des soins assurés de la part des Québécois. L'abus de consommation des patients. On nous dit: «Les citoyens ne sont pas incités à rationaliser leurs habitudes de consommation de services de santé.» M. le ministre, je suis sûre que vous me pardonnerez de vous dire que j'estime que c'est ici une insulte à l'intelligence du ministre de la Santé, une insulte à l'intelligence des Québécois, des membres de l'Assemblée nationale et de la commission des affaires sociales.

● (16 h 50) ●

Toutes les études internationales sont unanimes et le démontrent, que la connaissance de la valeur des soins de santé n'a aucun impact sur les coûts globaux de santé. J'irai même plus loin: même lorsque les patients

ont à payer une part de la facture, ceci n'a aucun impact sur le contrôle global des soins de santé. On n'a qu'à regarder, par exemple, la France où le patient doit déboursier une partie de la facture lorsqu'il voit un médecin en clinique, par exemple. On sait que, au cours des 15 dernières années, la France a augmenté cette part du ticket modérateur, comme on l'appelle là-bas, pour essayer de corriger ce trou de la sécu, comme on l'appelle, et on sait par ailleurs que ça n'a eu aucun impact sur le contrôle global des soins de santé. Ici, au Québec, ç'en aurait? Le mémoire va même jusqu'à parler d'autorégulation qui en résulterait. Dire que les gens sont payés pour dire de telles choses! Bref, les prémisses énoncées au mémoire même du ministre de la Santé et des Services sociaux m'apparaissent très faibles.

L'objectif central du programme de la carte à microprocesseur proposé, à mon avis, est justement ailleurs, mais il est aussi mentionné dans le mémoire lui-même. À la page 11 du mémoire ministériel, à la section qui concerne les avantages pour la Régie de l'assurance maladie du Québec, on peut lire comme avantage du système encore une fois: «La capacité d'évolution de la solution lui permettra de gérer le nouveau mode de rémunération et de nouvelles modulations de service pouvant inclure une complémentarité entre les partenaires publics et privés.» Et plus loin on voit que l'objectif du système est de gérer un «nouvel équilibre entre les acteurs publics et privés». Quel langage sibyllin!

Encore une fois, pour connaître la signification de ces expressions, je ne connais pas d'autre source que le rapport Clair, qui est explicite, et, encore une fois, le rapport Clair, avec toute la valeur qu'on peut y trouver, propose des solutions, mais, à mon avis, à moins que je ne me trompe, des solutions qui n'ont pas été adoptées par l'Assemblée nationale et qui donc sont contrares à l'état du droit aujourd'hui. Bref, je pense que ce rapide survol nous démontre que l'objectif de cet avant-projet est de mettre en place une vaste structure informationnelle qui serve à soutenir un système de santé différent de celui que nous avons maintenant.

Vous trouverez, MM. et Mmes de la commission des affaires sociales, dans mon rapport une série d'éléments que je relève de l'avant-projet de loi, qui, à mon avis, confirment cette lecture que je fais du projet. Je vois que le temps passe vite. On n'aura pas le temps d'y aller, alors je conclurai. Et je vais utiliser une expression bien de chez nous: je crois qu'on est en train d'essayer de nous passer un sapin. On ne peut pas enrober et faire adopter un projet technologique dont l'objectif et l'utilité sont contrares à l'organisation, à la structure et aux principes juridiques du système de santé. Le procédé législatif proposé m'apparaît inacceptable et ne fait pas honneur au Québec.

M. le ministre, je ne sais pas si les concepteurs de ce programme nous écoutent. Je vous demanderais peut-être de leur transmettre un message de ma part: dites-leur que la population québécoise connaît la différence entre un sapin et une épinette. Je vous remercie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Prémont, pour la présentation de votre mémoire.

Alors, sans plus tarder, je cède maintenant la parole au ministre d'État.

M. Legault: Bon, merci, Mme Prémont. Bon, je comprends que vous voulez parler de la partie administrative du projet, mais, comme vous le savez, ce n'est pas l'objectif premier du projet. L'objectif premier, c'est un objectif clinique. Moi, j'aimerais vous entendre un petit peu, là, sur la partie clinique. Est-ce que pour vous le partage de l'information clinique, est-ce que c'est un incontournable dans le contexte québécois actuel de prestation des soins de santé?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Prémont.

Mme Prémont (Marie-Claude): Merci. M. le ministre, vous n'allez pas réussir à m'amener sur une voie de garage, hein! Je pense que j'explique dans mon mémoire l'aspect clinique du projet, quelle est sa teneur par rapport à l'ensemble du projet. Il y a des personnes plus compétentes que moi pour en parler, je pense qu'on a entendu le Collège des médecins et Mme Thibault. Pour moi et pour vos prédécesseurs ministres de la Santé et des Services sociaux, l'objectif premier de la carte est administratif, auquel on ajoute un volet clinique.

À la page 8 du mémoire, vous pouvez lire: La carte d'accès santé donne accès à des applications administratives qui ont pour objectif l'optimisation du système de santé. Il est clair, à la lecture des documents produits, que l'objectif visé ici n'est pas un objectif clinique. L'objectif clinique s'y greffe, est venu s'y greffer tant bien que mal sans que, à mon avis, ait été étudié en profondeur cet aspect de mixité de fonctions. Mais on ne doit pas et on ne peut pas évacuer l'objectif central administratif du projet.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Prémont. M. le ministre.

M. Legault: Bon, Mme la Présidente... D'abord, Mme Prémont, je veux vous répéter que l'objectif premier, mon objectif premier, c'est un objectif clinique. Donc, si vous ne me croyez pas, on a un petit problème, là. Parce que, si vous m'accusez de manquer de bonne foi, là, on a un petit problème, je ne vois pas pourquoi on va avoir des discussions.

J'ai une deuxième question. Dans la conclusion de votre rapport, vous dites: «L'essence du processus législatif ne saurait être de tromper la population. L'objectif d'un avant-projet de loi ne saurait être de manipuler l'Assemblée nationale du Québec. Or, le document déposé doit recevoir les réprimandes les plus sévères, puisqu'il heurte l'essence des institutions parlementaires démocratiques québécoises.» Et, un peu plus loin, vous dites: «La démarche est d'autant plus répréhensible qu'elle s'appuie sur la manipulation non seulement de la population, mais aussi de l'institution parlementaire.» Mme Prémont, c'est grave, ce que vous dites ici, là. Moi, je vous dis que je suis de bonne foi et que notre objectif premier, c'est un objectif clinique, c'est-à-dire qu'on vise à améliorer l'information pour donner des meilleurs soins à nos patients. Est-ce que

vous pouvez accepter que c'est l'objectif qui est visé par le gouvernement? Sinon, je ne vois pas pourquoi on poursuivrait des discussions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Prémont.

Mme Prémont (Marie-Claude): Merci. M. le ministre, je suis certaine que vous êtes de bonne foi et je ne veux surtout pas mettre en doute votre bonne foi, M. Legault. L'analyse que j'ai faite n'est pas fondée sur ce que vous me dites mais sur les documents qui sont produits. L'analyse que je fais est fondée sur l'avant-projet de loi qui est sur moi. Vous n'êtes pas personnellement mis en cause. Je n'ai aucunement l'intention de vous mettre en cause. Et, en fait, je vais avouer une chose, M. Legault: j'ai été très rassurée lorsque j'ai appris que vous étiez nommé ministre de la Santé et des Services sociaux, et je vais vous dire pourquoi, parce que vous nous venez du ministère de l'Éducation. Et, à mon avis, il y a deux grands ministères qui ont une fonction unique dans l'appareil gouvernemental québécois, et ce sont justement le ministère de l'Éducation et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Et, avec votre expérience au ministère de l'Éducation, vous êtes un homme d'une grande expérience et qui comprenez l'importance fondamentale de ce qu'on appelle un service public avec ses règles particulières. Et donc, cette compréhension, cette sensibilité et le travail que vous avez fait au niveau du ministère de l'Éducation pourront être mis à profit au niveau du ministère de la Santé et des services publics. Alors, encore une fois — de grâce, je ne voudrais surtout pas que vous pensiez que je mets en cause votre bonne foi, M. Legault — encore une fois, mon analyse est fondée sur les documents qui sont devant nous. Ce n'est pas vous que je juge, M. Legault, ce sont les documents qui sont produits ici.

● (17 heures) ●

Vous dites que c'est grave, ce que je dis. Vous avez raison, M. Legault, et soyez assuré que j'ai bien pesé chacun de mes mots et que ce n'est pas de gaieté de coeur que j'ai rédigé ce mémoire et que je suis venue vous voir aujourd'hui. C'est que j'estimais qu'il était essentiel de dire certaines choses qui ne peuvent pas être autrement dites, et, en tant qu'universitaire, j'ai cru qu'il était de mon devoir d'utiliser ma liberté académique pour vous dire honnêtement l'analyse que je fais de la démarche.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Prémont. M. le ministre.

M. Legault: Oui. Mme la Présidente et Mme Prémont, je peux vous dire que j'ai rencontré les personnes à la Régie et au ministère qui sont responsables du dossier, et, moi, je suis convaincu du contraire de ce que vous venez de me dire. C'est-à-dire que l'objectif premier est un objectif clinique. On cherche à pouvoir transmettre l'information à travers ce réseau, qui est complexe, de la santé avec un objectif important: donner des meilleurs soins aux patients. Donc, je vous demande de nous faire un peu confiance.

En tout cas, vous semblez me faire confiance personnellement. Je vous demande de continuer à m'appuyer parce que ce projet, je vous l'assure, sera un projet qui visera d'abord et avant tout à donner des meilleurs soins à la population québécoise. Je n'ai pas d'autres questions, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous avez un commentaire, Mme Prémont? Oui?

Mme Prémont (Marie-Claude): S'il vous plaît. Je vous remercie. Je suis très rassurée par ce que vous dites, M. Legault. J'ajouterais que je suis tout à fait prenante, et je suis prête à collaborer pour faire quoi que ce soit qui puisse améliorer notre régime universel de soins de santé. Mais je dois vous dire que, si c'est réellement notre objectif commun, il est essentiel de procéder à une refonte en profondeur de cet avant-projet de loi parce que, dans l'état où il est aujourd'hui, il est inacceptable.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Prémont. M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. Mme Prémont, bienvenue à la commission. Je dois vous faire une confidence, puisque vous n'étiez, en raison de l'autobus, pas des nôtres au tout début: dans mes remarques préliminaires, j'ai fait référence à certains passages de votre mémoire, qui ne sont pas les seuls non plus auxquels j'ai référé, je vais y revenir tantôt. Mais, après avoir fait une certaine démonstration de ce que beaucoup de mémoires ont dit, je vais essayer de concilier les documents qui sont au soutien de votre réflexion et au soutien de la volonté ministérielle présente devant nous aujourd'hui, confirmant la semaine dernière son désir d'aller de l'avant avec le projet de la carte à microprocesseur, de concilier la bonne foi avec les documents.

Et la question que je posais dans mes remarques préliminaires, c'est la suivante: Le ministre est-il d'accord avec son avant-projet de loi? C'est de cette façon-là qu'on peut concilier la bonne foi avec l'avant-projet de loi. Je disais tantôt dans les remarques préliminaires: Après six ans de reports périodiques et de gestation difficile, le bébé se présente mal, et, lorsqu'on regarde le rapport du professeur Sicotte que la RAMQ a publié hier, on peut même se demander si l'avant-projet de loi n'est pas mort-né. Alors, j'ai l'impression que ce que vous dites peut se concilier avec ce que le ministre dit.

Tout le monde cherche à avoir un outil clinique valable. Vous dites: Je veux participer à la construction de ça. Et on ne met, ni vous ni moi, en doute la volonté du ministre d'avoir un outil clinique. Il s'agit de reformuler le paquet et nous dire comment on va faire quelque chose qui va être un outil clinique qui va apaiser les craintes de nombreuses personnes et nombreux groupes de ce qu'ils voient de l'ensemble de la documentation qui est sur la table. Puisque c'est la volonté commune de tout le monde d'avoir un outil clinique valable, faisons en sorte que ce soit vraiment ça plutôt que ce qui est sur la table.

Je voudrais dire au ministre de prendre au sérieux l'avis que vous lui donnez aujourd'hui, d'abord

en raison de votre expertise et, d'autre part, parce que vous n'êtes pas la seule à être, je dirais... Pour être honnête avec vous, ça fait depuis 1994 que je suis élu. J'ai assisté à bon nombre de présentations en commission parlementaire. Il arrive très peu fréquemment qu'il y ait une présentation, je dirais, aussi claire sur comment on qualifie la démarche gouvernementale, et je veux vous dire que vous n'êtes pas la seule.

J'ai cité dans mes remarques préliminaires Pierrôt Péladeau, du Centre de biotechnique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal. Je vais citer deux courts passages pour qu'on comprenne bien que ce que vous dites n'est pas un événement isolé, là. C'est une opinion qui est partagée. Il disait ceci: «Il est clair que, par contraste, la présente consultation sur l'avant-projet de loi sur la carte santé du Québec, sans autre documentation que ce soit, représente presque — il y a une petite différence, ici, presque — une insulte à l'Assemblée nationale, aux parlementaires et citoyens ainsi qu'à la démocratie québécoise.» Et il ajoute: «Il n'est pas clair si les présentes consultations participent d'une véritable démarche d'évaluation publique ou d'une opération de relations publiques.»

Et tout ça pour dire que ce que je comprends de votre présentation, qui n'est pas unique dans la critique acerbe à l'égard de la présentation gouvernementale, n'est pas la seule, et ce que vous nous avez dit, dans le fond, c'est que vous avez débâti, à partir des documents auxquels vous avez pu avoir accès, étant entendu que, semble-t-il, il y en a d'autres auxquels on ne peut pas avoir accès présentement, vous avez débâti l'idée que c'était essentiellement un outil clinique. Qu'il y ait de la place dans le discours public pour l'outil clinique, je pense qu'on peut tous en convenir, mais ce que vous avez vu comme étant l'essentiel de cet avant-projet de loi, ce n'était pas un outil clinique, et je pense que vous en avez fait une démonstration assez correcte.

Par ailleurs... Et là c'était plus profond. Lorsque vous dites qu'il y a un aspect administratif, vous nous mettez en garde que le débat ne porte plus maintenant sur la dotation ou non d'une carte à microprocesseur. La question qui se pose, dans le fond, qu'on tente d'esquiver mais qui se pose, c'est: Voulons-nous d'un système public universel? C'est ça, la question fondamentale que vous soulevez, et je pense que c'est ce qui motive le fait que vous soyez carrée, pour dire le moins.

Mme Prémont (Marie-Claude): Je préfère «claire».

M. Fournier: Oui, mais j'essaie de trouver une autre expression pour ne pas me répéter. Mais «claire». Soit pour «claire». Mais je pense que c'est tout un débat important, je pense que c'est un débat extrêmement important. Il serait utile, si le ministre nous confirme sa bonne foi sur l'outil clinique, qu'il nous confirme aussi que ces extraits du mémoire seront extirpés, à moins qu'il nous dise que le débat porte sur d'autres choses, auquel cas, moi, je n'ai pas de problème. Mais qu'on dise vraiment c'est quoi, le débat dans lequel on est embarqués. C'est simplement ça, là. Moi, je n'ai pas de difficultés à ce qu'on fasse un débat sur les différentes expressions, les gestions de restriction de couvertures dans leur évolution future. Je n'ai pas de problème qu'on

discute de ça. Mais qu'on sache que c'est de ça qu'on parle et non pas juste... et non pas de la carte. Mais encore faudrait-il qu'il y ait une planification aussi là-dessus pour que la bonne foi puisse vraiment se comprendre jusqu'au bout.

J'aimerais d'abord que vous me parliez justement de cette disparité de traitements. Vous dites: Bon, ça me semble être un outil, inspiré des autres rapports qui ont été déposés, qui nous amène à penser qu'il pourrait y avoir d'autres choses qu'un système public universel comme celui qu'on connaît. Dites-moi comment la carte devient importante à l'égard de cette disparité. Pourquoi vous y voyez un outil de mise en oeuvre de la disparité de couvertures? Comment on peut inférer de l'objectif gouvernemental le deuxième débat sous-jacent beaucoup plus grand, à savoir: Est-ce que nous aurons encore un système public universel?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Prémont.

Mme Prémont (Marie-Claude): Merci, Mme la Présidente. Si vous le permettez, j'aimerais, avant de répondre à votre question, peut-être faire un commentaire sur vos commentaires précédents. J'aimerais revenir encore sur peut-être un élément encore une fois pour démontrer au ministre que sa bonne foi n'est absolument pas mise en cause dans cette affaire-là, et je pense que c'est important de le redire encore une fois. Je pense qu'il est important, à cet effet-là, de dire qu'il s'agit d'un dossier qui est éminemment complexe et un dossier qui — je veux faire attention à ce que je dis; en même temps, je veux dire ce que j'ai à dire — un dossier où les aspects politiques du dossier peuvent être facilement captés par les aspects techniques ou technologiques et un dossier, donc, à partir duquel on peut facilement perdre le contrôle politique de ce qui se passe sous le couvert de discussions éminemment complexes sur lesquelles...

J'ai entendu le Dr Lamontagne même dire: Écoutez, moi, j'ai de la misère à me retrouver sur l'Internet. Bon. Imaginez, lorsqu'on parle de système informatique, de la complexité de ce qu'on envisage ici. Le contrôle politique d'un dossier comme ça devient difficile à faire, et c'est peut-être davantage à ce niveau-là qu'on voit peut-être ici un dérapage par opposition... par rapport à la volonté politique dont nous parle M. Legault, et qui n'est pas mis en cause, encore une fois.

● (17 h 10) ●

Et ceci est vrai pour tous. Écoutez, dans tous ces dossiers-là, il y a une longue période d'acclimatation, de compréhension. Je demeure convaincue que ce type de projet est compréhensible pour le commun des mortels et, a fortiori, pour un ministre, mais, justement, il est essentiel que cette compréhension soit bien assise pour savoir de quoi l'on parle et qu'est-ce qu'on est en train de faire et pour s'assurer que derrière un mécanisme complexe on n'est pas en train de passer des modifications politiques très importantes. Et c'est à ce niveau-là, je pense, que ça se passe, et je pense que c'est important de le redire ici.

Votre question, M. Fournier, je vais essayer d'y répondre de la façon la plus claire possible. Le régime

public de soins de santé au Québec aujourd'hui, sauf de très petites exceptions tout à fait marginales, O.K. — on va essayer de parler de prototype — prévoit cette uniformité de traitement pour tous. D'ailleurs, c'est le fondement vraiment inhérent d'un régime universel, c'est-à-dire: tous les Québécois ont le même statut juridique devant le système de santé. Et c'est dans ce sens-là où pour moi ce système-là est aussi important qu'une charte des droits et libertés. De façon concrète, ça se traduit comment? Ça veut dire que la seule chose que l'on doit vérifier pour un Québécois ou pour une personne qui se présente devant un médecin ou à l'hôpital, c'est son éligibilité au système, puisque, une fois qu'on a conclu à l'éligibilité, la couverture est la même pour tous. O.K.? C'est un système éminemment simple, qui veut dire que la carte d'assurance maladie, la carte-soleil, telle qu'on l'a aujourd'hui, donne ouverture aux mêmes services, et la seule chose qu'on doit vérifier, c'est que la carte est valide et que la personne est éligible aux services de santé.

Les mémoires ministériels parlent de la nouvelle carte comme étant une carte qui doit vérifier non seulement l'éligibilité, mais un nouvel élément juridique, qui est celui de la couverture. Ah! Ça veut donc dire que la couverture varierait pour tout le monde? Parce que, si la couverture est la même pour tous, on n'a pas à la vérifier, il suffit que ce soit écrit dans un livre à la RAMQ, que ça nous dise à quoi est-ce qu'on a droit. On n'a pas besoin de faire d'autres vérifications informatiques. C'est seulement à partir du moment où la couverture varie d'une personne à l'autre qu'on a besoin de cette complexité supplémentaire pour aller vérifier la teneur de cette couverture.

Alors, je vous donne un exemple d'implantations de carte à puce en Europe qui sont venues assez tôt. L'Allemagne, qui a adopté une carte à puce pour l'ensemble de ses citoyens, eh bien, en Allemagne, au moment où on a adopté la carte à puce, il y avait 1 700 caisses d'assurance maladie différentes. Ici, on a une caisse, la Régie d'assurance maladie. Alors, dans ce cas-là, donc, cette complexité, ici, où chaque Allemand doit démontrer qui est son assureur, qui est sa caisse, de un, et, de deux, avec une couverture qui peut varier parce que le système est tout à fait différent — on parle de système bismarkien par opposition à un système beveridgien, comme on appelle ici, où la couverture peut varier — est couverte à partir des perceptions sur le salaire des employés, etc. Donc, on a déjà même à l'intérieur d'un système universel une complexité accrue qui peut justifier l'implantation d'une carte administrative.

Ici, au Québec, on n'a pas cette complexité administrative, on n'a pas besoin de carte administrative dans l'état du système de santé actuel. À partir du moment où on veut modifier ce système, là ça devient essentiel d'implanter des systèmes informatiques complexes et des structures pour pouvoir gérer cette complexité, parce que l'on sait que, dès que l'on modifie la structure juridique du système, les coûts administratifs deviennent prohibitifs. Et, de façon à contrôler ces coûts administratifs, il faut mettre en place un système informatique.

Pensez simplement au système bancaire. Est-ce qu'on pourrait envisager un système bancaire

aujourd'hui sans système informatique? Eh non! Pourquoi? Parce que nous avons tous des montants et des types de compte différents. Il y a je ne sais pas combien... On a donc un système administratif complexe qui exige cette structure informatique. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question, M. Fournier?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Prémont.

M. Fournier: Oui. Et, malheureusement, le temps nous étant compté, mon collègue de Notre-Dame-de-Grâce veut aussi participer.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Notre-Dame-de-Grâce.

M. Copeman: Merci, Mme la Présidente. Merci, professeure Prémont, pour votre présentation. Moi, je suis un peu... En tout cas, je suis presque ébranlé par votre — je vous le dis très franchement — présentation et l'échange avec le ministre. Je vais vous dire pourquoi. Vous avez monté, quant à moi, une démonstration, sur la foi de documents, qui m'a convaincu, personnellement, qu'il y a d'autres objectifs possibles qu'un objectif clinique dans l'application de l'avant-projet de loi et le projet de carte à puce, et, sur la foi de la déclaration, des déclarations du ministre, vous avez dit que vous êtes rassurée. C'est votre droit de l'être, évidemment. Mais en même temps vous avez dit au début qu'on a passé le moment où les incantations générales peuvent rassurer le monde, et je dois vous dire que, moi, je ne suis pas rassuré, malheureusement. Je veux vous dire pourquoi brièvement, Mme la Présidente.

J'ai vu dans l'annexe que vous êtes professeure à la Faculté de droit de l'Université McGill depuis 1995, puis c'est autour de ce moment-là que cette même commission parlementaire, Mme la Présidente, était saisie d'un projet de loi qui autorisait le ministre de la Santé d'alors, le Dr Rochon, à fermer sept hôpitaux sur l'île de Montréal. Et j'ai entendu, à peu près probablement dans le même siège, le ministre d'alors, main sur le coeur, nous dire à nous — parce que j'avais un comté touché par cette fermeture d'hôpital — que les fermetures d'hôpitaux étaient pour financer, mieux financer les soins à domicile, que les économies engendrées par les fermetures de ces milliers de lits et de ces demi-douzaines d'hôpitaux étaient pour être investies dans les soins à domicile.

Non seulement le ministre d'alors, le Dr Rochon, a dit: On va financer les soins à domicile au même niveau qu'Ontario, on va même dépasser Ontario dans les investissements que nous allons faire dans les soins à domicile. Mais là on est à 66 \$ per capita, dixièmes au Canada, pendant que la moyenne canadienne est 83 \$ par personne, et l'Ontario se situe à peu près dans la moyenne canadienne. Non seulement est-ce que nous n'avons pas dépassé Ontario dans ces investissements-là, mais on traîne toujours la patte. Ça, c'est sur la foi, les déclarations d'un ministre du gouvernement ici, en commission parlementaire, comme quoi que lui va investir les économies engendrées par les fermetures d'hôpitaux dans les soins à domicile. Malheureusement,

peut-être que le ministre de la Santé n'avait pas consulté le président du Conseil du trésor avant de dire ça ou peut-être qu'il n'avait pas l'appui de ses collègues ministres, parce que ça ne s'est pas réalisé. Alors, je dois vous dire que, pendant que le ministre nous dit: Ce n'est pas mon objectif, moi, mon objectif, c'est l'objectif clinique, ainsi de suite, vous m'avez convaincu du contraire. Et l'expérience que j'ai vécue depuis 1994 me convainc de la justesse de votre argument et me fait excessivement sceptique — et j'espère que le ministre ne le prend pas personnel — quant aux incantations générales du ministre ici, en commission parlementaire, auxquelles vous avez fait référence dans votre présentation.

Mais je veux vous amener à la page 11 de votre mémoire parce que vous parlez, entre autres, des mémoires que vous avez analysés. Vous êtes avocate, vous êtes professeure de droit. Mais, à la page 11, vous parlez d'un amendement contenu dans l'avant-projet de loi à la Loi sur l'assurance maladie, et, semble-t-il, vous dites — je cite votre texte: «L'ampleur du glissement éclate au grand jour lorsque la Loi sur l'assurance maladie est modifiée de sorte que la personne passe du statut d'assuré du régime à celui de simple inscrit à la RAMQ.» Et vous donnez la référence: la section II de la Loi sur l'assurance maladie, intitulée Personne assurées, devient Inscription à la Régie — article 95 de l'avant-projet de loi.

J'aimerais bien vous entendre là-dessus. Est-ce que c'est la seule place dans la Loi sur l'assurance maladie où ce terme est remplacé? Et quel est, selon vous, l'impact de cet amendement dans l'avant-projet de loi, semblait-il, excessivement anodin? Le ministre va nous dire que c'est probablement un amendement de concordance. Ça, je l'ai déjà entendu aussi, hein? Quand les ministres... En tout cas, on s'en passera. Mais j'aimerais vous entendre un peu plus là-dessus.

• (17 h 20) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme Prémont, je vous signale qu'il nous reste deux minutes, une minute et demie environ; deux minutes.

Mme Prémont (Marie-Claude): Bon. Alors, je ne sais pas par quel bout je devrais commencer. J'aimerais dire qu'il faut être correct pour le ministre Legault aussi. Le ministre Legault arrive, et ces projets, ce programme ont été mis en place sans la présence du ministre Legault. Mon objectif en tant que simple universitaire ici est simplement de le dire, que les membres de la commission soient au courant, que les membres de l'Assemblée nationale soient au courant et qu'ils puissent maintenant être débattus ouvertement. Je ne sais pas s'il me reste une minute pour répondre à la question.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, vous pouvez compléter, madame.

Mme Prémont (Marie-Claude): En ce qui concerne les éléments que j'ai apportés à la page 11 et suivantes, ce sont des éléments qui indiquent, à mon avis, des modifications très importantes qui sont faites et très significatives. Lorsque vous prenez l'exemple du numéro d'assurance maladie, peut-on

imaginer aujourd'hui un numéro d'assurance maladie pour quelqu'un qui n'est pas un assuré de la RAMQ, hein? Eh bien, non. Prévoir le contraire est un illogisme. Mais ce n'est pas vraiment un illogisme parce que, justement, ce que l'on anticipe, c'est autre chose, encore une fois. Ce projet de loi est fondé sur une prémisse qui dit: La Loi sur l'assurance maladie, la Loi sur l'assurance-hospitalisation va être changée, et c'est dans ce sens-là où je dis que c'est une insulte à l'Assemblée nationale parce que l'Assemblée nationale n'a jamais eu l'occasion de se prononcer sur cette question. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci. Alors, je remercie infiniment Mme Prémont d'avoir accepté de participer à cette commission. Je remercie tous les membres et j'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Fin de la séance à 17 h 22)