



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 19 mars 2002 — Vol. 37 N° 45

**Consultation générale sur l'avant-projet
de loi sur la carte santé du Québec (6)**

**Présidente de l'Assemblée nationale:
Mme Louise Harel**

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
Télocopieur: (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 mars 2002

Table des matières

Auditions (suite)	1
Association des hôpitaux du Québec (AHQ)	1
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	9
Chambre de commerce du Québec (CCQ)	18

Intervenants

Mme Denise Carrier-Perreault, vice-présidente
M. Gilles Labbé, président suppléant

M. François Legault
M. Jean-Marc Fournier
M. Rémy Désilets
Mme Julie Boulet

- * M. Jean-Paul Cadieux, AHQ
- * M. Laurent Boisvert, idem
- * M. Renald Dutil, FMOQ
- * M. Jean Rodrigue, idem
- * M. Pierre Belzile, idem
- * M. Michel Audet, CCQ
- * Mme Louise Marchand, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 19 mars 2002

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

(Neuf heures trente-trois minutes)

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, nous avons donc quorum, et la commission va donc débiter ses travaux.

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

La Secrétaire: Il y a M. Fournier (Châteauguay) qui continue à agir en remplacement de Mme Rochefort (Mercier) pour ce dit mandat.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, merci, Mme la secrétaire. Alors, ce matin, nous rencontrons trois groupes. Je vous rappelle que la commission des affaires sociales est réunie afin de poursuivre 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 rencontrons donc sur ce mandat ce matin trois groupes: nous allons rencontrer l'Association des hôpitaux du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Chambre de commerce du Québec. Notre mandat se terminera donc à midi trente, 12 h 30.

Auditions (suite)

J'inviterais donc l'Association des hôpitaux du Québec à bien vouloir se présenter ainsi que la personne qui l'accompagne, le représentant principal. Je vous rappelle, messieurs, que vous avez 20 minutes pour nous exprimer votre pensée, et, par la suite, nous aurons 40 minutes d'échange avec chacun des groupes parlementaires: 20, 20.

Association des hôpitaux du Québec (AHQ)

M. Cadieux (Jean-Paul): Alors, mon nom est Jean-Paul Cadieux, et je suis président de l'Association des hôpitaux du Québec, et je suis accompagné du Dr Laurent Boisvert, qui est adjoint au vice-président exécutif et responsable des affaires clinico-administratives et qui me secondera durant la période des questions.

Alors, M. le ministre, Mmes, MM. les députés, Mme la Présidente, l'avant-projet de loi a fait couler beaucoup d'encre depuis le début des travaux parlementaires. Les objections ont été multiples et parfois sérieuses, mais notre point de vue va peut-être paraître un peu dissonant, dans le sens que, pour l'Association des hôpitaux, il est fondamental, il est urgent d'investir pour moderniser le réseau de la santé et des services sociaux. En ce sens, l'Association se dit favorable au projet de loi d'une carte santé considéré en soi et dans sa raison d'être.

Mais, attention, la seule implantation de la carte santé ne saurait pas suffire; en parallèle, il va falloir obligatoirement réaliser la modernisation des dossiers cliniques dans les établissements puis intégrer les

technologies de l'information à l'intérieur d'une vision claire et d'ensemble. La carte santé n'est pas une fin en soi, mais strictement qu'un moyen pour donner accès aux renseignements cliniques nécessaires au suivi des patients dans le réseau, et ça, il ne faudra jamais l'oublier.

C'est bien sûr qu'un projet de loi comme celui-là suppose des investissements substantiels qui, compte tenu des immenses besoins en santé, peuvent paraître non prioritaires. Selon ce qu'on peut voir, nous doutons que le bon moment d'aller de l'avant soit jamais au rendez-vous. Alors, on est devant des choix à faire. Quels choix, quelles priorités d'actions est-ce que nous allons devoir, au Québec, mettre de l'avant en matière de santé et de services sociaux? Pour l'Association des hôpitaux du Québec, il est évident que l'investissement fait dans la modernisation du réseau et dans les technologies de l'information est un investissement rentable et indispensable, à la fois pour améliorer la prestation des soins et des services et pour faire des gains d'efficience dans le système en favorisant notamment le réseautage entre les différents acteurs. Pour cela, le ministère de la Santé et des Services sociaux devra parallèlement assurer la mise en place des technologies permettant la modernisation des dossiers médicaux dans les établissements afin de faciliter le partage et la circulation des informations.

Nous l'avons dit, il serait illusoire de penser que la seule mise en place de la carte, sans qu'elle soit accompagnée de cette modernisation, permettra d'améliorer la prestation des soins et des services. La carte santé donc n'est rien d'autre qu'une clé pour donner accès à des systèmes d'information. Si ces systèmes sont inexistants ou ne se parlent pas d'un établissement à l'autre, il n'y a pas lieu d'investir dans la carte santé, si utile puisse-t-elle être. Il saute aux yeux que le projet pris dans sa globalité est complexe, ambitieux et, oui, certainement onéreux.

Ceci étant dit, nous émettons tout de même notre désaccord avec certaines des composantes du projet. Mais, puisque nous donnons notre appui général à l'avant-projet de loi et au concept plus large de modernisation du réseau, nous proposons très objectivement quelques suggestions de modifications ayant pour but à nos yeux de bonifier l'utilisation de la carte santé et susceptibles d'assurer l'atteinte des objectifs d'amélioration de la prestation des soins et de services.

Nous ne reprendrons pas l'ensemble des commentaires formulés dans notre mémoire, mais nous insisterons plutôt sur trois éléments. D'abord, en ce qui concerne la réglementation, il nous apparaît à tout le moins inquiétant que, dans un avant-projet de loi qui s'adresse à la collecte et à la transmission de renseignements personnels hautement sensibles, le législateur se soit gardé une marge de manoeuvre aussi grande par voie de réglementation. En effet, nous retrouvons dans plusieurs articles de la loi un tel droit de réglementation qui peut affecter singulièrement la portée de la loi pour

les utilisateurs de la carte d'habilitation, la collecte des données, etc.

Nous pensons que la loi doit prévoir plus précisément son application et que, si des règlements doivent être prévus, ces derniers devront être définis clairement avant l'application de la loi. Par ailleurs, nous croyons nécessaires qu'il y ait le moins de règlements possible dans l'application de cette loi, de sorte que les modifications éventuelles devront faire l'objet d'un processus d'amendement à une loi et non d'un autre règlement. Compte tenu de la nature de ce qui est en cause, il nous apparaît donc nécessaire que ce soit l'Assemblée nationale qui soit saisie de tout projet de modification.

Deuxièmement, en ce qui concerne le contenu du résumé des renseignements de santé, nous disons être en accord avec les rubriques inscrites aux résumés des renseignements de santé, à l'exception toutefois des diagnostics confirmés et des antécédents personnels, médicaux et chirurgicaux, ainsi que des résultats de laboratoire et d'imagerie médicale. Nous croyons que ces renseignements plus sensibles, bien qu'ils doivent être disponibles aux professionnels qui traitent les patients et que la carte santé demeure le meilleur moyen pour y avoir accès, ne doivent cependant pas être concentrés dans la banque de la RAMQ, pour des raisons de sécurité quant à leur utilisation. Le cloisonnement de l'information demeure, lorsque cela est possible, une avenue valable pour assurer la protection des renseignements personnels et l'utilisation qui peut en être faite.

Précisons que ces renseignements se retrouvent actuellement dans les dossiers des établissements et des cliniques. Nous sommes en désaccord avec l'idée de concentrer l'information ailleurs. Nous proposons plutôt que la carte santé soit développée pour permettre d'accéder à ces dossiers en temps et lieu et selon les besoins. La carte devra permettre d'organiser la circulation des informations dans les réseaux locaux, sous-régionaux ou régionaux en précisant le parcours de services et en permettant à l'intervenant d'avoir accès aux dossiers tenus dans les établissements.

● (9 h 40) ●

En lieu et place de la concentration, nous redisons plutôt que le développement et l'implantation de la carte santé deviennent un moment propice et privilégié pour moderniser l'ensemble du réseau public et privé en regard de la gestion des dossiers dans les différents lieux de dispensations des soins et des services. Nous le rappelons encore, les bénéfices escomptés par la mise en place de la carte santé ne seront pas au rendez-vous sans cette modernisation, si ce n'est les gains d'amélioration de la gestion des programmes de la RAMQ, un objectif qui demeure, bien sûr, légitime et valable en soi.

En ce qui concerne les rubriques du résumé des renseignements de santé, la médication nous semble être le renseignement le plus urgent à rendre disponible dans le cadre du déploiement de la carte santé. La connaissance rapide, précise et à jour de la médication utilisée par un patient permet d'éviter des erreurs, des interactions dangereuses, voire permettre une utilisation optimale du médicament.

Concernant enfin le comité de surveillance, il ne nous apparaît pas utile de constituer un nouveau comité de surveillance, surtout du fait qu'il serait à la fois juge

et partie. Nous croyons que le mandat décrit à l'article 74 peut et doit être rempli par la Commission d'accès à l'information. À l'article 91, il est d'ailleurs prévu que ladite Commission puisse intenter une poursuite pénale en cas d'infraction. Cette Commission doit faire rapport de ses activités à l'Assemblée nationale et jouit de pouvoirs d'enquête quasi judiciaires. Elle a donc tous les attributs et les pouvoirs nécessaires pour assurer le respect des règles de sécurité et de confidentialité que doivent rencontrer, d'une part, les détenteurs d'une carte d'habilitation et, d'autre part, la RAMQ, dans la gestion de la banque de données instituée avec le développement et l'implantation de la carte santé. Par conséquent, il nous apparaît que les articles 75 à 81 ne sont plus nécessaires, la Commission devant plutôt mettre en place les moyens utiles afin de répondre au mandat confié. Le gouvernement doit cependant convenir de rendre disponibles les ressources requises dans l'exercice de cette importante fonction.

En résumé, l'Association des hôpitaux réitère que le moment est venu d'investir pour moderniser le réseau de la santé, car nous redisons qu'il n'y aura jamais de bon timing pour procéder à cette modernisation. Il faut donc considérer l'argent requis par ce projet comme un investissement indispensable et prioritaire pour améliorer la prestation des soins et des services et pour faire des gains d'efficience dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il faudra bien sûr de la détermination et du courage à ceux et celles qui feront de cet objectif une priorité pour l'avenir. Je vous remercie de votre attention et nous sommes maintenant disposés pour les questions.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, merci, M. Cadieux. Nous allons passer à la période d'échange. Alors, M. le ministre.

M. Legault: Merci, Mme la Présidente. Bon, d'abord, je voudrais remercier M. Cadieux et puis le Dr Boisvert d'être ici avec nous, ce matin, de nous avoir soumis aussi un excellent mémoire. Je suis content aussi de voir que l'Association des hôpitaux du Québec est favorable au projet de carte santé. Même si vous proposez certaines modifications, vous nous dites que c'est un projet — je reprends vos mots — «rentable et indispensable».

Concernant les pistes de modifications intéressantes que vous nous proposez, d'abord, vous nous dites que vous êtes d'accord avec le résumé de renseignements de santé, mais vous avez des modifications à proposer, là, concernant les informations qui devraient être incluses, puis, entre autres, vous nous dites que vous n'êtes pas d'accord pour y mettre les résultats de laboratoire. Je voudrais mieux comprendre pourquoi vous ne souhaitez pas voir apparaître les résultats de laboratoire, si j'ai bien compris, là, et quelles sont les autres modifications que vous proposez au résumé par rapport à ce qui est proposé dans l'avant-projet de loi?

M. Cadieux (Jean-Paul): Je vais laisser le Dr Boisvert répondre à votre question, M. le ministre.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Bien, comme on l'a mentionné, actuellement, ce qui nous apparaît prioritaire, de un, c'est la médication, et ça nous apparaît également prioritaire du fait que, pour obtenir ce renseignement-là de façon juste et à jour, ça va prendre une banque centralisée. Ça, on en convient.

Par ailleurs, comme on l'a mentionné, la question des diagnostics et des résultats sont déjà des renseignements qui se retrouvent dans les dossiers soit des cliniques ou encore, et de façon encore plus importante, au niveau des hôpitaux. Et ce que nous proposons, c'est qu'en mettant en place la carte santé, en modernisant la gestion des dossiers dans ces établissements-là, la carte pourrait donner accès à ces renseignements-là sans que ces renseignements-là, qui sont les plus sensibles, soient centralisés, ce qui a fait l'objet de nombreuses oppositions de la part de plusieurs, plusieurs organismes. Et on pense que les technologies sont actuellement disponibles pour permettre la réalisation d'un tel objectif de façon relativement rapide, alors que de développer les technologies et mettre en place les moyens pour centraliser les résultats de laboratoire ou d'imagerie médicale, au moment où on se parle, c'est beaucoup plus complexe et ça prend beaucoup plus de temps.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le ministre.

M. Legault: Oui. Donc, si je comprends bien, vous nous dites: On devrait avoir certains renseignements, comme la médication, qui devraient être dans une banque centralisée, mais d'autres renseignements, comme l'imagerie médicale, qui devraient rester dans chaque établissement. Or, les spécialistes qu'on a consultés, comme CGI ou Cognicase, nous disent que, pour assurer la confidentialité et la protection des renseignements personnels, il faut avoir une centralisation des données.

Vous nous dites aussi, dans votre mémoire, que le cloisonnement de l'information demeure, lorsque c'est possible, une avenue valable pour assurer la protection des renseignements personnels et l'utilisation à en être faite. Est-ce qu'on doit déduire que, si on arrivait à la conclusion qu'au niveau technique la seule façon de protéger les renseignements, c'est d'avoir une banque centralisée, vous seriez d'accord pour qu'on ait une banque centralisée, donc un fichier qui est central, très bien protégé mais central?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Si les technologies permettaient de faire les deux, c'est-à-dire, d'une part, permettre le cloisonnement et la sécurité de façon aussi sûre que la banque centralisée, on opérerait quand même pour le cloisonnement. Si on nous dit que, technologiquement, ce n'est pas possible d'assurer le niveau de sécurité nécessaire pour protéger de genre de renseignements là et qu'on démontre que la centralisation est le seul moyen sécuritaire, bien, on étudierait certainement de façon sérieuse l'hypothèse de centraliser lesdits renseignements.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Legault: D'accord. Maintenant, vous nous dites... Bien, c'est-à-dire, j'aimerais vous entendre sur... On nous pose des questions, là. Pas plus tard que tantôt, il y a certains journalistes qui me demandaient: Quelles sont les étapes qu'on devrait avoir à franchir, là, dans les prochaines semaines, les prochains mois ou les prochaines années? Est-ce que vous pensez qu'on devrait continuer l'expérimentation dans certains secteurs plus pointus ou on devrait rapidement aller vers une généralisation de l'implantation de la carte santé? Comment vous voyez, de façon pratique, concrète, les prochaines étapes qu'on devrait franchir?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Je pense qu'il est essentiel, pour assurer le succès et l'utilisation de la carte santé, que, lors de son implantation, elle soit cliniquement utile et non seulement une carte qui va soit gérer, aider à gérer, à faire une gestion plus moderne des programmes de la RAMQ ou encore avoir seulement, par exemple, les données démographiques du patient. Il va falloir, à nos yeux, que, si on veut — parce qu'on veut en faire un objet clinique important pour réseauter l'ensemble des établissements — donc, si on veut assurer ce succès-là, il va falloir que, cliniquement, dès son implantation, la carte soit utile de ce côté-là. Exemple, avec effectivement la médication que prend le patient qui est actuelle, mise à jour, qui serait, je pense, un atout très important à tous les niveaux dans le réseau. Donc, il faut s'assurer que cette technologie-là, dès le départ, soit disponible lorsque la carte va être utilisée.

Parallèlement à ça, je vous dirais que, comme on... puis de façon cohérente à ce qu'on vous a présenté, d'ailleurs, tout en développant cette technologie-là, aller de l'avant avec la modernisation de la gestion des dossiers cliniques dans les établissements de sorte que, et de façon progressive dans différentes sous-régions ou régions, il y ait déjà des réseaux qui soient, qui puissent être développés lors de l'utilisation ou de l'implantation plus généralisées de la carte.

L'expérimentation, je pense, les technologies sont là, il s'en est fait, des formes d'expérimentation; il y en a déjà, des réseaux ou des petits réseaux qui sont mis en place, si on pense à Brome-Missisquoi-Perkins. Il y a une technologie qui est implantée à Saint-Eustache où les dossiers sont numérisés, l'information pourrait être accessible, mais, pour ça, on a besoin d'un outil qui va gérer le consentement des patients et qui va assurer la sécurité de la transmission des informations. Et c'est en ce sens-là que la carte santé nous apparaît un moyen qui est tout à fait indispensable.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

• (9 h 50) •

M. Legault: Oui. Maintenant, concernant le choix de l'utilisateur de voir des renseignements ou non être inclus dans son résumé pour des fins cliniques, vous semblez partager, là, le principe que plusieurs nous ont

proposé de l'«opting out». Est-ce que vous nous proposez de ne pas laisser le choix du mode de consentement à l'usager? Quelle est votre proposition exactement concernant le fait d'avoir ou de laisser la possibilité à un patient de ne pas avoir un dossier complet sur son résumé de renseignements?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Ce qu'on vous propose — et d'ailleurs vous le retrouvez dans notre mémoire — on est d'accord avec l'option de l'«opting out». Cependant, on est aussi d'accord avec la notion du tout ou rien. On est d'accord avec le résumé de santé. On est d'accord avec l'ensemble des... le patient est d'accord avec l'ensemble des rubriques et des rubriques complètes. Il pourrait y avoir des modifications à temps déterminé et fixe pour modifier le contenu du résumé de renseignements, mais le résumé est complet si on adhère à la carte santé ou au résumé plutôt.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Legault: Parfait. Maintenant, une dernière question. Concernant l'importance d'informatiser tous les établissements de santé en même temps qu'on fasse l'implantation de la carte santé, bon, je suppose que vous faites surtout référence peut-être aux cliniques, qui sont moins informatisées. Est-ce que vous proposez un partage des coûts avec les médecins ou est-ce que vous proposez que le gouvernement soit responsable d'acheter des ordinateurs à tout le monde, incluant dans les cliniques privées? Comment vous voyez, là, quand vous nous dites: C'est important d'être informatisé... Je suppose que, dans la majorité des hôpitaux, on l'est, informatisé. Mais qu'est-ce que vous voulez dire, là? Vous savez que, cette année, on a, entre autres, alloué aussi 30 millions pour l'informatisation, là, dans les laboratoires. Est-ce que vous pourriez un petit peu élaborer sur l'importance, là, de bien informatiser tout le réseau en même temps qu'on fasse l'implantation de la carte santé?

M. Boisvert (Laurent): Je vais juste reprendre...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Oh pardon! Je vais juste reprendre peut-être une affirmation. Oui, il y a de l'informatisation dans les établissements et dans les hôpitaux. Mais, en ce qui concerne le dossier médical, on n'est peut-être pas à la préhistoire, mais pas bien, bien plus loin que le Moyen Âge. Donc, il y a, là aussi, beaucoup de travail à faire. Ça, c'est certain. Il y a de l'équipement informatique, mais tout le travail d'informatisation, il n'y a presque rien de fait au Québec de ce côté-là. Effectivement, les cliniques privées, c'est peut-être encore plus primaire.

Moi, je pense qu'il y aurait moyen de développer un partenariat avec les médecins et le

gouvernement quant à l'informatisation parce que c'est des équipements qui peuvent être utiles pas seulement à l'informatisation des renseignements, mais ça peut être aussi utile en pratique médicale évidemment, et c'est de plus en plus utilisé. Donc, je pense qu'il pourrait y avoir un partenariat possible, d'autant plus que, dans les cliniques, on doit tenir des dossiers médicaux et il y a des frais pour tenir ces dossiers-là qui pourraient être récupérés d'une certaine façon en informatisant. Je ne parle pas d'autofinancement bien évidemment, mais ça pourrait quand même représenter une économie pour les cliniques, surtout les plus importantes.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Legault: Je m'excuse, j'aurais peut-être une vraie dernière question. Surtout dans les hôpitaux — bon, les hôpitaux que vous connaissez bien — est-ce que vous pensez quand même qu'actuellement, avec l'état du parc informatique qu'on retrouve dans la majorité des hôpitaux, est-ce que vous pensez que c'est possible d'implanter la carte santé? Et comment vous voyez cette implantation-là si ce n'est pas possible? Qu'est-ce que ça suppose comme ajustements dans le parc informatique, selon votre connaissance du dossier?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): C'est définitivement possible de faire l'implantation de la carte santé avec le parc informatique qu'il y a dans les hôpitaux. Ça, il n'y a pas de doute là-dessus parce que, si on regarde à l'intérieur des hôpitaux, l'utilisation qui va être faite de la carte santé, ça va être dans des points précis et relativement limités.

Ce ne sera pas une utilisation très large dans les établissements parce qu'une fois que le patient va circuler à l'intérieur du centre hospitalier, entre autres par exemple pour une hospitalisation, une fois que le patient va être admis, la carte santé, elle ne sera plus utilisée à toutes fins pratiques dans l'établissement autrement que peut-être à son arrivée, son départ, clinique externe, urgence, accueil, admission. Ça va être quand même relativement limité en termes de modifications du parc informatique pour permettre l'utilisation de la carte santé.

M. Legault: Parfait. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, je laisserais maintenant la parole au député de Châteauguay. M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. Bienvenue aux gens de l'AHQ. Toujours intéressant d'avoir un point de vue de la part des hôpitaux à l'égard de la carte santé. Incidemment, vous avez décrit, et je vous en remercie, une façon dont pourrait être utilisée la carte, c'est-à-dire à l'entrée, puis après ça, bien, tout l'épisode de soins va se faire sur le même consentement. Je dois vous dire que plusieurs groupes sont venus nous dire qu'il n'avaient aucune idée, en lisant l'avant-projet

de loi de... ils n'étaient pas capables de visualiser comment ça pourrait fonctionner.

Alors, je comprends que, pour vous, vous avez eu une séance particulière avec la RAMQ qui vous a dit ce qu'il y avait vraiment là-dedans, ça semble clair que le consentement sera initial et que, peu importe le nombre d'intervenants qui viendront dans l'épisode de soins, on ne réutilisera plus la carte d'accès. Peut-être est-ce qu'on réutilisera la carte d'habilitation, ça, vous nous en parlerez peut-être tantôt, mais je voulais juste souligner que, jusqu'ici, les gens étaient plutôt... ne savaient pas trop comment la mécanique était pour fonctionner. On pourra en reparler peut-être tantôt.

Je voudrais juste, pour le point de départ, essayer de resituer votre présentation dans le cadre de l'avant-projet de loi. Vous nous dites que vous êtes favorables à l'avant-projet de loi, mais vous y voyez un certain nombre de modifications qui, à mon sens, m'amèneraient plutôt à dire que vous êtes d'accord avec l'idée avec laquelle tout le monde est d'accord: il faut partager les informations de ses patients. Mais, sur la méthode, sur l'objet même, l'avant-projet de loi, à son article 1, parle de l'objet de l'avant-projet de loi. L'objet c'est: une carte santé, une carte d'habilitation et un résumé de renseignements de santé.

J'écoute ce que vous nous avez dit, vous êtes contre une concentration à la RAMQ, c'est un des éléments majeurs de l'avant-projet de loi. Vous ne favorisez pas un résumé de renseignements de santé discrétionnaire, c'est-à-dire dans lequel le patient fait un peu, là, du magasinage de ce qu'il veut mettre dedans ou pas.

Vous semblez aussi, et ce sera le sens de ma question, vous semblez aussi être favorables à une carte qui donne accès, je dirais, à la Sicotte — puisque c'est lui qui est venu nous en parler — c'est-à-dire une carte fureteur qui permet d'aller vers les dossiers des établissements, vers les dossiers complets, et non pas une carte qui donne uniquement accès à un résumé de renseignements de santé. Et c'est à cause de ça que vous nous dites qu'il est urgent d'investir pour moderniser, étant entendu que, si la carte nous amène non pas vers un centre qui est la RAMQ, mais d'aller vers l'ensemble des établissements, bien évidemment, il faut qu'eux soient équipés pour supporter la demande.

J'en conclus que vous êtes favorables, comme tout le monde, à ce qu'il y ait un partage d'information, mais que, sur la méthode telle qu'avancée par l'avant-projet de loi, ce n'est pas tout à fait si évident. Précisez-moi si, effectivement, vous êtes favorables. Parce que je crois comprendre que vous êtes pour tout, finalement: Oui, j'aimerais ça, avoir le résumé de renseignements de santé, mais je veux aussi avoir la possibilité d'utiliser la carte pour aller vers les dossiers complets qu'on retrouve notamment dans les établissements.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): On pense que l'un ne va pas sans l'autre. Modernisez dans les établissements. Par exemple, numérisons l'ensemble des fonds d'archives, comme il a été fait, par exemple, à Saint-Eustache, où tous les dossiers sont maintenant

informatisés. Faisons cela dans tous les hôpitaux. C'est très intéressant à l'intérieur de l'hôpital, comme c'est très intéressant à Saint-Eustache, mais ça ne permet à personne d'avoir accès à l'information à l'extérieur du centre hospitalier parce qu'on n'a pas un outil qui gère le consentement du patient et qui assure la sécurité de la transmission des informations. Et c'est ce que nous permet, selon nous, la carte santé.

C'est sûr qu'on met des bémols sur, par exemple, le résumé de renseignements de santé, mais c'est quand même des bémols. On dit, dans l'avant-projet de loi, que le résumé de renseignements de santé pourra contenir... Il y a un ensemble de rubriques. On n'est pas d'accord avec un certain nombre de rubriques, on pense qu'on peut faire autrement, à la Sicotte, comme vous avez dit. Mais il y a un élément cependant qui, lui, est majeur et que, si on veut y avoir accès... puis on va reprendre ce qu'on a présenté, c'est la médication. Quand même que je numérise les dossiers dans les établissements, je n'aurai pas accès à la médication qu'un patient prend, complète, juste et à jour.

Effectivement, on suggère que, dans un projet de loi éventuel — puisque c'est un avant-projet de loi — dans le projet de loi éventuel, le patient opte pour un résumé complet et non pas, comme vous l'avez bien mentionné, effectivement, faire un peu de magasinage. Je vais mettre ce renseignement-là... Parce qu'il faut s'assurer quand même, lorsqu'on est en clinique, que les renseignements qui sont là, on puisse s'y fier. Ça ne nous enlève pas l'obligation de faire notre travail comme médecins et de s'assurer qu'on a tous les renseignements avant d'agir.

● (10 heures) ●

Donc, c'est pour ça qu'on en arrive à la conclusion que, étant donné que, de toute façon, c'est un projet qui va s'étendre sur un certain — on n'a pas le choix — sur un laps de temps quand même relativement... pas très long, mais quand même une certaine durée, on devrait avancer en parallèle. Mais, pour nous, c'est clair, l'un ne va pas sans l'autre.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Il est entendu, on se comprend bien, que l'avant-projet de loi n'envisage aucunement l'accès au dossier complet. Le choix qui a été fait, c'était du résumé de renseignements de santé. Vous dites qu'il va s'agir d'investissements substantiels, qu'il y aura un délai pour l'implantation. On connaît l'expertise de l'AHQ, notamment en termes de chiffres. On sait combien, à chaque année, on reçoit de la documentation pour savoir ce qu'il va manquer durant l'année, et, assez généralement, à chaque début d'année, lorsque les crédits arrivent, l'AHQ est en mesure de dire quels seront les déficits à la fin de l'année, et, effectivement, le chiffre est toujours exact, parce que ce n'est pas un déficit dû à des administrateurs, c'est dû au sous-financement qui est dénoncé dès le début de l'année. On va sûrement assister encore à ce genre d'opération très bientôt, dans les prochaines semaines.

Mais, puisque vous avez cette expertise comptable sur le système et puisque vous nous encouragez, vous encouragez le gouvernement à aller de l'avant avec

cet investissement, vous dites même que c'est ambitieux, qu'il faut le faire, pouvez-vous me dire à combien il s'élève? Et je vais me limiter évidemment aux hôpitaux, je ne peux pas vous demander ça va coûter combien pour les cliniques, puis tout ça. Mais la modernisation à laquelle vous nous conviez va représenter quel montant d'argent? Et dans quelle période de temps, justement, vous voyez l'implantation de la carte avec l'usage à la Scotte et l'argent investi?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Bien qu'on nous reconnaisse une certaine expertise dans l'évaluation, je dois vous avouer bien franchement qu'on n'a pas fait d'évaluation comptable d'une opération de ce type-là. Ça dépend d'un très grand nombre de facteurs, du type de technologies qui seraient adoptées et... faire d'abord et avant tout l'inventaire de l'ensemble du parc informatique de l'ensemble des établissements. Ce serait très osé de ma part d'avancer quelque chiffre que ce soit, sauf que, en regardant certaines opérations d'informatisation qui se sont faites dans quelques centres hospitaliers dans ce domaine-là, on peut certainement penser que la modernisation ou la... Exemple, la numérisation des parcs d'archives de l'ensemble des établissements du Québec se situerait probablement certainement à un minimum de 200 millions. Cependant, ce type d'opération qui s'est réalisée dans les centres hospitaliers a permis des récupérations intéressantes.

M. Fournier: Quand vous parlez de...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Excusez-moi, Mme la Présidente. Quand vous parlez du 200 millions, c'est un 200 millions qui s'ajoute aux 159 millions envisagés par le gouvernement pour l'implantation de la carte. C'est ce que vous nous dites?

M. Boisvert (Laurent): Évidemment.

M. Fournier: Et, évidemment, vous nous dites, sans vraiment le savoir, à peu près ces montants-là.

M. Boisvert (Laurent): C'est très grossier.

M. Fournier: Vous comprendrez qu'il est toujours délicat pour des décideurs de pouvoir voir si c'est courageux et ambitieux de poser un geste et d'aller de l'avant sans avoir les chiffres exacts. Tant qu'à moi, je le dis comme ça, j'imagine que vous nous appuyez dans nos démarches pour demander au ministère de nous le faire savoir, parce que eux l'ont envisagé, et, dans la partie confidentielle du mémoire, il y a eu une évaluation des coûts, et ça peut être intéressant autant pour vous que pour nous pour établir si c'est bien une priorité d'aller là-dedans.

Maintenant, j'ai une autre question. Avec ces coûts, si, d'aventure, le gouvernement insistait pour que l'implantation de la carte à puce ne serve qu'à l'objet qui

a été choisi dans l'avant-projet, c'est-à-dire un résumé de renseignements de santé, ça, est-ce que vous nous conseillez toujours d'aller de l'avant avec ces centaines de millions de dollars? Est-ce que vous considérez encore que c'est utile en termes de priorités dans le domaine de la santé que de choisir d'investir dans ce type de moyen envisagé par l'avant-projet de loi, avec ces centaines de millions de dollars, ou si c'est une condition essentielle à votre appui d'investir en priorité ces centaines de millions qu'il y ait un accès à l'ensemble des dossiers que l'on retrouve dans les établissements?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Cadieux.

M. Cadieux (Jean-Paul): Oui. En fait, pour répondre à la question, il faut regarder le réseau de la santé dans son ensemble. Évidemment, on représente les hôpitaux ici et on sait présentement qu'il y a une bonne partie des problèmes des hôpitaux qui proviennent de déficiences ou de lacunes qu'on constate au niveau de la première ligne, notamment de la première ligne. Or, quand on a parlé d'investissement — c'est bien ce que nous disons dans notre mémoire — quand on parle d'investissement, on parle d'un investissement dans le réseau et on peut dire facilement que les bénéficiaires, les retombées de l'implantation d'un tel système profiteraient non seulement à l'intérieur des établissements mais profiteraient aussi dans l'ensemble du réseau. Et, à ce moment-là, vous savez, quand on regarde présentement qu'est-ce qu'on a fait comme investissement au niveau de l'assouplissement ou de l'amélioration, entre autres de la première ligne, c'est beaucoup plus au niveau de ce que j'appellerais les ressources humaines — d'accord? — qu'est-ce qu'on a fait jusqu'à date, là, de façon significative, en matière d'investissement dit technologique qui, aujourd'hui — on le sait, tout le monde le reconnaît — est une façon d'arriver à améliorer un système. Alors, je pense qu'il faut regarder ça, tel qu'on le dit, comme un investissement dans le réseau pour le bénéfice de l'ensemble du réseau.

Évidemment, on est bien conscients que, dans les hôpitaux, si on améliore la première ligne, on va en bénéficier, nous aussi, au niveau des urgences notamment. Mais, vous savez, si on regarde même les quatre niveaux de soins et de services, ça va servir à chacun de ces quatre niveaux-là.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Je n'ai pas de misère avec cette assertion. Encore faudrait-il, à ce moment-là, se demander quels seront l'ensemble des coûts, pas juste pour les hôpitaux mais pour tous les acteurs de la première ligne, sur l'implantation et définir par la suite quels seront les bénéficiaires. Et cette étude coûts-bénéfices n'a pas encore été, à mon avis, mise sur la table. On peut présumer qu'il y aura des avantages, comme on sait par certitude qu'il y aura des coûts. Mais, pour l'instant, c'est une zone d'ombre. En termes de décideurs, c'est assez difficile pour l'instant de plonger les yeux fermés.

Je reviens à ma question initiale, je ne sais pas si je dois la répéter ou... Vous vous souvenez de la question que j'avais posée?

M. Boisvert (Laurent): Oui...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Merci. Si on s'en tenait strictement aux objets qui sont présentés dans l'avant-projet de loi, est-ce qu'il faudrait procéder sans tenir compte de la modernisation des dossiers? Il faudra qu'on ait un outil qui permette de mettre l'ensemble des acteurs en réseau, et je vous dirais que, pour réaliser les objets de l'avant-projet de loi qui sont là, il faut, et je pense que, de toute façon, c'est prévu dans le projet de mettre en réseau l'ensemble des acteurs. Et, si ce n'était que de réaliser ça, les étapes subséquentes, d'après nous, vont suivre ou vont débiter en cours d'implantation. Donc, je vous dirais que, oui, il faudrait procéder pour assurer... Il va falloir mettre les gens en réseau. Si on veut parler d'un réseau... on parle beaucoup de réseau, mais, quand on regarde, dans les faits, comment ça fonctionne, on n'est pas vraiment en réseau. Et pour assurer un réseau, il faut permettre la transmission de l'information, ou que ce soit un réseau d'entreprise... toute forme de réseau oblige.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Si je comprends bien, vous êtes d'accord avec l'avant-projet de loi parce que ça va vous permettre d'être mis en réseau même si l'avant-projet de loi n'envisage pas de communiquer dans le réseau, communiquer autre chose que le résumé de renseignements de santé. Et, vous, vous dites: Peu importe, nécessité fera loi et, à un moment donné, un gouvernement verra bien qu'il y a d'autres avantages que de simplement diffuser ou accéder à un résumé centralisé à la RAMQ. C'est un peu ça que vous nous dites.

M. Boisvert (Laurent): Exactement, c'est que...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Pardon. Pour mettre de l'avant la carte santé, ça exige la mise en réseau. On ne peut pas réaliser les objets de cet avant-projet de loi là, ne serait-ce en se limitant au résumé de renseignements de santé, sans mettre l'ensemble des acteurs en réseau, que ce soient les pharmacies, les cliniques privées, les CLSC ou les hôpitaux. Donc, ça, ce sera réalisé et, par la suite — vous l'avez dit, nécessité fera loi — quand le réseau sera installé et que le résumé sera là, d'inscrire, et il est prévu de toute façon, le parcours de services qui, lui, donnera accès aux dossiers dans les établissements... il y aura une étape, je pense, importante qui sera déjà mise en place.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Réparlez-moi de la mécanique que vous voyez. Alors, le patient entre à l'hôpital, il a sa carte d'accès, il y a quelqu'un à quelque part, dites-moi c'est qui, qui a la carte d'habilitation. Comment ça fonctionne, là? Il y a un épisode de soins, je ne sais pas, moi, quatre jours.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Bon. On va prendre l'entrée usuelle, c'est-à-dire l'urgence. Le patient se présente à l'urgence, l'infirmière au triage par exemple utilise la carte santé du patient, sa carte d'habilitation. Comme on n'a pas parlé des profils d'accès, on va lui donner un profil d'accès relativement large: la médication apparaît, les données démographiques, l'allergie. On peut prévoir qu'à ce moment-là elle peut produire par exemple une feuille de triage où tous ces renseignements-là sont déjà tous inscrits. Le patient est donc vu par le médecin à ce moment-là, la médication est déjà inscrite, l'allergie, etc. Donc, l'épisode de soins se déroule. Le patient a congé ou est admis. S'il est admis, il est admis, et cette feuille-là, ces renseignements-là sont inscrits au dossier du patient et le patient continue son épisode de soins jusqu'au congé.

● (10 h 10) ●

Si on va dans une modernisation complète du dossier, à la sortie ou au congé du patient de son épisode de soins, le dossier est, dans une hypothèse de numérisation, numérisé, et ce dossier-là devient donc accessible à l'intérieur du réseau pour qui a le profil d'accès pour avoir accès au dossier du patient. Le patient a congé après son épisode de soins, le dossier d'urgence est numérisé, il est repris en charge par le médecin de la première ligne. Il va voir son médecin traitant, le médecin traitant fait la même mécanique. Le résumé de renseignements de santé, selon notre hypothèse avec le parcours de services, donnerait accès au dossier de l'hôpital au médecin traitant qui reçoit le patient, ce médecin-là aurait accès, à ce moment-là, aux informations qui ont été colligées lors de l'épisode de soins du patient à l'urgence. Ça donne un sérieux coup de main au médecin traitant qui revoit le patient quatre jours après.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Alors, le patient arrive au triage, l'infirmière, avec son profil d'accès assez large, pas aussi large que le médecin, probablement... Un document sort, là, qui constitue la première étape du dossier du patient dans cet épisode de soins. Le patient est vu par le médecin, le médecin veut profiter de son profil d'accès un peu plus large que celui de l'infirmière, donc lui ajoute une étape de plus, il sort sa carte d'habilitation et il va chercher le reste qui n'était pas dans le profil d'accès. Et est-ce que lui aussi se trouve à sortir, permettez-moi l'expression, un «print»? Est-ce que les informations qu'il a, qui lui apparaissent à l'écran, possiblement, là, je ne sais pas trop, lui permettent d'insérer une copie papier dans le dossier? Comment ça fonctionne?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Il s'agirait de voir c'est quoi, l'utilité de réimprimer. Possiblement que...

M. Fournier: Par définition, là, l'infirmière a déjà — c'est ce que vous nous avez dit — avec son profil d'accès assez large mais pas aussi large qu'un médecin, fait sortir les informations. Là, j'ai vu que c'était un «print» qui était sorti, là, je peux me tromper. Le médecin prend le dossier, il y a une feuille qui explique, bon, c'est quoi, le profil médical pharmacologique, ta, ta, ta, mais il voit là-dedans qu'il aurait besoin d'aller chercher les autres informations auxquelles l'infirmière n'avait pas accès. Il sort sa carte d'habilitation, va chercher cette information. J'imagine, même technologie à peu près, là, il y a un «print» qui sort de la même façon, quitte à ce que ce soit l'ajout, là, l'annexe ou un petit bout de plus qui vienne s'ajouter, c'est à peu près comme ça que ça fonctionne. Et le patient est admis. Il monte à l'étage, et, à l'étage, le dossier peut donc être vu par les gens de l'établissement: l'infirmière, le médecin, un préposé peut-être? Donc, je comprends bien que le profil d'accès est plus ou moins utile dans la mesure où l'infirmière et le médecin ont sorti un «print» de l'ensemble du résumé, il est dans le dossier, puis le préposé aux soins qui, lui, n'a pas accès au profil, n'a pas le même profil ou pas du tout de profil, lui, il va voir le dossier, le résumé de santé va être dans la fiche d'hôpital.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Dr Boisvert, en deux minutes.

M. Boisvert (Laurent): Oui. Selon nous, une fois que le patient est à l'étage, il n'y a plus d'utilité ni à la carte d'habilitation ni à la carte santé à l'intérieur de l'établissement, puisque les renseignements utiles pour l'épisode de soins sont contenus dans le dossier tel qu'on le connaît aujourd'hui.

M. Fournier: Je comprends bien, mais, à ce moment-là, ne parlons pas d'un profil d'accès différent pour les préposés ou même pour l'infirmière quand les préposés et les infirmières à l'étage ont accès, parce que maintenant c'est rendu un «print» de l'hôpital, au résumé de renseignements de santé qui s'est fait à l'urgence, là. Je comprends qu'il n'y a pas besoin de ressortir la carte d'habilitation, tout est sorti par le médecin à l'urgence, il n'y a plus rien de nouveau si ce n'est que d'ajouter l'instantanéité de ce qui se procède, de ce qui se passe à l'hôpital, là. Comprenez-vous?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le député de Châteauguay...

M. Fournier: Oui.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): ...il vous reste à peine une minute d'intervention. Si vous voulez avoir une réponse, ce serait peut-être intéressant...

M. Fournier: Oui. Ce que je cherche à comprendre dans votre scénario, c'est... Une fois que le médecin à l'urgence, celui qui a le profil le plus large, a sorti le «print» du résumé de renseignements de santé, et donc ce dossier-là se promène partout dans l'hôpital, suivant le patient, ceux qui ont un profil d'accès moindre qu'un médecin dans l'hôpital, avec le même patient, ont accès à l'ensemble du résumé de renseignements de santé.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, ça met fin à votre intervention?

M. Fournier: Bien, oui. Avec tous mes remerciements, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, je vais permettre une réponse au Dr Boisvert.

M. Boisvert (Laurent): Bien, rapidement, les gens qui... par exemple, une infirmière qui n'aurait... ou les préposés qui ont un poste de travail sur une unité dans l'hôpital n'auraient même pas de carte d'habilitation. Ils n'en auraient pas.

M. Fournier: Mais ils auront vu le renseignement parce qu'il est dans le dossier.

M. Boisvert (Laurent): S'il est imprimé dans le dossier et qu'ils ont accès au dossier.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, merci, Dr Boisvert. Je céderai maintenant la parole au député de Maskinongé. Je vous rappelle qu'il reste huit minutes d'intervention à l'équipe ministérielle.

M. Désilets: Merci, Mme la Présidente. Je n'ai seulement qu'une question: Pour vous, à quelle vitesse vous voyez l'implantation de la carte à puce en termes de temps et puis d'une façon un peu... d'une façon réaliste? Vous voyez ça de quelle façon en termes de temps?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Cadieux.

M. Cadieux (Jean-Paul): Il est très difficile, je pense, de répondre à ça d'une façon précise. On a bien dit: On est conscient de ce que ça va requérir en termes d'investissements. Alors, on a bien dit dans notre mémoire: Il va y avoir des choix qui vont devoir être faits. Alors, dépendant des choix, dépendant des niveaux d'investissements, dépendant des possibilités, à partir de ce moment-là, je pense qu'on pourra établir approximativement combien de temps que ça pourrait prendre. Mais, au départ, on ne sait même pas quel peut être l'ordre de grandeur de ces investissements, jusqu'où, et ainsi de suite. Nous, on dit bien que la carte comme telle, qui n'est qu'une clé, qu'un moyen, ne va pas sans la modernisation du réseau. Alors, qu'est-ce qu'on va faire vis-à-vis la modernisation du réseau? Il est bien difficile de répondre à la question: Combien de temps que ça va prendre? avant qu'on sache comment on va procéder au niveau de la modernisation comme telle, je pense.

M. Désilets: Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Je vous remercie. Alors, M. Cadieux, Dr Boisvert, merci pour votre participation aux travaux de cette commission. Je vais suspendre quelques instants pour permettre à l'autre groupe de pouvoir prendre place.

(Suspension de la séance à 10 h 16)

(Reprise à 10 h 17)

Le Président (M. Labbé): Si vous permettez, j'aimerais demander, s'il vous plaît, à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec de bien vouloir prendre place. Nous allons débiter dans quelques secondes.

Nous accueillons maintenant la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Alors, Dr Dutil, merci d'être ici avec votre équipe. Alors, vous savez un petit peu comment cela fonctionne. Alors, vous avez 20 minutes pour présenter votre mémoire comme tel, et, de chaque côté... En fait, nous avons 20 minutes au niveau du côté ministériel et de l'opposition pour vous poser des questions. Alors, sans plus tarder, je vous inviterais donc à présenter les membres qui vous accompagnent et débiter la présentation de votre mémoire.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

M. Dutil (Renald): M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs, d'abord, je présente ceux qui m'accompagnent: à ma gauche, le Dr Jean Rodrigue, qui est directeur général adjoint de notre Fédération et directeur de la planification et de la régionalisation, et, à ma droite, Me Pierre Belzile, qui est un avocat rattaché au contentieux de la Fédération.

Alors, je vous rappelle très rapidement que la Fédération des médecins omnipraticiens représente tous les omnipraticiens dont les médecins de famille qui oeuvrent dans nos CLSC et dans les cabinets privés. Nous nous sentons particulièrement interpellés comme médecins de famille par l'implantation d'une carte Accès santé Québec et, d'entrée de jeu, je puis vous dire que la Fédération convient que le réseau de la santé a tout intérêt à se doter de nouveaux outils technologiques pour soutenir la prestation des services de santé et faciliter l'intégration de tels services. En cette matière, le Québec a pris un certain retard par rapport à d'autres systèmes de santé et, nous, lorsqu'on regarde sur le terrain, on peut vous dire que, par exemple, 80 % des cabinets médicaux privés dispensent des soins médicaux généraux et dispensent... je devrais plutôt dire 80 % de l'ensemble des soins médicaux généraux. Et pourtant aucun cabinet médical n'est actuellement rattaché au Réseau de télécommunications sociosanitaire, ce qu'on appelle le RTSS.

Les médecins de famille veulent exercer une médecine du XXI^e siècle, et nous sommes bien conscients — on nous le rappelle constamment — que les ressources sont restreintes et que des priorités doivent être établies même dans l'implantation des

technologies de l'information. Alors, le projet d'une carte Accès santé dont les finalités ne sont pas uniquement administratives mais aussi et surtout peut-être cliniques nous apparaît être un pas intéressant. La Fédération donc accueille favorablement le projet de carte à microprocesseur. Mais on a quand même plusieurs préoccupations et on a quand même plusieurs questions face à l'avant-projet de loi qui nous a été présenté.

● (10 h 20) ●

Quand nous interrogeons les médecins omnipraticiens sur leurs premiers besoins en matière de technologies, ce qu'ils nous disent très rapidement, c'est qu'ils veulent avoir accès rapidement à la liste des médicaments pris par leurs patients, ils veulent avoir accès à un avis thérapeutique — c'est d'ailleurs une recommandation du comité Montmarquette — et ils veulent surtout obtenir rapidement les résultats des analyses de laboratoire qu'ils prescrivent, ce qu'on appelle dans notre langage technique, là, le dossier requête-résultat: acheminer par voie informatique les requêtes et obtenir, par voie informatique toujours, ces résultats, peu importe l'établissement où le patient a passé cette analyse. Alors, s'il nous faut ordonner une innovation dans le secteur des technologies, on devrait avoir ces priorités en tête de liste. Dit autrement, l'implantation d'une carte santé devra à tout le moins être accompagnée de ces technologies. Alors, il sera possible pour les médecins omnipraticiens d'y percevoir un bénéfice qui va justifier davantage les exigences qui leur seront faites pour la réussite d'un tel projet, car il y en aura, des exigences. Mais, si, au départ, on y perçoit des bénéfices, et pour leur pratique et pour leurs patients surtout, alors là je pense qu'on se donne des conditions de succès.

Il y a deux finalités, comme vous le savez fort bien, recherchées par la carte à microprocesseur: l'une administrative, l'autre clinique. Je vais passer rapidement sur la finalité administrative. Nous ne reprocherons pas au ministère, au gouvernement, à la RAMQ de vouloir exercer un meilleur contrôle sur l'admissibilité des bénéficiaires, c'est normal, en autant qu'on respecte, bien sûr, les citoyens et notre éthique sociale. Mais il est évident que, si la carte Accès santé devait servir uniquement à cela ou principalement à cela, je pense que cette carte serait inutile. Elle serait beaucoup trop coûteuse. On pourrait y arriver d'une autre façon. Et en plus, la carte Accès santé perdrait tout attrait si elle devait devenir un outil de contrôle de la pratique médicale ou de la consommation des services de santé.

La finalité clinique mérite davantage d'intérêt. L'inclusion d'un résumé des renseignements de santé dans le projet de la carte santé nous montre que le gouvernement, je pense, dans ce projet, se soucie de l'utilité clinique de la carte et, à notre point de vue, c'est le principal sinon le seul intérêt de ce projet. Nous avons plusieurs questions à cet égard sur les choix qui semblent être faits dans l'avant-projet de loi, à tout le moins proposés, puisque les décisions finales ne sont pas prises, et sur les conditions qu'il nous faudra répondre également pour qu'on atteigne les objectifs cliniques qu'on veut se donner avec cette carte.

Le résumé des renseignements de santé, d'abord. Il nous apparaît qu'un résumé incomplet sera peu utile

sinon nuisible. D'emblée, je vous dis que la Fédération croit qu'il vaudrait mieux avoir un résumé complet ou de ne pas en avoir du tout. Le choix discrétionnaire laissé au patient d'inscrire ou de retirer certaines informations invalide, à toutes fins utiles, ce résumé. Cette disposition devrait être revue. Notre expérience comme médecins nous enseigne que la très grande majorité des patients qui consultent un médecin souhaitent que ce médecin ait accès à tous les renseignements de santé qui les concernent. Et c'est une faible minorité qui peuvent — et c'est leur droit, et je pense qu'il faut respecter ce droit-là — c'est une faible minorité qui peuvent être en désaccord ou vouloir, je veux dire, soustraire à la connaissance du médecin certaines informations cliniques. Alors, ces personnes pourraient alors faire le choix de ne pas avoir de résumé de renseignements de santé.

L'existence d'un résumé de renseignements de santé qui est alimenté de nombreuses sources nous préoccupe aussi. Ça remet en question non seulement l'exactitude des données recueillies, mais également son effet sur la responsabilité professionnelle. Qui est responsable de l'authenticité, de la véracité de l'information? Qui est responsable de l'exactitude de l'information, et, le cas échéant, comment réparer les torts causés aux parties lésées? Ce sont des questions pour lesquelles nous n'avons pas de réponses. La multiplication des intervenants habilités est aussi une préoccupation.

Il y a des conditions de réussite pour ce projet, tel que vu par les médecins omnipraticiens. Et je dois dire que ces derniers, l'une des plus grandes difficultés qu'ils appréhendent, c'est l'approvisionnement de cet outil dans le cadre de leur pratique. On peut les comprendre, et ce sont des appréhensions fondées. Vous savez, actuellement, l'utilisation des outils informatiques dans la pratique médicale des omnipraticiens, elle est restreinte: à peine 15 % d'entre eux utilisent un dossier clinique informatisé à leur cabinet et 21 % Internet, à leur cabinet bien sûr. La stratégie d'implantation de la carte Accès santé devra tenir compte de cette situation, sinon nous aurons les mêmes demi-échecs ou demi-succès, si l'on veut être positif, que ceux qu'on a constatés dans d'autres tentatives pour introduire un ordinateur dans le cabinet d'un médecin.

La présence d'un tel ordinateur dans le cabinet de consultation, c'est presque une tierce personne, et il faut faire attention à cela. La relation thérapeutique entre le patient et le médecin doit être préservée. La consultation du résumé des renseignements de santé, qui dédouble la consultation du dossier médical, l'entrée de nouvelles données, les explications données au patient vont constituer également une charge de travail supplémentaire pour le médecin, et un médecin dont l'emploi du temps est déjà surchargé. Si l'on se fie sur des projets analogues, et là je fais référence au projet SESAM-VITALE en France, par exemple, et, plus près de nous, le projet de carte à puce à Rimouski il y a quelques années, le projet Laval tout dernièrement, une fois la phase très initiale passée, c'est un temps moyen d'environ cinq minutes-patient, et puis c'est un minimum, que cette phase, cette implantation de carte exige du médecin. Pour un médecin omnipraticien, cela se traduit par une charge de travail supplémentaire de

sept heures-semaine, en se basant sur une moyenne d'environ 80 à 100 patients par semaine. Le médecin omnipraticien devra être compensé pour ce temps supplémentaire, on ne peut pas actuellement lui demander d'absorber cela à ses frais.

Le budget de 159 millions nous apparaît aussi insuffisant. Il ne prend surtout pas en compte d'autres coûts y afférents à cette carte comme les coûts pour de l'équipement essentiel au succès de ce projet, l'informatisation des laboratoires si on veut avoir les requêtes-résultats, l'équipement requis par les médecins dans leur cabinet de consultation, les frais d'opération qui en découleront. Alors, si le financement devait se limiter au seul budget de 159 millions, il nous apparaît que ce projet sera compromis, et les omnipraticiens ne financent pas eux-mêmes les coûts qui vont découler d'un tel projet. Nous trouvons d'ailleurs assez inquietant qu'un tel projet ait été élaboré sans qu'on ait procédé à la budgétisation de l'ensemble des coûts y afférents. Alors, c'est une des recommandations également de la Fédération que les frais afférents à l'exploitation de cette nouvelle technologie soient financés par le gouvernement et ne soient pas laissés à la charge des professionnels ou de leurs patients.

Quant aux mots sur la sécurité et confidentialité. Malgré toutes les assurances qui sont apportées au niveau de l'avant-projet de loi, ce projet suscite encore beaucoup d'inquiétudes chez les citoyens, chez les médecins aussi, chez tous les professionnels de la santé, et on peut le comprendre. La perspective d'un immense fichier qui contient des informations très personnelles sur son état de santé, ça fait peur. L'avant-projet de loi demeure muet sur plusieurs modalités. On laisse au gouvernement une trop grande marge de manoeuvre de procéder par règlement, notamment dans le cas de l'article 83 qui concerne le profil d'accès des intervenants. Alors, la Fédération croit qu'une consultation publique sur les règlements qui régiront l'application de la Loi sur la carte santé du Québec devrait être menée. Par ailleurs, nous sommes d'accord de confier à la Régie de l'assurance maladie du Québec la gestion de cette mégabanque de données. La Régie possède l'infrastructure requise — il faudrait, sinon, la créer à des coûts exorbitants — mais, surtout, la Régie, depuis 30 ans, gère des données très confidentielles et la Régie a toujours fait preuve d'un haut niveau de responsabilité dans la gestion de ces données et la confidentialité qui doit être accordée à cela. Nous sommes également d'accord avec la création d'un comité de surveillance tel que le propose l'avant-projet de loi. C'est une proposition heureuse, mais nous croyons que ce comité devrait être redevable directement à l'Assemblée nationale plutôt qu'au ministre.

● (10 h 30) ●

Enfin, je conclus, M. le Président, en vous répétant un peu ce que je disais au début: si le gouvernement sait répondre aux questions que l'on se pose, accorder les budgets requis, modifier certaines modalités, dont notamment celles qui ont trait au résumé des renseignements de santé, alors, oui, la Fédération pense qu'il nous faut poursuivre ce projet avec la prudence requise, bien sûr, et on va demander d'être consultés dans les étapes ultérieures. Surtout, il y a plusieurs des modalités de participation des médecins

omnipraticiens qui devront faire l'objet de modalités conventionnelles. Merci.

Le Président (M. Labbé): Alors, Dr Dutil, merci beaucoup pour la présentation de votre mémoire. Sans plus tarder, je cède maintenant la parole à M. le ministre.

M. Legault: Oui. D'abord, je voudrais vous remercier, Dr Dutil et toute la Fédération des médecins omnipraticiens, incluant Me Belzile et le Dr Rodrigue qui sont ici, de venir discuter avec nous de ce projet qui est important. Et je suis content, d'entrée de jeu, quand vous nous dites que vous accueillez favorablement ce projet de carte santé même si vous avez des questions. Bon.

D'abord, si on regarde vos remarques sur les points importants, vous dites que les omnipraticiens sont ouverts à utiliser les technologies. Vous êtes d'accord aussi avec le résumé de santé mais vous nous dites: C'est important d'avoir un résumé complet ou pas du tout. Donc, de faire vraiment le choix. Et vous faites le lien avec la responsabilité professionnelle. Puis effectivement, on a regardé de notre côté les impacts juridiques, là, puis, bon, c'est vrai qu'il pourrait peut-être y en avoir. Donc, je pense que c'est quelque chose qu'il faut regarder de très près.

Concernant la carte d'habilitation et les profils d'accès, oui, il y aura consultation avant de les définir par règlement. Comme on l'a déjà dit, c'était pour avoir plus de flexibilité, malgré qu'on est ouvert peut-être à les définir avant peut-être le projet de loi qui sera déposé.

Je suis content aussi de voir que vous êtes en faveur de la gestion des résumés à la RAMQ. Vous nous dites, en gros, là, si je comprends bien: Ça n'aurait pas de bon sens de recréer un autre organisme ouvert 24 heures par jour sept jours par semaine. Il y aurait des coûts énormes de rattachés à ça. Bon. Concernant justement les coûts, vous nous dites: Bon, il faudrait ajouter au budget prévu, ce que je comprends, là, il faudrait ajouter le budget pour l'informatisation des cliniques privées. Par contre, je suis content de voir, là... parce qu'il y a eu une discussion qui a eu lieu avec certains groupes où on essayait de mettre en opposition l'argent qu'on doit investir dans le réseau de la santé avec l'argent qu'on doit investir dans nos systèmes d'information. Vous nous dites que l'un ne devra pas se substituer à l'autre mais plutôt l'améliorer. Donc, je pense que, de ce côté-là, on est d'accord.

Maintenant, revenons justement à la partie informatisation des cliniques privées. Est-ce que la Fédération serait ouverte à des discussions où il y aurait un partage de coûts pour aider à l'informatisation des cliniques privées qui ne sont pas informatisées? Parce qu'on sait quand même qu'il y en a un bon nombre qui le sont déjà, informatisées, et ce qu'il faut comprendre, c'est que le ministère de la Santé fournirait les cartes, les équipements et le logiciel qui vont avec la carte santé, mais ils auraient besoin effectivement d'un écran et d'un ordinateur. Donc, dans le cas des cliniques privées où il n'y en a pas, bien, là, il y aurait une discussion à y avoir. Mais comment vous entrevoyez ça, cette partie-là d'informatisation des cliniques privées?

Le Président (M. Labbé): Alors, Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): D'abord, M. le ministre, cette auguste Assemblée n'est pas une table de négociations, alors vous me permettez d'avoir certaines réserves dans ma réponse. Mais il est évident que cet objet justement devra faire l'objet de propositions discutées à une table de négociations. Les frais de pratique sont déjà élevés pour les médecins qui exercent dans nos cabinets privés, qui n'ont de privé que l'infrastructure. Ce sont des médecins qui exercent à l'intérieur du régime public, là. Alors, le mot «privé», il faut y faire attention.

On a déjà des frais de pratique élevés, considérablement élevés, qui n'ont pas subi, là, des coupures ou des compressions budgétaires, ces frais de pratique, lorsqu'on en a appliqué au niveau de la tarification, par exemple. Alors, je ne pourrais certainement pas demander aux médecins omnipraticiens d'assumer une part supplémentaire de frais de pratique pour implanter une telle carte. C'est une responsabilité, je pense, gouvernementale et ministérielle de le faire.

Vous dites, M. Legault, que plusieurs cliniques médicales privées sont déjà informatisées. C'est vrai au niveau administratif. Au niveau administratif, la facturation, par exemple, par le support informatique se fait dans la majorité des cliniques privées. Mais au niveau clinique, ce n'est pas exact, hein. C'est une très faible minorité. Je vous le disais en présentation, c'est 15 % des cliniques privées, pas plus, qui vont avoir un ordinateur dans le cabinet du médecin où il va inscrire des données cliniques. Alors donc, on part quand même de loin. Et il y a un équipement relativement coûteux. Quand on regarde ça, nous — parce qu'on a déjà travaillé ce dossier-là — sans mettre de chiffres précis, je veux dire, même avec des achats collectifs, etc., là on parle de cinq, six... entre 5 et 10 000 \$ de coût d'équipement pour un médecin omnipraticien. Et on a besoin, avec une telle carte, d'un poste de travail par médecin. Peut-être pas pour chacun des médecins, si on se partage les bureaux, ça peut être le même ordi bien sûr, mais on ne peut pas dire: On va avoir un poste de travail pour 10 médecins omnipraticiens dans la clinique. Ça va pour des fins administratives, mais certainement pas pour des fins cliniques.

Alors, il y a quand même des coûts supplémentaires importants pour les médecins omnipraticiens en termes d'achat d'équipement, de logiciels et de frais d'opération aussi. Et vous me permettez de vous dire, M. le ministre, d'entrée de jeu, même si on n'est pas à une table de négociations, qu'il ne m'apparaît pas que les médecins omnipraticiens pourraient supporter ça par une augmentation de leurs frais de pratique.

Le Président (M. Labbé): Merci, Dr Dutil. J'ai l'impression qu'on est quand même à une table de négociations. Alors, M. le ministre. Ha, ha, ha!

M. Legault: Oui. D'abord, peut-être une précision concernant l'informatisation du réseau. Puis on a eu un peu la même discussion tantôt avec l'AHQ. C'est certain qu'il serait souhaitable, dans un monde idéal, d'avoir un système d'information beaucoup plus élaboré et dans nos établissements comme les hôpitaux et dans

nos cliniques privées dans lesquelles travaillent effectivement les omnipraticiens en pratique publique, mais il faut distinguer cette informatisation qui serait souhaitable avec l'informatisation qui est nécessaire pour utiliser la carte santé. Bon, c'est vrai que ce n'est pas l'idéal de se contenter de cette partie-là, mais c'est quand même un pas — je pense, on va tous en convenir — dans la bonne direction. Or, pour utiliser cette carte santé, donc éventuellement avoir accès à un résumé des données du patient, tout ce qu'on a besoin, c'est d'un ordinateur. Le reste serait fourni par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Donc, même un ordinateur qui pourrait être utilisé pour des fins administratives pourrait à la limite être utilisé même pour être capable de faire fonctionner la carte santé.

Or, quel est votre point de vue concernant les cliniques qui ne possèdent pas du tout d'ordinateur? Est-ce que vous pensez qu'il pourrait y avoir quand même, même si on n'est pas à une table de négociations, une certaine nécessité que les médecins participent au financement de cette partie importante en 2002 de fonctionnement d'un établissement?

Le Président (M. Labbé): Alors, Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): M. Legault, je vous répète que ce sont là des modalités qui devront faire l'objet de négociations. Oui, il y a des ordinateurs qui ont déjà été payés par des médecins pour des fins administratives dans la plupart des cas. Ces ordinateurs-là vont devoir continuer à servir à des fins administratives. Le poste d'ailleurs de travail ne se retrouve pas sur le bureau du médecin mais sur le bureau de la secrétaire ou des secrétaires. C'est très différent. Quand on parle d'une carte Accès santé et d'un résumé des renseignements de santé que le médecin devra visualiser en temps réel quand le patient est devant lui, ça exige qu'il ait un poste sur son bureau. Et la secrétaire aura besoin aussi de son poste, elle, pour des fins administratives. Alors, même dans les endroits où on a des ordinateurs pour des fins administratives, on devra équiper les bureaux des médecins de ces postes d'ordinateurs.

Avec quelques exceptions, autour de 15 % peut-être, on a fait ça. Ces médecins ont investi eux-mêmes pour avoir leur ordinateur. On verra en temps et lieu comment les compenser si jamais, je veux dire, on achetait les équipements pour les autres. Mais ce que je vous redis, c'est que les frais de pratique sont devenus prohibitifs dans plusieurs cliniques médicales et qu'on ne pourrait pas augmenter davantage ces frais en implantant cette carte Accès santé.

Par ailleurs, vous me permettez une considération un petit peu plus générale. Oui, il nous faut débiter en quelque part. Ça fait longtemps qu'on parle d'implanter des technologies de l'information. On a fait beaucoup de travaux. J'ai été à même de constater qu'il y a des travaux très sérieux, rigoureux qui ont été faits par divers groupes. Je pense qu'il est temps de faire des choix. Il est temps de faire des choix. On fait le choix de cette technologie-là et on est prêt à supporter un tel choix parce que c'est un choix qui, je veux dire, découle de travaux très sérieux.

● (10 h 40) ●

Il y a sans doute d'autres technologies, je ne suis pas un expert, mais c'est une technologie qui nous apparaît être intéressante si on se donne les conditions de succès pour bien l'implanter, si on se donne des stratégies qui tiennent compte qu'il nous faudra apprivoiser cet outil-là dans nos cabinets de consultation. Si on veut tout bousculer, on va avoir des échecs. Mais si on se donne des stratégies progressives pour que les médecins aient le temps de se familiariser avec cet outil, je pense qu'on va réussir. Si on se donne également les moyens voulus. Si j'arrive et je débarque chez les médecins omnipraticiens en leur disant: Ça va vous coûter, 5, 6 000 \$ d'équipement pour pouvoir vous ajuster à l'arrivée de cette nouvelle carte, je vais avoir beaucoup, beaucoup de résistance, une résistance qui est tout à fait fondée.

Le Président (M. Labbé): M. le ministre.

M. Legault: Oui. Je vous ferai remarquer quand même, Dr Dutil, que, dans un sondage de la revue médicale *L'Actualité médicale*, on nous disait — dans un échantillon, je pense, qui était fait selon les normes et les règles de l'art — que 57 % des médecins accepteraient de financer une partie de l'ordinateur. Mais on pourra y revenir puis effectivement on pourrait avoir des discussions soit sur un financement conjoint ou des crédits d'impôt ou quoi que ce soit.

Je voudrais revenir sur un autre domaine qui vous préoccupe, là, puis qui touche la surcharge de travail qui sera engendrée par le résumé. Bon. Vous réferez à une étude qui a été faite auprès de médecins français qui avaient utilisé la carte SESAM-VITALE où on nous disait qu'il fallait compter cinq minutes pour créer un fichier de patient. Or, le temps qui est mentionné dans cette étude à laquelle vous réferez, c'est pour créer la fiche du patient. Donc, il faut comprendre que ce serait pour le remplissage initial, si je peux dire. Mais, quand on veut juste y ajouter des renseignements de façon ponctuelle, on peut penser que ce serait moins de minutes que ce qui est mentionné dans votre étude. Et on pourrait même croire, je pense, avec raison — puis il y a des spécialistes qui nous le disent — que la consultation du résumé de renseignements, ça pourrait même diminuer dans certains cas la charge du professionnel.

Donc, je comprends qu'on n'est pas à une table de négociations mais je voulais quand même avoir votre point de vue sur comment, quelle serait votre approche concernant cette surcharge que vous voyez de travail pour le médecin qui aurait à remplir les informations suite à l'implantation de la carte santé.

M. Dutil (Renald): Le Dr Rodrigue va commenter là-dessus.

Le Président (M. Labbé): Alors, Dr Rodrigue, s'il vous plaît.

M. Rodrigue (Jean): Oui, rapidement. D'abord, on n'a pas utilisé le sondage que vous mentionnez dans notre mémoire parce que justement il n'était pas très fiable, parce qu'on avait eu uniquement 500 répondants et c'étaient à la fois des spécialistes et des

omnipraticiens. Je pense que les sondages qu'on donne dans notre mémoire se sont faits sur des échantillons beaucoup plus vastes et je pense qui sont plus solides.

Mais, ceci étant dit, l'expérience de SESAM-VITALE effectivement montre que ça prend beaucoup de temps pour créer un fichier-patient. Et, des contacts qu'on a eus avec des médecins français, c'est que ça prend aussi du temps à chaque visite. Ne serait-ce qu'une minute, pour 90 patients on est déjà à une heure et demie par semaine. Alors donc, il y a là un temps important. Est-ce que la carte va réduire le temps? Moi, je suis convaincu que non parce que la carte parfois va amener un supplément d'information que le médecin va devoir valider. Par exemple, quelqu'un vient voir un médecin pour un problème au pied et sur sa carte... Un médecin de famille, j'entends, je ne parle pas d'un médecin à l'urgence. Il va aller voir son médecin de famille pour un problème à son pied et, sur sa carte, on voit qu'il fait du diabète, par exemple. Bien, c'est sûr que le médecin de famille va devoir interroger le patient, ne serait-ce qu'une minute, pour savoir comment va son diabète ou comment va un autre problème de santé. Alors, dans ce sens-là, je pense que la carte va permettre une meilleure prise en charge des patients. Mais de là à dire qu'elle va réduire le temps d'intervention, on ne croit pas.

Alors donc, je pense qu'il ne faut pas voir la carte comme un outil qui va sauver du temps au médecin de famille; ça peut parfois sauver du temps dans des moments critiques. Je pense à une intervention que le Dr Bessette est venu faire ici, en commission parlementaire. Je pense que, dans certaines situations critiques, c'est vrai de dire que la carte va sauver du temps, mais je pense que, dans la très grande majorité des cas, pour le médecin de famille, la carte va être un outil intéressant qui va devenir rapidement essentielle, mais ce serait faux de penser que ça va réduire le temps d'intervention parce que justement ce complément d'information là va exiger du médecin de famille qu'il valide des informations et qu'il complète son interrogatoire pour évaluer les autres problèmes de santé qui sont dans la carte. Et je vous dis ça, je pense que ça va être de l'excellente médecine. Alors, dans ce sens-là, je pense que la carte va être un atout pour le médecin. Mais de là à penser qu'elle va réduire le temps d'intervention avec le patient, non.

De plus, ça va aussi exiger que le médecin de famille, qui généralement fait le point sur les problèmes de santé avec son patient, ça va exiger qu'il complète la fiche santé, la carte santé pratiquement à chaque visite. Alors donc, il va y avoir un temps qui va être pris pour ça. Encore là, il ne s'agit pas de dire que ça va être un temps inutile, mais il s'agit de dire: Il va y avoir un temps qui ne sera jamais réduit, quant à nous, à moins de deux minutes. Alors, on ne pense pas que le temps va être réduit à moins de deux minutes. Et, en plus, une fois que le médecin va avoir écrit sur la carte, il va devoir continuer à compléter son dossier patient. Alors donc, il a une tâche additionnelle.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, Dr Rodrigue. Alors, sans plus tarder, je cède la parole maintenant à M. le ministre.

M. Legault: Oui. Bon, je pense que, concernant l'organisation du travail, ça reste à être défini. Mais je pense qu'éventuellement il faudrait viser à ce que l'information ne soit pas retranscrite deux fois, donc qu'on soit capable à la fois de compléter le document interne et le résumé.

Mais je veux revenir quand même sur la charge de travail. Pour initier un nouveau dossier patient, combien de temps vous pensez qu'il faut prendre pour compléter un dossier patient? Est-ce que vous avez évalué cette donnée?

Le Président (M. Labbé): Dr Dutil.

M. Dutil (Renaud): Écoutez, si vous dites «initier un nouveau dossier patient, initier le résumé des renseignements de santé», je ne parle pas de cinq minutes, là, pour un patient. Là, on va parler beaucoup plus facilement de 15, 20 minutes. Et là ce n'est pas uniquement l'expérience française qui nous conduit à dire cela, c'est l'expérience qu'on a eue à Rimouski. Bon, c'est un peu différent, mais, plus près de nous, là, en termes de temps, Laval, l'expérience, là, des médecins à la clinique Laval, où on a conduit un tel projet-pilote, au tout début, ce fut fort long. C'était d'ailleurs un obstacle assez important dans cette clinique-là, au départ, de motiver les médecins à participer à cela. Mais, bon, on était à l'intérieur d'une expérimentation, d'un projet-pilote.

Une fois la phase d'initiation faite, une fois le fichier créé, le dossier créé, bien sûr, ça prend moins de temps. Mais, vous savez, ça paraît beaucoup, 7 heures-semaine, mais 7 heures-semaine, c'est basé sur cinq minutes par patient. Ce n'est pas très long, cinq minutes. Quand je vais rentrer un diagnostic dans le résumé des renseignements de santé, moi, c'est inévitable que le patient va me demander: Qu'est-ce que vous entrez, docteur? Parce que ça fait peur, aussi, pour un patient, même s'il est tout à fait d'accord d'avoir ce résumé des renseignements de santé. C'est un écran, c'est un ordi. J'en avais dans mon cabinet, quand je consultais, et, croyez-moi, c'est vraiment une tierce personne, là; puis on sent, il y a une certaine insécurité du patient vis-à-vis cela. Alors, le médecin devra, là, je veux dire, informer le patient, là, en discuter avec lui dans presque tous les cas, même si c'est un simple diagnostique qu'il a à inscrire sur cette carte. Il devra le consulter, le résumé des renseignements de santé, puis consulter en même temps son dossier médical, même dans un résumé complet. C'est quand même un résumé, ce n'est pas tout le dossier médical.

Vous avez raison, M. le ministre, de dire: Dans une perspective de plus long terme, si on en arrive à avoir un dossier médical informatisé, on n'aurait plus ce problème-là. Mais c'est dans une perspective de long terme. Dans une perspective plus courte, je veux dire, on est obligé de vous dire qu'il y aura un temps supplémentaire, parce qu'il y aura deux dossiers: le résumé des renseignements, qu'il faudra actualiser à chaque fois qu'un patient rend visite à un médecin, qu'il faudra expliquer, aussi, un petit peu au patient, puis le dossier, là, traditionnel.

Le Président (M. Labbé): Alors, M. le ministre, si vous permettez, une dernière question pour une courte réponse, M. Dutil.

● (10 h 50) ●

M. Legault: Dernière question. Je veux juste revenir sur le temps qui est nécessaire, là. Bon, je comprends, encore une fois, là, que d'initier la première fois le dossier patient, ça peut prendre un peu plus de temps. Mais on sait qu'au Québec, 70 % des patients consultent plus qu'un professionnel, donc ça veut dire que, dans 70 % des cas, le patient qui se retrouve devant le deuxième ou le troisième professionnel, ce deuxième ou troisième professionnel, je ne peux pas croire qu'il n'y a pas une certaine économie de temps, d'avoir déjà le résumé de renseignements qui est mis en place. Et, comme vous le disiez tantôt, certainement qu'il y a un gain d'efficacité pour le système. Maintenant, la question qu'il y a peut-être à se poser dans le fond, c'est: Est-ce qu'une intervention faite par un médecin devient plus complète? Et là est-ce que ça pose des questions au niveau de la rémunération? Mais, au total, qu'on ait plus d'information, que le médecin ait accès à cette information-là qui soit déjà présente sur le résumé, il me semble qu'on peut juste faire un gain d'efficacité à moyen terme, en tout cas.

Le Président (M. Labbé): Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): Gain d'efficacité? Oui, M. le ministre, vous avez raison, je pense que le Dr Rodrigue l'a bien dit. On est tout à fait d'accord que ça va, je veux dire, augmenter la qualité des interventions ou des services qu'on peut rendre à nos patients, le fait d'avoir un accès plus facile, je veux dire, à des informations lorsqu'ils ont été vus par un autre professionnel de la santé, l'accès sera beaucoup plus facile. Alors, notre préoccupation ne se situe pas du tout à ce niveau-là. C'est un plus, c'est là la plus-value du résumé des renseignements de santé. Mais, en termes de temps, je vous dis que nécessairement, ça va prendre un petit peu plus de temps, mais c'est un temps bien investi, qui va améliorer, je veux dire, la qualité des services qu'on rend à nos patients. Ça, on est tout à fait d'accord avec cela, mais il y aura un temps supplémentaire, et surtout à la phase initiale et de démarrage. Dans quatre ou cinq ans, on pourrait avoir une évaluation du temps supplémentaire requis, différente d'aujourd'hui, je vous l'accorde.

Le Président (M. Labbé): Alors, Dr Dutil, M. le ministre, merci beaucoup. Je cède maintenant la parole au député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci, M. le Président. À mon tour de vous souhaiter la bienvenue. Ça fait plaisir de voir les représentants des omnipraticiens avec nous. Je ne veux pas nécessairement aborder cette question-là comme premier sujet, mais je relève quand même l'échange qu'il y a eu sur la qualité des soins, et c'est quand même assez étonnant si... Et vous avez parlé tous les deux de sondages. Si nous en faisons un troisième sondage pour demander à la population comment elle trouve la qualité des soins en ce moment dans le système de la santé, elle nous répondrait qu'elle trouve que la qualité des soins est bonne. Et, si on leur demandait: Qu'est-ce que vous pensez de l'accessibilité aux soins, alors là elle nous dirait qu'il y a un gros, gros problème. En fait, le gros, gros problème du système de

santé, c'est celui de l'accessibilité aux soins. Ce que vous nous dites aujourd'hui, vous parlez abondamment de la qualité qui s'est améliorée, et j'en suis et je trouve ça formidable, mais la question qui est au coeur de la situation au Québec dans le système de soins de santé, c'est la question d'accès aux soins. Et je pense que ça — il y aurait peut-être lieu... on y reviendra peut-être tantôt — je pense qu'il faut garder aussi cette idée assez importante présente à nous.

Je voudrais d'abord parler de la question des coûts parce que vous avez dit qu'il serait important qu'on établisse les coûts associés à un tel projet, l'ensemble des coûts. Je voudrais vous dire qu'il y a eu une demande d'accès qui a été faite par Pierrôt Péladeau, de l'Institut clinique. Il demandait l'ensemble des coûts exigés, déboursés, temps et bénéfices prévus qui ont été identifiés par catégorie d'acteurs — ça, vous devez être dans ceux-là; il n'y a pas juste vous, mais vous devez être dans ceux-là — donc l'ensemble des coûts exigés et bénéfices prévus qui ont été identifiés par catégorie d'acteurs pour le développement, l'implantation et l'opération du projet et de ses différents dispositifs. Réponse: Ces renseignements se trouvent dans la partie confidentielle du mémoire au Conseil des ministres portant sur l'avant-projet de loi concernant la carte santé du Québec.

Première question que je vous pose: Est-ce que vous considérez que cette information-là est pertinente dans le cadre d'une consultation?

Le Président (M. Labbé): Alors, Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): Nous aurions aimé avoir accès à toute l'information concernant les coûts de l'implantation de cette carte et les frais afférents. Je comprends que ça peut être difficile de les évaluer cependant; ça, je ne le nie pas. Mais l'avant-projet de loi n'est pas très explicite sur la ventilation du 159 millions de budget qui a été alloué pour l'implantation de cette carte, et nous savons, nous, qu'il y a des coûts afférents. J'en ai mentionné plusieurs. Et on a presqu' négocié, M. Legault et moi, ensemble, vous savez. Il y en a d'autres, coûts, et ça, j'aurais aimé avoir davantage d'information. Et je pense que, oui, dans une certaine limite, bien sûr, les coûts afférents à l'implantation et à l'opérationnalisation de ce projet, ça devrait être disponible et il devrait y avoir davantage de transparence à cet égard.

Le Président (M. Labbé): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Je vous remercie, Dr Dutil, de cette réponse qui, j'imagine, sera aussi comprise de l'autre côté de la table. Parce que ce n'est pas juste en termes de négociations que vous pourriez avoir à un moment donné ou que vous aurez de toute façon à un moment donné, mais, je pense, l'ensemble des contribuables, l'ensemble des Québécois actionnaires et clients du système de santé auraient avantage à savoir quels sont les coûts afférents à ce projet par rapport à l'ensemble des autres priorités du domaine de la santé. Je sens que vous voulez réintervenir.

Le Président (M. Labbé): Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): Le seul commentaire que je veux faire, là — et c'est une difficulté — c'est qu'il faut faire attention au budget en silo. On peut avoir, je veux dire, une carte qui nous coûte 200 millions et non pas 159 millions — et là, c'est un ordre de grandeur tout simplement que je fixe comme cela — et dire: C'est beaucoup trop coûteux, etc., mais il faut tenir compte qu'il y a peut-être des économies qu'on va réaliser, des économies assez importantes parce que ça va permettre une meilleure intégration de services: ça va éviter des dédoublements, par exemple, d'analyses de laboratoire, ça va permettre de mieux prescrire nos médicaments parce qu'on va avoir accès à toute la liste des médicaments, on va avoir accès à un avis thérapeutique. Alors, il faut prendre cela en compte quand on établit des coûts et des priorités.

Et, pour un, je ne suis pas un de ceux qui prétendent qu'on doit prendre le budget — on parle de 159, ici — puis l'affecter, par exemple, à nos salles d'urgence ou à d'autres choses. Non pas que ce n'est pas urgent, les autres choses, mais l'un doit compléter l'autre et non pas se substituer à l'autre. Ça, pour moi, ça m'apparaît bien important.

Le Président (M. Labbé): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Deux commentaires suite à votre intervention. Dans un cadre de sous-financement du système de santé, malheureusement la pensée magique à l'effet que l'argent qu'on va investir là ne nous empêchera pas d'en trouver d'autre pour en remettre là où il y a d'autres urgences, notamment pour les soins à domicile, je suis obligé de m'inscrire un petit peu à l'écart de votre pensée. Parce qu'on sait déjà que le ministre n'a pas l'intention d'aller revoir la façon dont l'enveloppe budgétaire est distribuée avec les autres ministères, donc son enveloppe est fixe. On connaît déjà les augmentations l'année prochaine, on sait déjà qu'il n'y aura pas assez d'argent dans le système. Tout le monde sait qu'il est sous-financé et, à mon avis, il y a lieu de se demander quels sont les coûts, parce qu'il y a d'autres coûts qui ne sont pas remplis en ce moment en termes d'accès aux soins. Et pas de qualité; c'est entendu que la qualité est là.

Maintenant, à l'argument que vous faites, je dois vous dire que par ailleurs, là où je suis tout à fait d'accord, c'est qu'il ne faut pas regarder ça en silo et que l'argent qu'on veut investir là-dedans peut entraîner des bénéfices. D'ailleurs, si je comprends la réponse de la RAMQ, à l'intérieur de la partie confidentielle du mémoire au Conseil des ministres on a étudié non seulement les coûts mais aussi les bénéfices, et je pense que ce serait utile qu'on les ait tous, et les coûts et les bénéfices. Enfin, je ne veux pas revenir, je ne veux pas m'étendre trop longtemps sur cette question-là, mais on est tout à fait d'accord, les coûts et les bénéfices doivent être connus. Et peut-être justement qu'à la lumière de ça on va dire: Ah, bien, les bénéfices sont tellement grands, voilà une priorité d'investissement à faire. Mais dans la mesure où on ne les a pas, avouons que c'est plus compliqué de pouvoir se faire une tête.

J'aimerais que vous me parliez... Vous avez donné votre accord au résumé de renseignements de

santé, vous trouvez que c'est une bonne formule. Qu'est-ce que vous pensez de la proposition Sicotte plutôt d'une carte clé fureteur qui permet d'avoir accès, qui permettrait d'avoir accès — dans un critère de confidentialité parce qu'il y a toujours une carte à microprocesseur qui est là, une carte habilitante — qui permettrait d'avoir accès au dossier patient, là, vraiment l'idée du dossier patient partageable plutôt qu'au résumé de renseignements de santé? Est-ce que vous êtes plutôt satisfaits du résumé de renseignements de santé?

Le Président (M. Labbé): Alors, Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): Oui. D'abord, un commentaire à ceux que vous avez faits, là, concernant l'accessibilité et autres. Vous savez, M. Fournier, l'accès à l'information, c'est aussi l'accès aux soins. Et si on améliore l'accès à l'information, je suis persuadé qu'on va améliorer l'accessibilité à des soins. Il faut le voir aussi sous cet angle-là.

Maintenant, je réponds à votre question. Je ne suis pas un expert comme le professeur Sicotte, bien sûr, mais j'ai lu son mémoire et j'ai lu sa présentation ici, en commission parlementaire, et j'ai beaucoup de difficultés à agréer avec M. Sicotte, comme médecin de famille qui a pratiqué longtemps. Quand j'ai un patient devant moi, avec une salle d'attente qui est remplie de patients — et c'est encore davantage vrai si je suis à la salle d'urgence — je veux dire, mon temps, il est compté, et je n'ai pas le temps de commencer à aller chercher avec un fureteur les divers renseignements, là, concernant le patient que j'ai devant moi. Alors, peut-être que j'ai mal compris la présentation du Dr Sicotte, mais, quand je lisais ça, je disais: J'aimerais l'inviter, là, à observer la pratique habituelle d'un médecin de famille, et je pense qu'il réaliserait rapidement que ce ne serait pas possible d'opérationnaliser une telle chose rapidement à cause du temps requis. On n'a pas le temps de commencer à fureter partout, ici et là, pour aller chercher les renseignements concernant un patient.

Si on a accès à une banque, à un résumé où tout est colligé de façon centrale, ça va être pas mal plus utile et pratique pour le médecin de famille, pour le médecin qui est à la salle d'urgence, pour tous les médecins finalement qui voient des patients dans un cadre d'un agenda qui est toujours surchargé.

● (11 heures) ●

Le Président (M. Labbé): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Je prends note de votre réponse parce que le Dr Bessette est venu nous dire ça pour l'urgentologue, et je dois avouer que je comprenais assez facilement que, en situation d'urgence, t'as pas le temps d'aller faire le tour de l'ensemble. Mais tous les intervenants qui sont venus nous voir nous ont dit que les médecins préféreraient aller aux documents sources plutôt qu'à un résumé sommaire. Ils sont venus nous dire que les médecins aimaient mieux avoir l'ensemble de l'information dans une théorie, j'imagine, d'accès à l'information pour l'accès à des soins. Et là ce que vous nous dites aujourd'hui, c'est: Le médecin dans sa clinique, ayant une surcharge dans sa salle d'attente, ne va pas faire une communication — parce que, tantôt,

vous m'avez parlé d'une communication qui s'ajoutait, là, au résumé, enfin, qui est toujours là. D'ailleurs, plusieurs sont venus nous dire: Une fois qu'il y a un papier, une fois qu'il y a un écran d'ordinateur, ça ne nous empêche pas... Au contraire, il faut garder le réflexe de communiquer avec le patient. On va humaniser l'information. Elle risque même d'être un peu différente une fois qu'elle sera humanisée. Mais je comprends que vous nous dites que, dans la pratique de tous les jours, comme il y a beaucoup de monde dans la clinique qui attend, le médecin va se limiter au résumé de renseignements de santé. Il va peut-être même écourter sa communication et n'irait pas chercher les autres renseignements, ne trouverait pas utile en tout cas d'aller chercher les autres renseignements ailleurs.

M. Dutil (Renald): Non, ce n'est pas ce que je dis, M. Fournier. Tous les médecins vont vous dire que l'idéal, c'est d'avoir accès à l'ensemble du dossier rapidement, bien sûr, bien sûr, et l'idéal sera atteint quand on aura un seul dossier médical informatisé et qui est complet. Là, on aura atteint ce qu'on souhaite tous. Bon. Mais tous les experts vont vous dire qu'on a encore quelques années devant nous avant d'arriver à cela. Entre-temps, il faut composer avec la réalité, bon, et la réalité, c'est que, si j'ai un résumé de renseignements de santé fiable parce qu'il est complet, hein, on n'a pas... la personne n'a pas choisi d'en retirer, ce résumé-là va m'être rapidement utile. Il n'exclut pas mon dossier médical papier que j'aurai devant moi aussi, là. J'en ai besoin parce que je sais bien que c'est un résumé. Un peu comme à l'hôpital... Je ne sais pas si vous y êtes déjà allé comme patient — n'y allez pas — mais, quand vous avez votre congé, on remplit une feuille sommaire qui est le résumé de l'hospitalisation. Et, si, rapidement, je veux savoir, tel patient qui arrive, très rapidement, là, je veux savoir il en est quoi. là, je regarde la feuille sommaire et j'ai déjà, là, toutes les grandes informations utiles. Je veux aller plus loin, je vais feuilleter dans le dossier.

Alors, le résumé des renseignements de santé, c'est un peu ça, M. Fournier. Alors, il sera utile à cet égard, il sera utile. J'aurai la liste des médicaments. C'est déjà beaucoup, ça, pour un médecin de famille qui voit un patient. Alors, plutôt que passer, là, un temps à deviner quelles pilules, il va l'avoir. S'il est complet, il sera fiable, il sera utile, mais il ne remplacera pas le dossier complet. Il faut en arriver vers un dossier informatisé complet, et là je pense que ce sera intéressant.

Le Président (M. Labbé): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Si je comprends bien, donc, ce qu'il nous faut, c'est, de part et d'autre, en savoir un peu plus sur la technologie et les architectures qui permettraient de rendre le fureteur que vous voyez pour l'instant complexe et très long puis d'aller chercher tout ça, de voir comment, mécaniquement, ça prend de temps, comment ça fonctionne, et peut-être que vous trouveriez, là, la procédure Sicotte intéressante, là, à ce moment-là, dans la mesure qu'elle permet d'avoir un dossier de patient complet, là, dans cette mesure-là.

Le Président (M. Labbé): Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): Oui. Je veux dire, la technologie Sicotte, si on l'appelle ainsi, bien sûr nous permettrait d'aller chercher tous les éléments, là, pour avoir le dossier complet, mais je vous dis que, dans une pratique quotidienne, là, ce n'est pas opérationnalisable, là, dans le moment. Et la technologie Sicotte pourra peut-être être mise de l'avant quand on sera capable d'avoir un dossier clinique informatisé complet. Mais, dans le moment, les médecins omnipraticiens, pas plus dans leur cabinet de consultation qu'à l'urgence, n'ont le temps de commencer à fureter, je veux dire, pour aller chercher, glaner, là, l'ensemble des informations.

M. Fournier: Une dernière question, M. le Président.

Le Président (M. Labbé): Oui, M. le député.

M. Fournier: Donc, dossier patient partageable... mais est trop long. Première étape: résumé de renseignements de santé pour qu'on puisse rapidement avoir une meilleure information pour un meilleur accès. Quel délai voyez-vous pour l'implantation de cette carte avec la carte d'habilitation, avec le résumé de renseignements de santé, étant entendu qu'il doit y avoir au préalable une discussion entre notamment votre association et le ministère? Combien de temps voyez-vous pour que ça puisse fonctionner? Je ne vous demande pas de vous appuyer sur votre expertise ou votre expérience de la négo du GMF pour me dire combien de temps que ça va prendre. Imaginons que ça ne s'est pas passé et qu'on commence aujourd'hui, là, et que tout le monde est de bonne foi puis que ça va bien aller puis que tout le monde est très, très intéressé. Alors, combien de temps vous voyez pour que...

Parce que, quant à moi, c'est important de voir, là, si ça, c'est une première étape, la deuxième étape, c'est le dossier patient — on verra pour la technologie — mais que c'est une deuxième étape nécessaire, c'est important pour moi de voir combien de temps prend cette première étape, là, si — je ne vais pas souvent à l'hôpital, mais ça m'arrive; ça m'arrive aussi d'aller à la clinique... pour que je puisse aller, avec mon médecin et cette troisième personne assise sur son bureau...

Le Président (M. Labbé): Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): J'allais faire référence au dossier GMF et vous dire, suite à cela: Là, je ne veux pas m'embarquer dans des dates puis dans des échéances, mais vous m'avez ouvert la porte, M. Fournier, là-dessus. Combien de temps? Je ne peux pas vous mettre des échéances, là, bien, bien précises. Il faudra se donner le temps pour que le projet réussisse, sans se trainer les pieds, là. Je veux dire, c'est évident, là, qu'on ne peut pas implanter une telle carte avant plusieurs mois. Je prévois l'implantation de la carte bien plus, là, au cours de l'année 2003 et davantage vers la fin que le début de 2003.

D'abord, on n'est qu'à l'avant-projet de loi, là, hein? Alors, ça va nous prendre un projet de loi. On vous a dit également, dans nos recommandations, que le

gouvernement se laisse une trop grande marge de manoeuvre au niveau de la réglementation. Cette réglementation-là, pour nous, devrait faire l'objet de consultations publiques aussi, là. Alors, on a encore plusieurs questions à répondre avant qu'il y ait une décision finale, gouvernementale, là, une décision prise pour nous permettre d'implanter cela. On a encore plusieurs étapes à franchir. Puis, ensuite, je vous ai dit que les médecins auront besoin d'approprier cet outil, donc une stratégie d'implantation progressive.

Alors, pour moi, l'important, ce n'est pas d'arriver très vite, dans cinq ou six mois, là, à ce qu'on l'utilise à peu près partout. Ce n'est pas possible. Il y a 7 millions de Québécois, il y a 7 millions de cartes, là, à faire aussi, là. L'important, c'est de partir du bon pied en mettant de l'avant les stratégies qui donnent le plus de chances de réussir. Alors, je ne pense pas qu'on va arriver vraiment à pouvoir fonctionner dans la majorité, là, des territoires avec une carte Accès santé avant la fin de 2003, peut-être plus 2004 même.

Le Président (M. Labbé): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Voyez-vous — une vraie dernière, comme dit le ministre — voyez-vous la négociation nécessaire entre les omnis et le ministère se tenir avant le projet de loi ou une fois que la loi sera adoptée?

M. Dutil (Renald): Bien sûr, nous allons déposer un cahier de propositions pour le renouvellement de notre entente générale, dès le début de mai. Et il y a des propositions qui vont porter spécifiquement sur un tel dossier, là, sur l'informatisation de la pratique médicale pour les médecins omnipraticiens.

M. Fournier: Vous vous attendez donc à ce que, lorsque le projet de loi soit déposé, vous serez appelé à venir en commission parlementaire et que vous pourrez, à ce moment-là, sur le projet de loi, dire au gouvernement que vous êtes d'accord. Vous aurez à ce moment-là avec vous une entente déjà.

Le Président (M. Labbé): Dr Dutil.

M. Dutil (Renald): Je veux dire, nous allons négocier avec diligence. Et, si nos vis-à-vis ont une aussi bonne volonté que nous, on pourrait être en mesure d'annoncer qu'il y a une entente. Mais là je ne présume de rien.

M. Fournier: Merci.

Le Président (M. Labbé): Merci, Dr Dutil. Alors, je cède maintenant la parole à Mme la députée de Laviolette.

Mme Boulet: Alors, bonjour, messieurs de la Fédération.

M. Dutil (Renald): Bonjour.

Mme Boulet: J'ai cru... En tout cas, si on fait le résumé, en fait, vous pensez que la carte à

microprocesseur, c'est un outil important au niveau de l'efficacité pour votre travail. Par contre, vous avez des restrictions ou des inquiétudes par rapport au temps que ça va prendre pour le gérer, et je peux vous dire que je partage cette opinion-là. Je pense que ça va être un outil qui va demander du temps supplémentaire aux médecins. Il y a effectivement une question de coûts également qu'on n'est pas capable d'évaluer à l'heure actuelle.

Mais j'aimerais ça que vous me parliez de la responsabilité professionnelle des médecins, parce que, à l'heure actuelle, on parle d'un résumé qu'on va utiliser parce que le dossier complet serait trop long, ça prendrait trop de temps. Le résumé, bien, les gens vont pouvoir inclure des choses, ils vont pouvoir exclure des choses, l'inclusion et l'exclusion. Alors, je me dis: Comment le médecin va être capable de gérer? Et on sait qu'à l'heure actuelle le médecin a son dossier, il a ses éléments. Tout ce qu'il prend en charge comme responsabilité professionnelle, ça origine de lui. C'est les données qu'il est allé chercher, mais... alors que, là, il va dépendre d'un paquet de gens qui vont avoir entré de l'information dans le résumé.

Pouvez-vous me parler de ça? Comment vous voyez la responsabilité professionnelle? Moi je peux vous dire que, en tant que pharmacienne, je suis inquiète au niveau de la responsabilité professionnelle. Si quelqu'un me dit: Moi, je ne veux pas que tu inscribes ça, Julie, je ne l'inscris pas, mais le médecin, il va dire: C'est-u la faute à Julie ou c'est la faute de qui, là? C'est la faute de qui, le renseignement que je n'ai pas eu et qui n'était pas noté ou qui n'était pas bien noté?

Le Président (M. Labbé): Alors, Dr. Dutil.

M. Dutil (Renald): C'est une excellente question, mais je vais demander à Me Pierre Belzile de commenter, de répondre à cette question. Il a travaillé particulièrement à cette question.

Le Président (M. Labbé): Alors, Me Belzile.

M. Belzile (Pierre): Ce sont là toutes des questions que l'on s'est posées, Mme la députée: toute la question, entre autres du devoir de l'information du médecin envers le patient; les conséquences pour un patient, par exemple, de refuser l'inscription d'un renseignement dans son résumé de santé. Est-ce que, à chaque fois, le médecin va devoir expliquer au patient les conséquences de ce choix-là, lui dire: Bien écoutez, vous devriez ou vous ne devriez pas; vous devriez, au contraire, l'inscrire, l'inscrir, le renseignement-là, dans votre dossier. Or, toute, toute cette discussion-là va évidemment affecter la relation, ça a des conséquences sur la relation médecin-patient.

● (11 h 10) ●

Alors, évidemment, c'est un peu la raison pour laquelle le Dr Dutil vous expliquait que la Fédération préférerait de beaucoup avoir un dossier complet plutôt que d'avoir la possibilité pour un patient de retirer des informations. C'est un peu dans ce sens-là qu'il y aurait certainement lieu de continuer les discussions puis de réfléchir bien comme il faut sur cet aspect-là, mais c'est un exemple que je vous donnais.

Le Président (M. Labbé): Mme la députée.

Mme Boulet: Parce qu'on sait très bien que les poursuites, je veux dire, les médecins, ça pend au-dessus de leur tête, là, les poursuites. Puis, bon, l'erreur médicale est toujours là, ils sont des êtres humains qui travaillent beaucoup, qui font énormément d'heures, et je me dis: Bon, est-ce que ça, ça peut devenir un irritant? Parce que là ils ne dépendront pas de toute l'information. Ça va venir d'un peu partout et ce ne sera plus de leur propre chef, là, qu'ils vont monter le dossier, ça va être un dossier qui va venir de tous et chacun qui va avoir inséré des choses, là, selon leur connaissance du dossier, mais ce n'est pas nécessairement cette connaissance-là que le médecin va avoir besoin pour travailler.

Le Président (M. Labbé): Alors, Me Belzile.

M. Belzile (Pierre): Oui. C'est ça. D'ailleurs, quand on regarde, quand vous prenez l'avant-projet de loi, à l'article 50 où on voit un petit peu la liste et on a le listing des informations, alors, entre autres, on discutait avec Dr Rodrigue et Dr Dutil sur la notion, par exemple, des diagnostics confirmés qui doivent se retrouver dans le résumé. Encore là, ce sont toutes là des décisions cliniques que prend le médecin à chaque fois, et il pourrait y avoir, par exemple, une responsabilité par omission d'agir peut-être aussi là. Alors, à chaque fois, il doit se dire: Bon, bien, est-ce que je pose tel geste? Est-ce que j'inscris ce renseignement-là? Est-ce que je ne l'inscris pas? Tout ça a été, vous dirais-je, effleuré en discussion, mais mérite certainement une bien meilleure réflexion.

Le Président (M. Labbé): Alors, merci, Me Belzile. Alors, Mme la députée, merci beaucoup. Alors, c'est maintenant terminé. Alors, merci, Dr Dutil, Dr Rodrigue, Me Belzile, merci pour la présentation de votre mémoire au nom de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Alors, je suspends les travaux pour quelques minutes pour permettre à la Chambre de commerce du Québec de bien vouloir prendre place.

(Suspension de la séance à 11 h 12)

(Reprise à 11 h 15)

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, la commission va donc reprendre ses travaux. J'inviterais maintenant la Chambre de... les représentants, en fait, de la Chambre de commerce du Québec à bien vouloir prendre place, s'il vous plaît.

Alors, M. Audet, Mme Marchand, bonjour. Bienvenue à cette commission. Je vous rappelle que vous avez 20 minutes pour nous présenter votre mémoire et que par la suite il y aura 40 minutes pour l'échange, 20 minutes avec chacun des groupes parlementaires. Alors, vous pouvez y aller, M. Audet.

Chambre de commerce du Québec (CCQ)

M. Audet (Michel): Merci, madame. Bonjour. Nous ne sommes pas des habitués de cette commission

parlementaire, mais nous sommes habitués à la commission de l'économie et du travail. Donc, je me présente, je suis Michel Audet. Je suis président de la Chambre de commerce du Québec. Je suis accompagné de Mme Louise Marchand, qui est conseillère juridique et vice-présidente aux coordinations des politiques à la Chambre de commerce du Québec et qui a travaillé beaucoup avec un comité de la Chambre pour préparer notre positionnement, donc à qui je demanderai d'intervenir peut-être plus souvent que d'habitude, puisque c'est un dossier assez spécial, assez spécialisé, assez technique et qu'il n'est pas de l'habitude des gens d'affaires de traiter régulièrement.

Cependant, pourquoi nous avons tenu à le faire? C'est que nous croyons qu'il s'agit d'un projet qui justement est au coeur des préoccupations des organismes d'affaires, c'est-à-dire d'abord un système de gestion de la santé plus efficace et qui est mieux centré sur le patient, ce qui était l'objet et le coeur de notre présentation d'ailleurs à la commission Clair comme à d'autres interventions qu'on a faites dans le domaine de la santé. Donc, c'est ce qui nous a amenés à préparer notre position, une position à ce sujet.

Qu'est-ce que c'est, la Chambre de commerce du Québec? Ceux qui ne le sauraient pas, c'est une fédération qui regroupe donc 3 500 entreprises directement et également une fédération qui a 200 chambres de commerce locales qui y sont affiliées, donc qui elles-mêmes ont environ 50 000 entreprises membres de toutes tailles. Donc, c'est un intervenant qui est de premier plan, à notre avis, puisqu'il couvre la vie socioéconomique et particulièrement dans toutes les régions du Québec comme plusieurs députés — les députés, ici présents — le savent très bien.

L'avant-projet qui est soumis à la réflexion des membres de cette commission nous semble une occasion importante de faire valoir les préoccupations des gens d'affaires donc, et nous soumettons quelques idées qui, nous l'espérons, contribueront à faire avancer le débat. Nos commentaires sont inspirés d'un principe, c'est que, ainsi que nous le disions lors des consultations devant la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, la Chambre croit qu'il est capital que l'on recentre le système autour de sa raison d'être: le patient. Dès lors, les interventions, les projets, les nouveaux outils doivent trouver leur justification dans ce postulat cardinal: mieux servir le patient, lui procurer une qualité de soins accrue. Or, nous vivons avec une réalité qui, en dépit de la bonne foi des praticiens, du personnel infirmier, de tous les travailleurs de la santé et des administrateurs, qu'ils soient dans l'établissement ou à Québec, fragilise l'atteinte de cet objectif.

On entend beaucoup parler, donc, des problèmes criants des listes d'attente, des pénuries de médecins, d'infirmières qui entraînent la fermeture de centaines de lits, le recours aux services de cliniques américaines pour pallier à la rareté de nos ressources en période de pointe, notamment en région, la perte d'expérience et la démotivation du personnel de la santé, la rigidité du système bureaucratique et l'intransigeance des conventions collectives, la fragmentation, de la confusion des services. Voilà autant de pierres d'achoppement dans l'élaboration d'une chaîne continue, cohérente et performante du système.

Par ailleurs, nous l'avons réitéré également devant la commission Clair, les coûts du système de santé culminent à des sommets évidemment qui non seulement sont historiques, mais continuent d'augmenter chaque année. C'était presque 15,4 milliards en 2000-2001, ça doit approcher maintenant les 16 milliards, soit près de 40 % des dépenses de programmes du gouvernement. Donc, il faut donc trouver des mécanismes qui, tout en préservant l'intégralité et la qualité du système, en accroissent l'efficacité et en jugulant l'augmentation des dépenses.

C'est justement animé de cette philosophie d'une meilleure qualité des soins, d'efficacité et de réduction de coûts que le ministre de la Santé a proposé dans son avant-projet de loi d'instaurer un système de carte santé. S'appuyant sur la recommandation du Vérificateur général qui déposait à l'Assemblée nationale, le 13 juin 2000... le ministre utilisait les termes suivants dans son mémoire: «Les limites sinon l'absence de certains outils informationnels nécessaires au partage de l'information clinique et à la connaissance en temps opportun de l'utilisation des ressources empêchent le réseau de poursuivre l'amélioration de sa performance.»

● (11 h 20) ●

L'utilisation d'outils technologiques pour gérer les services que la société désire s'offrir est désormais inévitable. Dans son rapport, la commission Clair soulignait que l'implantation de systèmes d'information clinique et de gestion de performance semble incontournable. La commission faisait écho aux commentaires de plusieurs intervenants et experts qui avaient préconisé la mise à jour de procédés tant pour en accroître l'efficacité que pour une meilleure visibilité des coûts, et on cite:

«La contribution fiscale, par l'entremise des impôts sur le revenu, devrait figurer clairement sur la déclaration d'impôts des particuliers — une recommandation, en passant, que, nous-mêmes, on a soumise à la commission Clair — et un relevé de services devrait être inclus dans la future carte de la santé afin de sensibiliser le citoyen au coût des services.» Il est donc indéniable que la proposition contenue dans l'avant-projet de loi entend donner suite à cette réflexion qui a cours depuis plusieurs années, et son actualisation éventuelle s'inscrirait certainement dans une logique de gestion intelligente.

Dans les notes explicatives de l'avant-projet de loi, le ministre prévoit que l'instauration de la carte santé permettra d'atteindre un certain nombre d'objectifs. Donc, on cite: L'utilisation de cette carte permet d'identifier et d'authentifier le titulaire, de vérifier en ligne son admissibilité à la totalité ou à une partie des services assurés prévus aux différents régimes publics et, finalement, de supporter l'expression du consentement de son titulaire lorsque le consentement est requis dans le cadre de l'application des dispositions relatives au résumé des renseignements de santé instauré par l'avant-projet de loi.

Tout en adhérant donc aux objectifs poursuivis par le ministre, la Chambre de commerce du Québec ne peut pour autant accepter la formule de la carte telle que proposée, car elle ne remplira pas le rôle ou en fait n'atteindra pas les objectifs donc qu'on veut lui faire jouer. Il est clair qu'il faudrait un outil technologique

qui permette aux divers praticiens de la santé d'accéder plus rapidement et surtout plus complètement aux renseignements des usagers. Malheureusement, le moyen choisi ne peut, dans sa facture actuelle, répondre aux attentes. Donc, pour la Chambre, la proposition de réforme s'est arrêtée à mi-chemin et ne satisfait pas aux besoins, des besoins qui nous apparaissent pourtant immédiats.

Je dois dire ici que ce document a été préparé donc au début du mois de février, avant le 7 février. Et j'ai relu tout à l'heure, en route, toutes les déclarations qui ont été faites depuis un mois à la commission, et j'ai retrouvé, sans qu'on le sache à ce moment-là, beaucoup d'argumentations qui rejoignent certains de nos... Donc, il y a des choses que vous avez certainement déjà entendues, mais ce n'était pas notre... Quand on les a écrites, on n'imaginait pas qu'il se dégagerait justement un certain consensus à cet égard. Et ce n'était pas concerté avec personne.

La carte santé proposée par l'avant-projet de loi ne permettra aucunement donc l'accès aux dossiers des usagers. Elle se limite en effet à instaurer la confection d'un résumé des renseignements de santé, et ce, à la condition expresse d'obtenir le consentement, général ou particulier, de l'usager. En outre, la fiabilité de ce résumé est précaire, dans la mesure où les renseignements qui y sont contenus peuvent être retirés ou rectifiés en tout temps, à la seule demande de l'usager. Par ailleurs, les coûts inhérents à cet exercice, qui sont pour le moins approximatifs, ne semblent pas justifiés par les retombées qui en découleront dans une perspective de gestion plus serrée et plus efficiente de la santé.

Le texte ici est... Qu'est-ce qu'on prévoit comme résumé des renseignements de la santé? Le texte prévoit que la Régie établit un résumé des renseignements de santé pour toute personne à qui elle délivre une carte santé conformément à la Loi de l'assurance maladie, donc à moins que cette personne ne lui manifeste son intention de ne pas avoir un tel résumé. Tel que nous le comprenons, il n'est pas prévu que la carte à puce soit la porte d'entrée au dossier d'un patient. Le législateur, qui ne parle pas inutilement, précise que la carte portera un résumé. Il s'agit donc d'un nouveau document qui viendra se superposer aux données déjà consignées dans les divers dossiers constitués dans les cliniques privées, dans les CLSC et dans les différents hôpitaux qu'aura à fréquenter le patient au fil de sa vie. Rien d'autre ne sera accessible. Le texte même des notes préliminaires du texte législatif est, à cet égard, très explicite. L'avant-projet de loi précise — et je cite — que ce résumé ne se substitue ni au dossier clinique tenu par un professionnel de la santé ni à celui tenu par un établissement.

Il s'agit donc d'un nouvel outil qui n'impose, par ailleurs, pas la numérisation des renseignements contenus aux dossiers patients des établissements, qui ne permet pas aux cliniciens de connaître toutes les données existantes et qui ne permet pas non plus l'intégration des nouvelles technologies dans une vision globale de la gestion du réseau, ce qui est, à notre avis, le terme normalement d'un projet comme celui-là. En d'autres termes, si un patient possède un dossier dans un hôpital de Montréal, qui est victime d'un arrêt cardiaque à Chicoutimi, l'intervenant de première ligne ne pourra

avoir accès au dossier hospitalier de Montréal. Il n'aura accès qu'à un résumé du dossier, et ce, si le patient a donné son consentement et n'a pas requis le retrait de certains renseignements pertinents.

Donc, cette absence d'obligation entraîne ce qu'on appelle une réforme, donc, qui est, à notre avis, trop parcellaire. La possibilité d'«opting out», en quelque sorte, si on peut l'appeler ainsi, consacrée par le texte de l'avant-projet de loi, toute respectueuse qu'elle soit des volontés de l'usager, nous semble atténuer les effets recherchés par l'implantation d'une carte santé. Dans la mesure où l'adhésion au résumé sera facultative, il tombe sous le sens que la mise en place de ce système ne pourra se faire que de manière incomplète malgré les importantes ressources tant financières qu'humaines qu'il faudra par ailleurs y consacrer. On pourra plaider qu'une information bien diffusée pourra convaincre les citoyens d'adhérer en masse au projet, mais c'est fonder une réforme qui pourra être extrêmement coûteuse sur des bases très fragiles.

Selon l'étendue du consentement qu'aura donné l'usager, le résumé pourra être consulté en totalité ou partiellement. Ces modalités actuellement prévues au texte du ministère atténuent considérablement les retombées positives du projet. Dans la mesure où un professionnel de la santé sera prévenu que le résumé est incomplet, il devra, dans bien des cas, ne pas se fier à ces données pour poser un diagnostic. J'entendais d'ailleurs, la semaine dernière, en cette commission, des représentants du Barreau soulever des problèmes de responsabilité à cet égard. Il est évident que les données retirées pourront ne pas avoir d'impact sur un événement. Ainsi, il n'est pas pertinent de savoir qu'une personne a déjà souffert d'une rougeole quand on la traite pour une fracture du tibia. Mais des cas se poseront ou des éléments d'information seront requis et qui auront été retirés qui rendront le résumé beaucoup moins crédible aux yeux des praticiens. La fiabilité de la carte sera donc immédiatement hypothéquée et son efficacité en sera de fait grandement amoindrie.

Par ailleurs, il est inquiétant de constater que cette possibilité offerte aux usagers de faire rectifier ou retirer des éléments de leur dossier n'est pas acceptée actuellement par la jurisprudence. Comme la loi sur la santé et les services sociaux ne contient aucun article portant sur la rectification des renseignements contenus dans le dossier que détient un établissement, c'est le régime général de la Loi d'accès aux renseignements des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels qui s'applique dans ces cas d'espèce.

L'article 89 de la Loi sur l'accès stipule, et je cite: «Toute personne qui reçoit une confirmation de l'existence dans un fichier d'un renseignement nominatif la concernant peut, s'il est inexact, incomplet ou équivoque, ou si sa collecte, sa communication ou sa conservation ne sont pas autorisées par la loi, exiger que le fichier soit rectifié.» Or, la jurisprudence a interprété que ce droit à la rectification ne peut porter que sur des renseignements objectifs et non sur des jugements, opinions ou appréciations subjectives tels que le diagnostic médical ou les notes d'observations cliniques. Ainsi, la Commission d'accès à l'information a décidé que les observations cliniques et les diagnostics ne pouvaient faire l'objet de rectifications.

Dans leur récente édition de la loi annotée, Mes Raymond Doray et François Charrette écrivent ce qui suit: «Les observations du personnel ainsi que le diagnostic du médecin constituent des jugements subjectifs de ces observateurs et ne peuvent être rectifiés que par ceux-ci, s'il y a [...] erreur ou si ces personnes nient avoir consigné de telles opinions. La Commission n'est, par contre, pas habilitée à mettre en doute les diagnostics médicaux posés et les observations du personnel. Dans les circonstances, le seul recours du demandeur selon la Loi d'accès est de marquer sa dissidence.»

Les auteurs réfèrent à plusieurs décisions rendues spécifiquement en matière d'accès aux dossiers médicaux, refusant la rectification. Les dispositions expresses concernant les possibilités de rectification seront jaugées à l'aune de cette jurisprudence et constitueront au mieux des occasions de confusion et des problèmes d'interprétation jurisprudentielle. Il est regrettable que le texte laisse vainement croire que le patient pourra bénéficier de droits qui ne pourront être actualisés.

Un autre point qu'on veut souligner, c'est les coûts reliés au projet et les économies qui sont assez aléatoires. Dans son mémoire au Conseil des ministres, le ministre de la Santé estime que l'implantation de la carte entraînerait des coûts de 150,6 millions et que ses coûts annuels d'opération seraient de 34,4 millions. Ce sont les seules données dont nous disposons actuellement pour émettre nos commentaires. Nous ne pouvons nous appuyer sur aucune documentation précise qui explicite ou justifie ces prévisions et nous le regrettons. Il nous semble, en effet, que, compte tenu du contexte actuel de l'hémorragie financière et de la recherche de solutions pratiques pour accroître de manière urgente l'efficacité de la santé tout en diminuant les coûts, il serait fondamental que cette nouvelle mesure soit appuyée sur une description très précise des coûts prévus et des bénéfices éventuels. Pour l'instant, le rapport entre ces deux variables est loin d'être convaincant.

● (11 h 30) ●

À ce titre, le mémoire du ministre évalue à 64 millions les économies annuelles que l'instauration d'un résumé de la santé pourrait générer. Il estime que le traitement en temps réel et la sensibilisation de l'usager à la valeur monétaire des services contribueraient à une réduction de 40 millions et que ½ de 1 % des admissions dans les hôpitaux pourraient être éliminées, pour des économies de 24 millions. C'est, à notre avis, un peu mince et éminemment hypothétique. D'ailleurs, je fais signaler que, même dans l'intégration ou dans l'implantation de ces processus, M. le ministre conviendra que dans le domaine de l'informatique on sait quand on commence, mais c'est très difficile de mettre un chiffre précis sur la fin et le coût final des travaux.

Pour bien évaluer un tel processus, encore faut-il en peser les avantages et les inconvénients. Pour la Chambre de commerce, il est indispensable que les citoyens soient informés adéquatement de la façon dont les fonds publics seront dépensés, par une étude des coûts-bénéfices et particulièrement au moment où le système de santé est l'objet d'inquiétudes constantes et de recherche de solutions pour en maintenir l'accès et la qualité.

Donc, ce que nous voulons aborder, c'est peut-être l'élargissement en quelque sorte de la réflexion à une approche globale. La modernisation de l'accès aux renseignements cliniques des usagers du système de santé est incontestablement nécessaire. Il faut en effet instaurer des méthodes pour mieux saisir et plus rapidement le profil du patient qui se présente dans un établissement ou une clinique privée en disposant d'une information clinique fiable, précise et complète. Pour ce faire, un résumé n'est pas suffisant; il faut voir plus loin et plus large, sur la base d'un système intégré. La Chambre ne serait donc pas réfractaire à ce que, dans une perspective d'efficacité, d'accroissement de la qualité des soins et de réduction des coûts, l'on étudie très sérieusement la possibilité d'ouvrir l'accès aux professionnels de la santé autorisés, donc par un profil d'accès, à tous les dossiers des établissements publics et des cabinets privés, avec le consentement de la personne concernée. La carte à microprocesseur pourrait justement permettre la formulation du consentement de l'usager, général ou particulier, tout en assurant la sécurité des données, sans pour autant que celles-ci ne soient centralisées dans un mégafichier. Il n'est pas possible d'entrevoir une telle approche globale avec le projet actuel, à notre avis.

Notre proposition suppose évidemment une numérisation de tous les dossiers patients des établissements et une mise en réseau de ces dossiers pour habiliter les professionnels de la santé à agir avec une réelle connaissance de l'état du patient et des soins reçus antérieurement. Les objectifs poursuivis en matière de qualité de soins et de meilleure performance auraient ainsi de meilleures chances d'être atteints.

Pour ce qui est de la protection de la vie privée des citoyens, notre suggestion est d'autant moins menaçante que les outils technologiques sont disponibles, à notre avis. Les clés privées et les clés publiques assureraient un accès réservé aux seules personnes habilitées, et nous sommes confiants que la vigilance de la Commission d'accès à l'information, bien connue, n'aurait de cesse que ce respect soit assuré.

Nous nous permettons également de souligner que la réserve exprimée par le ministre quant au contrôle des pratiques ne nous semble pas justifiée. Nous avons atteint un point de non-retour, et notre système de santé souffre de maux auxquels il faut remédier. L'occasion est bonne d'ouvrir un vrai débat, dans une vision d'ensemble, qui ne se satisfait pas de solutions édulcorées, sur la base de données essentielles: l'accessibilité et la qualité des soins, dans le respect de la vie privée des citoyens et dans une perspective de dépenses publiques tolérables pour l'ensemble des contribuables. S'il n'est pas acceptable que l'on veuille limiter l'accès aux soins autrement que par des exercices pédagogiques visant à contrer une utilisation abusive, il ne devrait donc pas pour autant être exclu qu'un contrôle des diverses pratiques puisse être effectué pour des fins administratives de gestion de ressources notamment.

En conclusion, donc, la Chambre veut se faire l'écho des préoccupations des usagers du système de santé qui s'inquiètent donc d'un certain nombre de phénomènes que j'ai décrits tout à l'heure. Et une chose qu'on ne mentionne pas souvent mais que... nous vieillissons tous, et on va augmenter, donc, encore

davantage dans l'avenir l'incidence des besoins de tout ordre.

Donc, nous écrivons les recommandations suivantes. La Chambre de commerce adhère donc aux objectifs d'amélioration des modes de gestion du système de santé. Elle croit en effet que l'on doit absolument développer des outils modernes et performants qui permettent d'assurer une meilleure qualité des soins, à des coûts contenus. La Chambre ne peut toutefois souscrire aux modalités prévues actuellement dans l'avant-projet de loi et, dans cette perspective, elle soumet les recommandations suivantes. Donc, elle recommande qu'on ne procède pas maintenant à l'instauration d'un régime parallèle d'accès aux renseignements des usagers par la confection d'un résumé de renseignements cliniques tel que proposé. La Chambre propose cependant... elle recommande plutôt que, dans une perspective plus intégrée et après avoir scrupuleusement évalué les coûts et les bénéfices, le gouvernement opte pour une réforme qui implante la numérisation des dossiers détenus par les établissements de santé et qu'il mette des mécanismes d'interconnexion de l'information en oeuvre, donc on propose d'aller encore plus loin, dans un certain sens, mais en l'élargissant à la gestion du système. Et la Chambre de commerce recommande également que l'accès au dossier numérisé ne soit réservé qu'aux seuls professionnels autorisés, après l'obtention du consentement de l'usager, par le biais de la carte à microprocesseur à clés privées et à clés publiques. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, merci, M. Audet. Nous allons donc procéder à la période d'échange. M. le ministre.

M. Legault: Oui. D'abord, je voudrais vous remercier, M. Audet, et aussi Me Marchand, qui vous accompagne, et toute la Chambre de commerce du Québec qui a préparé ce mémoire sur un sujet qui est quand même important pour continuer d'améliorer la qualité des soins qu'on donne à nos patients.

Si je comprends bien la position de la Chambre de commerce, vous nous dites que, sur les principes, vous êtes d'accord avec l'importance d'implanter une technologie de l'information qui va nous permettre de partager l'information médicale entre les différents intervenants. Mais vous nous dites... Bon, votre première priorité, c'est d'avoir un dossier complet. Donc, vous nous dites: Il faudrait d'abord mettre de côté l'idée qu'un patient puisse choisir de l'information. Je pense que, là-dessus, il y a beaucoup d'intervenants qui sont venus ici nous dire que c'est important d'avoir un dossier complet. Mais vous allez même un peu plus loin. Vous nous dites: On ne devrait pas avoir un résumé, mais on devrait avoir accès à tous les renseignements dans les différents établissements. Première question: Est-ce que vous pensez que, dans cette liste des établissements, on devrait inclure les pharmacies?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Oui, M. Audet.

M. Audet (Michel): Je pourrais juste peut-être faire une introduction, puis Me Marchand pourra

continuer. Je ne pense pas qu'on ait... On s'en était tenu, jusqu'à présent en tout cas, aux établissements de santé privés et publics. C'est ce qu'on avait en tête: les cliniques donc privées et, bien sûr, les hôpitaux. Maintenant, c'est une question qui, je pense, mériterait d'être étudiée justement dans ce contexte plus large.

Pour ce qui a trait à votre introduction générale, je pense que vous avez bien résumé notre pensée. C'est qu'on dit au fond... Et je relisais d'ailleurs certaines interventions du Dr Lamontagne, de quelques autres également, personnes qui disaient: Au fond, là, on a voulu être... on est assez frileux dans toute la question des renseignements personnels et tellement frileux qu'on a abouti à une situation où on a un dossier médical qui va être résumé, qui va nécessairement être incomplet et donc dont la pratique... en pratique, risque de ne pas être tellement utilisé. Donc, c'est ça, notre question, c'est l'efficacité du produit qu'on est en train de mettre au point. Comme on dit, de deux choses l'une: ou on y croit, au système, puis on croit à la technologie, et on croit qu'elle est fiable, puis c'est ce que les gens nous disent, et à ce moment-là on a des clés, bien sûr, pour en protéger l'accès et puis on les met dedans pour que le système soit efficace, ou bien donc, à ce moment-là, on passe à autre chose. C'est un peu notre jugement très concret qu'on a voulu porter. Donc, votre résumé était tout à fait correct.

Mais, dans cette perspective-là, on trouve qu'effectivement et sans enlever quoi que ce soit aux craintes exprimées en ce qui a trait à l'accès à l'information... si je peux me permettre, je vais faire un lien avec d'autres présentations qu'on a faites par ailleurs, notamment à la commission Clair. Le problème, c'est qu'on a un système de gestion public, il n'y a pas de prix attaché à notre système. Dans tous les systèmes de gestion, habituellement il y a un prix donc qui constitue une façon, une sorte de frein à l'utilisation. Ici, il n'y en a pas. S'il y avait un prix, évidemment, quand ça ferait trois fois que le patient se faisait passer la même radiographie, il dirait: Un instant, je ne paierai pas trois fois. Il apporterait son programme, sa radio, puis il irait voir le deuxième médecin, il irait le voir et dirait: Écoutez, regardez, j'ai déjà passé, là, je ne repaierai pas une deuxième fois.

Le problème qu'on a, c'est que, comme on a un système gratuit, donc qui est universel, alors, évidemment, il n'y a rien d'attaché, il n'y a pas de pénalité attachée à ça. Comme on n'en a pas, on est pris avec un système donc qui provoque évidemment les files d'attente, et là on essaie de trouver une façon de le gérer de façon économique mais en gardant ce principe-là. Je caricature un peu la situation. Je pense que c'est à peu près ça que vous essayez de faire: avoir un instrument plus efficace compte tenu qu'on n'a pas l'instrument des prix. Alors, nous, on dit effectivement oui à ça, oui il faut trouver une façon plus efficace de faire quand on reste dans ce système de gestion public. Mais en même temps on pense que, actuellement, il y a moyen certainement d'atteindre, à mon avis, d'obtenir un produit plus performant qui intègre davantage les établissements. C'est ça qui nous a frappés. Nous, on trouve qu'on a... beaucoup au dossier patient, mais on pense que les établissements de santé doivent faire partie de la solution, doivent faire partie du processus également. Et je demanderais peut-être à Me Marchand de compléter.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Me Marchand.

Mme Marchand (Louise): Merci, madame. Merci, M. le ministre. Effectivement, je pense que la variable médicaments est fort importante pour la prise de décision et pour permettre aux praticiens de la santé de poser des bons diagnostics. Alors, évidemment, je pense qu'il y a quelque chose à regarder effectivement pour donner accès à ce dossier pharmaceutique, si vous voulez. Et, par le biais encore une fois des outils technologiques dont on dispose déjà, les clés privées, les clés publiques, on fait quand même référence à des professionnels qui sont couverts par des codes de déontologie. Alors, moi, je pense qu'il faut regarder effectivement l'ensemble de la problématique et l'ensemble des outils qui sont à notre disposition pour faire une intégration complète.

● (11 h 40) ●

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, M. le ministre.

M. Legault: Oui. Peut-être pour aller un peu plus loin dans ma question concernant les pharmacies, bon, un des objectifs importants qu'on vise avec le résumé de renseignements, c'est de pouvoir avoir de disponible la médication que prend le patient. Puis je l'ai vu moi-même, à une urgence, les médecins sont obligés actuellement, à la main... de prendre le petit sac que la patiente a peut-être apporté pour faire la liste des médicaments qui sont pris. Donc, si on avait un résumé, qu'il y avait déjà toute la médication qui est prise par le patient, ça sauverait beaucoup de temps et puis ça améliorerait l'efficacité dans les choix que doivent faire les médecins quand vient le temps de choisir des traitements. Ça suppose d'avoir un système, en tout cas à notre avis, qui est centralisé, où on inclut toutes les pharmacies.

Et il y a tout ce débat, là. Effectivement, il y a des partisans, comme M. Sicotte, d'une technologie où on aurait un fureteur qui irait chercher l'information dans les différents établissements. Et il y a une autre école de pensée où on dit: Non, l'information devrait être centralisée. Bon. Pourquoi on a choisi de proposer une banque centralisée? D'abord, pour la protection des renseignements. On a consulté des experts, incluant des entreprises que M. Audet connaît sûrement bien, comme CGI puis Cognicase, qui nous disent: C'est préférable d'avoir un dossier central parce que, protéger 10 000 établissements par rapport à protéger une banque centrale, bien, c'est facile à comprendre que c'est plus simple d'en protéger une.

Maintenant, pour ce qui est de l'intégralité, à savoir: Est-ce qu'on a tous les renseignements? est-ce que les renseignements ont été mis à jour à chaque jour? bien, encore là, si on a la RAMQ ou en tout cas quelqu'un qui centralise l'information, qui s'assure que ce soit mis à jour partout, on a plus de chances que nos dossiers soient complets que de compter sur les 10 000 établissements. Il s'agirait qu'il y ait un établissement qui ait oublié de faire sa mise à jour puis là, quand on commence à fureter, bien, on manque une information, donc on n'a pas un dossier complet. Puis, finalement, bien, les compagnies, les experts comme CGI et

Cognicase nous disent: Au niveau de la performance, c'est beaucoup plus performant, un dossier qui est centralisé. Bon.

Vous, vous dites: Non, il ne faut pas aller vers un dossier centralisé, il ne faut pas aller vers un résumé, il faut vraiment utiliser la méthode où on irait fureter dans les différents établissements. Puis là ce n'est pas clair si vous incluez ou non les pharmacies, donc incluez ou non la médication. Donc, j'essaie de comprendre pourquoi vous n'êtes pas d'accord avec le résumé et la banque centralisée qui est proposée dans l'avant-projet de loi.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Me Marchand.

Mme Marchand (Louise): M. le ministre, il y a peut-être une confusion, là, dans la façon dont, nous autres, on a essayé de résumer notre position. Je pense que ce n'est pas mutuellement exclusif, votre approche et la nôtre. Nous, ce qu'on vous dit, c'est que, actuellement, ce qu'on comprend de l'avant-projet de loi, c'est que c'est un dossier qui viendrait... le résumé serait un élément qui viendrait se superposer à ce qui existe déjà en matière de dossier hospitalier dans les établissements, dans les cliniques, etc. N'est-ce pas? Bon.

Vous avez raison quand vous dites: La composition médicaments est fondamentale. C'est d'ailleurs un des objectifs et, ce que je disais tout à l'heure, ça fait partie de la prise de décision de savoir quels médicaments une personne prend, quand elle est capable de s'en rappeler. C'est beau quand vous dites qu'elle a apporté le sac à l'hôpital, c'est loin d'être évident.

Alors, moi, ce que j'essaie d'expliquer, peut-être maladroitement, mais c'est que, si vous avez la possibilité d'intégrer toutes les informations, que vous les fassiez de façon centralisée ou plus ou moins centralisée, je ne suis pas sûre qu'à ce stade-ci... de toute façon, on n'est pas des experts ni en santé ni en informatique pour vous dire quelle est la meilleure façon. Mais ce qu'on comprend toutefois, c'est qu'il faut un outil qui soit le plus complet possible et le résumé ne nous semble pas être l'outil complet que vous semblez vouloir mettre en place pour poser un bon diagnostic et pour fournir aux praticiens de la santé dans toutes les disciplines les meilleurs éléments pour la prise de décision. Alors, ce qu'on vous dit, nous: Allez plus loin encore et mettez à profit les montants, 150, 160 ou je ne sais plus, 170 millions — je ne sais plus où est-ce qu'on est rendu — disponibles pour faire en sorte que tout soit possible, tout soit accessible.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Legault: Oui. Bon, vous prenez pour acquis que, d'avoir toute l'information, ça devrait être notre première priorité. Pourtant, on sait qu'un patient qui aurait consulté ou qui aurait eu des soins dans 10, 20, même 30 établissements ou à 10, ou 20, ou 30 reprises, si on commençait à avoir accès à chaque rapport qui a été fait à chacune des occasions puis que, le médecin, ce serait ça qu'il aurait comme information, ce serait complet, mais ce ne serait peut-être pas efficace. Et je

ne sais pas si vous étiez présents tantôt; Dr Dutil, qui est le président de la Fédération des médecins omnipraticiens, est venu nous dire: Moi, je n'ai pas le temps, le temps compte quand on est en médecine, surtout à l'urgence, et je n'ai pas le temps d'aller fureter puis d'aller chercher toute l'information. Pour ça, le Dr Dutil nous disait: C'est important d'avoir un résumé. Mais j'essaie de comprendre pourquoi vous tenez tant à... ou pourquoi vous êtes autant en désaccord avec le fait d'avoir un résumé, puisque les travailleurs qui sont dans le domaine de la santé semblent souhaiter avoir ce résumé.

M. Audet (Michel): Oui. Si vous me permettez, je pense que toute la question — et c'est ça qu'on a dit au départ — de l'évaluation qui a été faite par beaucoup de gens qui sont venus en commission parlementaire, notamment d'autres associations médicales, c'est que ce résumé-là ne serait pas suffisant pour poser un diagnostic parce qu'il ne serait pas complet. La question, c'est que ça permet d'avoir une information additionnelle. Toute la question qu'on se pose, puisqu'on est dans une réalisation d'affaires: Est-ce que les coûts-bénéfices, c'est là? En d'autres termes: Est-ce que ça vaut la chandelle d'investir 200 millions? Est-ce que la mise à jour de ce résumé-là, de cette information-là va être suffisante pour... C'est là qu'est notre préoccupation, notre question. Donc, on dit: Est-ce que ça va être un instrument de gestion ou essentiellement un élément d'information qui va ajouter de l'information au processus, mais qui, probablement, n'épargnera pas d'actes médicaux? Parce que c'est ça, l'objectif que, nous, on pense qui devrait, à la fin... c'est de dire: Ah! il y a eu déjà... Regarde, il y a deux semaines, il y a déjà eu tel acte de posé, tel acte de posé, on ne recommandera pas les examens, soit des examens de laboratoire ou soit des examens de radiographie. Là, c'est ça qu'on dit: Est-ce que le résumé va être assez détaillé pour fournir toute cette information-là? C'est ça qui n'est pas clair. C'est ce qu'on voit là-dedans, c'est un document de nature générale qui donc ne permettra pas à des spécialistes ou à des médecins, je pense, en tout cas, de poser un acte. Et, s'ils le font puis qu'ils ont omis de tenir compte que cette affaire-là n'avait pas eu lieu, présumant que ça a eu lieu, bien, ils vont se faire reprocher de ne pas l'avoir fait. Et puis, s'ils doublent le travail, bien, on dit à ce moment-là: À quoi ça aura servi? C'est ça, notre question, M. le ministre. Ce n'est pas la pertinence du projet. C'est le fait qu'on dit: Tel qu'il est actuellement, est-ce que le jeu en vaut la chandelle? Est-ce que c'est un investissement qui va rapporter? Et c'est ça qui est notre question. Ce n'est pas sur l'objectif. On dit: Si on doit investir là-dedans, est-ce qu'on ne pourrait pas aller plus loin, intégrer un peu plus, prendre le temps, peut-être, d'intégrer davantage d'opérations, et quitte à ce que, effectivement, on mette à contribution les institutions davantage, comme on le disait tantôt, et y compris les pharmaciens?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre...

Mme Marchand (Louise): Si je peux me permettre d'ajouter...

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Ah oui, Me Marchand.

Mme Marchand (Louise): Excusez-moi. Il y a également dans cette foulée le problème de la fiabilité, vous l'avez vu, on l'a souligné dans notre mémoire, le fait que les gens puissent, un, opter out, donc ce n'est pas obligatoire, et, deux, le fait qu'ils puissent retirer des éléments qui pourraient être pertinents. Et, moi, bien profane que je suis en matière de santé, si je retire un renseignement, je ne suis pas capable d'évaluer la valeur probante de ce renseignement-là, qui pourrait par ailleurs, pour mon médecin, être extrêmement important. Alors, nécessairement, la fiabilité du résumé va être entachée à coup sûr. Et puis quelle importance et quelle influence aura-t-elle, cette matière, quand le médecin voudra poser son diagnostic, s'il sait qu'il y a des éléments qui en ont été retirés? Il va complètement le mettre de côté. En tout cas, c'est ce que, nous, on entend, là, de notre côté, des praticiens qu'on a consultés avant d'écrire le mémoire. Alors, ça, ça nous inquiétait aussi. C'est pour ça qu'on dit: Ayons une approche large, globale. Bon, comme, par exemple, quand vous arrivez dans une urgence puis que le médecin fait descendre le dossier patient papier complet de l'hôpital, évidemment, il faut qu'il regarde un peu à l'intérieur ce qui est pertinent à la crise qui vous a amené à l'urgence. Mais il a accès à tout, là. Il pourrait avoir accès à tout de la même façon, mais par un outil technologique.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

• (11 h 50) •

M. Legault: Oui. Peut-être pour qu'on se comprenne bien, si vous êtes une patiente et que vous changez d'hôpital, vous êtes dans une urgence qui n'est pas l'hôpital que vous fréquentez habituellement, évidemment, là, dans la situation actuelle, l'hôpital n'aurait pas votre dossier complet. Donc, si on veut donner accès au dossier complet, il faut effectivement être capable d'avoir accès dans chacun des 10 000 établissements à toute l'information sur les patients. Évidemment qu'il y a des coûts qui sont rattachés à ça, évidemment que, si on veut... puis, bon, je ne vous ai pas beaucoup entendu parler, là, de la protection des renseignements. Bon, il y a des groupes qui sont venus nous rencontrer pour nous dire: C'est très important que ce soit parfaitement sécurisé, parfaitement confidentiel, toute l'information dans le dossier patient. Vous pouvez bien vous imaginer que, s'il faut sécuriser les données qui sont dans 10 000 établissements, ça coûte beaucoup plus cher que de les sécuriser dans un lieu, là, à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Est-ce que, pour vous, vous dites: Ça vaut la peine d'investir plus, ou si vous nous dites: Bien, la protection des renseignements, on y va peut-être trop fort, puis on devrait peut-être mettre un bémol là-dessus? C'est quoi, votre approche, encore une fois, pour justifier d'avoir de l'information qui est dans 10 000 établissements puis qu'on puisse les laisser dans ces établissements-là et les rendre accessibles aux professionnels?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Audet.

M. Audet (Michel): Écoutez, je pense que là-dessus, c'est le pari, en fait, qui est fait par toute la réforme, en fait: ou on croit à la sécurité, hein, des instruments informatiques qui sont mis au point et des clés qui permettent d'y accéder ou on n'y croit pas. Nous, on dit: Effectivement, même la proposition qui est faite, on y croit assez parce que, finalement, ça va être quand même limité aux seuls patients. Mais on dit: On va en faire strictement un résumé, au fond, peut-être. En se disant: Bien, au cas où les gens y auront accès, ce ne serait pas plus grave que ça, puis c'est très général. Mais c'est justement, là on a un problème, c'est que, si c'est général, ce n'est pas nécessairement efficace. Alors, nous, on dit: Écoutez, si on y croit, et on croit que maintenant il y a des technologies qui permettent de sécuriser ça et qu'il pourrait y avoir des mécanismes mis en place pour s'assurer, justement, que ça se fasse correctement et avec les mécanismes appropriés pour protéger effectivement la vie privée. Mais, en même temps, on est face à un système qui est financé par le public, et là limite, à mon avis, de chaque citoyen, c'est un peu finalement la responsabilité collective aussi des coûts qui y sont associés. Si, à chaque fois, on doit doubler les actes qu'on a au Québec à cause de ça, bien, la question se pose, comme je disais tantôt, de la viabilité de notre système de santé public. C'est un peu ça qui va se poser à terme.

Alors, nous, on croit qu'effectivement la logique même qui est proposée là, on ne voit pas pourquoi... si c'est sécuritaire, la proposition qui nous est faite sur les fins de la protection de la vie privée, pourquoi est-ce qu'on exclurait la possibilité, comme l'ont fait valoir des gens comme le Dr Lamontagne qui disait, lui, qu'effectivement on ne voit pas pourquoi est-ce qu'il n'y aurait pas un dossier assez complet pour éviter les erreurs, en se disant, justement, que la sécurité, elle est suffisante pour le projet actuel, donc pourquoi est-ce qu'elle ne le serait pas pour des projets additionnels?

Ceci dit, c'est évident qu'on est conscient que la loi sur les renseignements personnels comporte des contraintes majeures, on le vit tous les jours dans toutes nos organisations, et ça, c'est clair, il faut en tenir compte. Mais, si on met un instrument semblable au point puis on essaie de le concilier comme on le fait actuellement avec la loi pour aller à la limite, je suis sûr qu'on va rencontrer quand même des problèmes si on n'est pas sûr de notre instrument. Nous, on présume que l'instrument, il est fiable, donc c'est pour ça qu'on fait cette proposition-là.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le ministre.

M. Legault: Oui. D'abord, comme le disait tantôt le Dr Dutil, le Dr Dutil nous disait: Pour nous, là, les médecins, c'est très important d'avoir un résumé. Mais en tout cas, je voudrais, parce que le temps file, peut-être vous poser une dernière question. Vous nous dites: La Chambre de commerce serait contre l'exclusion légale, à l'article 45, des possibilités de contrôle administratif sur les pratiques pouvant être effectuées pour des fins de gestion des ressources à l'aide de la carte à microprocesseur. Quels contrôles administratifs les plus importants vous avez en tête

quand vous dites qu'on devrait garder ces objectifs en tête?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, très rapidement, s'il vous plaît, Me Marchand.

Mme Marchand (Louise): Bien, écoutez, je pense que, dans le système actuel, on essaie de trouver des méthodes, des mécanismes pour améliorer la gestion des services, la gestion des ressources humaines, et, moi... en tout cas, on n'est pas opposé du tout à ce qu'on regarde le fait d'utiliser, si vous voulez, les données qui seraient accessibles par l'accès, par exemple, des praticiens aux dossiers pour contrôler le... je sais que le mot «contrôle» fait peur à tout le monde, là, mais en tout cas, pour mesurer, si vous voulez, et évaluer les gestes posés qui nous permettraient de gérer davantage nos effectifs dans les hôpitaux. On a des problèmes de rareté de médecins, de pénurie dans certains endroits et dans d'autres, etc. Alors, je pense qu'on a là une occasion de commencer à regarder ça très attentivement avec des outils technologiques de pointe et qui nous permettraient de gérer peut-être davantage les ressources.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, merci. Ça met fin au temps de l'équipe ministérielle. Alors, M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci, Mme la Présidente. À mon tour de vous souhaiter la bienvenue, aux gens de la Chambre de commerce. Vous allez me permettre, dans un premier temps, de revenir sur certains passages de votre mémoire, surtout pour illustrer mon étonnement que le ministre vous demande qu'est-ce que vous devriez prioriser compte tenu des coûts, alors que les coûts sont toujours très nébuleux pour vous, pour nous, pour tous ceux qui n'ont pas accès, comme le ministre, au mémoire qui a été confié au Conseil des ministres.

À la page 1, vous dites: «La Chambre de commerce du Québec croit qu'il est capital que l'on recentre le système autour de sa raison d'être: le patient.» Dès lors, les interventions, les projets, les nouveaux outils doivent trouver leur justification dans ce postulat cardinal: mieux servir le patient, lui procurer une qualité de soins accrue. Or, nous vivons avec une réalité qui, en dépit de la bonne foi des praticiens, du personnel infirmier, de tous les travailleurs de la santé et des administrateurs, qu'ils soient dans les établissements ou à Québec, fragilise l'atteinte de cet objectif: les problèmes criants des listes d'attente, les pénuries de médecins et d'infirmières qui entraînent la fermeture de centaines de lits, le recours aux services de cliniques américaines pour pallier à la rareté de nos ressources en période de pointe, notamment en région, la perte d'expérience et la démotivation du personnel de la santé, les rigidités du système bureaucratique et l'intransigeance des conventions collectives, la fragmentation, la confusion dans les services, voilà autant de pierres d'achoppement dans l'élaboration d'une chaîne continue, cohérente et performante du système.» À tous ceux qui nous demandent à tous de ne pas réfléchir et agir en silo, vous venez rappeler qu'il faut, à l'étude de cet avant-projet de loi, regarder le contexte que nous connaissons dans l'ensemble du réseau de la santé, et je voudrais

vous remercier et vous féliciter pour nous le rappeler. J'espère que ce sera retenu.

À la page 3, vous dites: «Par ailleurs, les coûts inhérents à cet exercice — savoir la carte santé — qui sont pour le moins approximatifs, ne semblent pas justifiés par les retombées qui en découleront dans une perspective de gestion plus serrée et surtout plus efficiente de la santé. Quant aux économies, que le ministère estime à 64 millions annuellement, elles nous semblent fondées sur des hypothèses qui ne sont appuyées par aucune étude ou démonstration convaincante.»

Et, à la page 4, vous dites: «Il s'agira donc d'un nouvel outil, qui n'impose par ailleurs pas la numérisation des renseignements.» Excusez-moi, je suis à la page 6. À la page 6, vous revenez sur les coûts de 150 millions appuyés sur aucune documentation: «Il nous semble en effet que, compte tenu du contexte actuel d'hémorragie financière et de recherche de solutions pratiques pour accroître de manière urgente l'efficacité du système de santé, tout en diminuant les coûts, il serait fondamental que toute nouvelle mesure soit appuyée d'une description très précise des coûts prévus et des bénéfices éventuels.»

Je vous informe qu'un spécialiste des questions d'informatisation et de santé, qui s'appelle Pierrôt Péladeau, du Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal, a fait une demande d'accès demandant l'ensemble des coûts exigés et bénéfices prévus qui ont été identifiés par catégorie d'acteurs pour le développement, l'implantation et l'opération du projet. La réponse qu'il a obtenue: Ces renseignements se trouvent dans la partie confidentielle du mémoire au Conseil des ministres portant sur l'avant-projet de loi concernant la carte santé du Québec.

Ma question est bien simple: Est-ce que vous trouvez raisonnable et normal que le ministère conserve pour lui des informations sur les coûts et même sur les bénéfices de son projet de loi et que nous soyons condamnés à étudier cet avant-projet de loi dans des zones d'ombre plutôt très intenses?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Audet.

M. Audet (Michel): M. le député, vous me posez une question qui a visiblement des incidences politiques. Alors, vous comprendrez que je ne veux pas m'embarquer dans une polémique à ce sujet. Nous, on a pris les informations qui étaient disponibles dans le mémoire et celles qui nous étaient accessibles. On a effectivement regretté le fait de ne pas avoir plus d'information à cet égard. Je pense que, si elles sont disponibles... Ce serait certainement à l'avantage même du projet si elles étaient mieux peut-être affirmées et justifiées. C'est un peu la question qu'on se pose, c'est qu'au fond, je le disais tantôt, quand on embarque dans un système semblable d'informatisation, malgré les assurances que peuvent donner les gens de l'informatique, quand on est embarqué là-dedans, on est un peu comme, finalement... on s'est mis le bras un peu, comme on dit, dans le tordeur, et puis, par la suite, au bout de 100 millions, on dit: Bien, écoute, pour avoir ton produit, ça va en prendre un peu plus que ce que j'avais prévu. Et là, évidemment, on est obligé souvent

de tenir compte, malgré toute la bonne volonté qui peut être faite dans les estimations, même les estimations qu'il pourrait y avoir, qui ne sont pas connues...

• (12 heures) •

Je suis toujours, moi, personnellement, je suis toujours très sceptique sur les évaluations qui ont été faites, et tous les présidents de banque que je connais, qui ont informatisé leur système, à chaque fois que vous leur posez la question: Ça a été quoi, la plus grande déception ou la plus grande inconnue que vous avez eue dans votre organisation? ça a toujours été l'informatique. Alors, les coûts de l'informatique... Et d'ailleurs plusieurs en sont venus à sous-traiter cette fonction-là parce qu'ils étaient incapables de la contrôler.

Alors, justement, c'est une partie inhérente de ce processus-là, et je comprends peut-être qu'on ne veuille pas justement se donner plus de... peut-être de confirmer de façon plus précise que, au fond, ce que les chiffres donnent actuellement comme information, peut-être un ordre de grandeur, puis, en même temps, c'est ce qui nous amène, nous, à dire: Compte tenu de ça, compte tenu que ça pourrait être beaucoup plus que ça et que les bénéficiaires, eux, ne sont pas nécessairement, en tout cas, là, bien, c'est ce qui nous amène à poser la question: Est-ce qu'on ne devrait pas, tant qu'à investir, s'assurer d'avoir un produit, justement, qui va rapporter de façon certaine sur le plan de la gestion des soins?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Je comprends de votre réponse que vous regrettez que l'information ne soit pas disponible, mais vous n'êtes pas sûr que même l'information qui est disponible pour le ministère soit une information de qualité, considérant que, dans l'informatique, il est toujours difficile de faire des évaluations.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Audet... Ah! c'est un commentaire. Parfait. M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: À la page 4 de votre mémoire... Et c'est intéressant que vous veniez juste après l'Association des hôpitaux du Québec, qui, ce matin, ne nous disait pas tout fait le contraire mais disait quelque chose d'autre, en tout cas... Vous dites: «Il s'agira donc d'un nouvel outil, qui n'impose par ailleurs pas la numérisation des renseignements contenus aux dossiers patients des établissements, qui ne permet pas aux cliniciens de connaître toutes les données existantes et qui ne permet surtout pas l'intégration des nouvelles technologies dans une vision globale de la gestion du réseau.»

Ce matin, on en a parlé avec l'AHQ. L'AHQ est favorable au projet de loi, exactement parce que ça permet la numérisation des renseignements contenus dans les dossiers patients d'établissements. Je sais que vous hochez de la tête en disant: Bien non, l'avant-projet de loi dit exactement le contraire. Mais la logique de l'AHQ, c'est la chose suivante: Une fois qu'on va se donner une carte, puis qu'on va avoir un résumé, puis qu'on va s'apercevoir que le résumé est incomplet, puis que tout le monde va vouloir aller chercher plus

d'information, nécessité fait loi, ce jour-là, on va dire: Il faut avoir accès à l'ensemble des données. Essentiellement, c'est ce qu'ils viennent nous dire ce matin.

Nécessité fait loi, c'est quand même assez drôle de dire dans un contexte où on étudie une loi qui devrait répondre à une nécessité qui est celle du dossier patient partageable. Et je comprends donc que, vous, ce que vous venez nous dire aujourd'hui, et confirmez-moi si c'est le cas, vous venez nous dire ni plus ni moins: Ce que l'AHQ espère dans un deuxième temps, dans la deuxième loi, une fois qu'on aura fait ces premières étapes mécaniques puis qu'on se sera aperçu qu'on n'a pas tout, pourquoi est-ce qu'on ne le fait pas tout de suite? Pourquoi est-ce qu'on ne comprend pas que la nécessité aujourd'hui, c'est d'avoir accès au dossier complet? Et est-ce que, quand le ministre vous dit, tantôt, que les omnipraticiens... Le Dr Dutil est venu nous voir tantôt disant que, lui, le résumé de santé, il en avait de besoin, puis c'était ça tout de suite. Il a oublié de vous dire qu'il souhaitait aussi qu'il y ait accès à d'autres informations aussi. Pour vous, s'il n'y avait qu'un résumé de renseignements de santé, est-ce que ça vaudrait la peine d'investir... je parle du premier, je ne parle pas de l'hypothèse de l'AHQ qui dit qu'il va y avoir un deuxième projet une fois que le premier va avoir prouvé ses limites. Est-ce que vous diriez oui au gouvernement: Va de l'avant avec le projet s'il se limite à des résumés de renseignements de santé?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. Audet.

M. Audet (Michel): Oui. Si vous me permettez, je pense que ma réponse va un peu déborder le cadre du mémoire parce qu'on s'est quand même donné la peine de lire un peu ce qui a été dit, et puis, quand même, depuis un mois, et c'est peut-être l'inconvénient de venir à la fin, mais c'est également l'avantage de voir un peu justement les réflexions des gens qui sont dans le secteur... Moi, si vous me permettez, mon avis très personnel, je ne suis pas un spécialiste dans le domaine, mais je pense qu'avant... à partir de ce qui s'est dit, je crois personnellement que, justement — et on a eu une discussion précisément avec des représentants de l'Association des hôpitaux à cet égard — je pense que c'est très... C'est sûr que l'objectif — et puis je suis tout à fait d'accord avec eux autres — c'est que, dans un deuxième temps, l'un n'exclut pas l'autre, au fond. Il faut commencer peut-être par là pour faire l'autre, et ça, je pense que... On n'est pas des spécialistes... que c'est une approche valable, mais ce que l'on dit, c'est qu'on a peut-être l'occasion de prendre quelques mois de plus et de faire justement une réflexion peut-être un peu plus — c'est le sens un peu de notre proposition — une approche un peu plus globale de placer ces acteurs-là. Et je pense que la commission aura eu cet immense, à mon avis, avantage de placer le dossier justement sur la place publique, d'amener justement les gens à faire part des préoccupations tant à la protection des renseignements personnels mais également en termes de gestion. Et, probablement — c'est souvent le cas, d'ailleurs — quand un projet de même part puis le projet qu'on voit aboutir à la fin ou le nouveau projet qui est déposé... souvent il y a une différence très importante. Et, moi, ce que

j'espérerais... Et je pense que ce serait raisonnable qu'il y ait, au terme de la commission parlementaire, une réflexion élargie qui soit faite, incluant justement non seulement les professionnels de la santé, mais des gens des établissements, pour justement s'assurer, quand on va amorcer la deuxième étape, qu'on n'ait pas en quelque sorte à réinvestir énormément parce que tout n'aura pas été prévu. Donc, c'est pour ça que, nous, on propose, au fond, notre démarche, justement celle de dire: Prévoyons donc les deux opérations en même temps dans un projet un peu plus global puis un peu plus intégré. Donc, ce n'est pas incompatible à ce que vous disiez l'Association des hôpitaux, mais, nous, on croit que ce serait plus sage de l'intégrer ou d'y penser maintenant plutôt que dans un deuxième temps en disant: Une fois qu'on aura la carte, on sera bien capable de se greffer et d'y mettre la numérisation qu'il faut de nos systèmes de données.

M. Fournier: Ce n'est pas inintéressant, parce que, si on parle de l'AHQ ce matin avec le Dr Lamontagne auquel vous référiez tantôt, c'est aux antipodes. Le Dr Lamontagne dit: Faisons donc la phase I, informatisons nos établissements, informatisons chacun des lieux où il y a des épisodes de soins qui sont rencontrés, et on procédera par la suite à faire la carte puis à établir les ponts nécessaires entre ces... Donc, il différencie phase I et phase III, la phase I étant l'informatisation, la phase III étant ou pouvant être la carte et le résumé. L'AHQ, ce matin, vient nous dire, vient inverser les phases: Commençons par nous donner une carte avec un résumé, et, après ça, dans un deuxième temps, on aura l'informatisation. Et je comprends que ce que vous venez nous dire aujourd'hui, c'est: Faisons les deux en même temps, avec un résumé qui correspond aux normes que vous mentionnez et pour lequel tout ce qui nous manque pour l'instant pour voir entre les trois propositions laquelle peut être tenue, ce qui nous manque pour l'instant, c'est quels sont les coûts rattachés à cela pour pouvoir faire le choix le plus éclairé à l'égard de la meilleure stratégie et, évidemment aussi, en regard de la meilleure architecture. Parce qu'une carte à puce qui donne une direction vers la RAMQ ou une carte à puce qui donne des directions multiples, c'est des architectures différentes. Donc, autant pour le choix de l'architecture que pour la stratégie globale, il y a des informations qui sont en ce moment manquantes, et je pense qu'on peut le noter. Donc, en jumelant les témoignages d'organismes aussi sérieux que le Collège des médecins, l'Association des hôpitaux et la Chambre de commerce, je pense que, pour la journée, c'est déjà une conclusion qu'on peut tirer.

À la page 5, vous parlez d'une notion qui, je dois vous avouer, n'a pas été abordée jusqu'ici en commission et sur laquelle je voudrais vous entendre un peu plus. Vous parlez de l'aspect de la rectification et là vous nous parlez de la loi générale et de la façon dont la jurisprudence a permis qu'on ne rectifie que ce qui serait dû au patient, la déclaration du patient lui-même, mais qu'on ne pourrait pas rectifier ce qui a été constaté ou consigné par le médecin traitant, disons. À votre avis, est-ce que l'avant-projet de loi tel que rédigé est écrit de façon telle que le principe jurisprudentiel va continuer de s'appliquer ou qu'il constitue une exception au

principe jurisprudentiel qui fait en sorte que le patient pourra tout rectifier, y inclus... ou en tout cas tout au moins tout enlever? C'est parce qu'on ne parle pas de rectification, on parle surtout d'omission ou de retrait. Est-ce qu'il pourrait retirer ce qui n'a pas été... ce qui ne lui est pas dû à lui, qui est dû plutôt soit au diagnostic ou ce qui a été consigné par le médecin lui-même?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Alors, Me Marchand.

Mme Marchand (Louise): La jurisprudence à laquelle on fait référence dans notre mémoire, M. Fournier, est accessible, est disponible, et, éventuellement, on pourrait la transmettre à cette commission.

● (12 h 10) ●

L'hypothèse que vous soulevez est fort intéressante parce qu'on l'a regardée puis on a dit: Au mieux, actuellement, ça va entraîner beaucoup de confusion à cause justement de cette jurisprudence-là qui existe puis qui interdit le retrait d'informations qui ne sont pas le fait du patient, mais qui sont des diagnostics et qui émanent des praticiens. Parce que c'est la seule jurisprudence qui existe actuellement. Alors, de deux choses l'une: ou ça va être celle-là qui va s'appliquer effectivement ou, si le législateur est suffisamment explicite, ce qui est éventuellement possible, c'est que la jurisprudence doive se refaire complètement mais à la lumière de celle qui existe déjà. Alors, ça va créer énormément de confusion là-dessus. Donc, nous, ce qu'on dit, c'est: Si le législateur choisit de permettre effectivement le retrait d'informations et la rectification, il faudra qu'il soit extrêmement explicite et qu'il prévienne qu'il y ait une période tampon de confusion jurisprudentielle là-dessus, là, parce qu'il va falloir que ce soit évalué à la lumière des principes qui existent actuellement.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: De la façon dont l'avant-projet de loi est écrit, les dispositions qui y sont incluses sont-elles à ce point explicites qu'elles permettent de penser qu'on peut effectivement... Je dis ça comme je le vois, je vais vous dire comment je le vois. Le dossier dans les établissements, c'est le dossier d'établissement... de conjoints, je dirais, patient-établissement, c'est leur dossier commun aux deux. Là, on se donne une espèce de résumé qui est un peu comme un bracelet MedicAlert, et ça appartient au patient. Et, dans cette logique-là, le patient, il décide — c'est la logique de l'avant-projet de loi — il prend ce qu'il veut puis il enlève ce qu'il veut. Dans ce cadre-là — puis c'est comme ça que ça a été expliqué, je pense, assez clairement — est-ce que vous trouvez que la disposition permet de donner confiance, de la façon dont c'est écrit, à ceux qui insistent pour le droit à l'omission?

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Me Marchand.

Mme Marchand (Louise): Écoutez, à l'heure actuelle, je ne suis pas certaine, moi, que le texte soit

suffisamment explicite pour... Parce que, effectivement, vous avez raison de dire qu'actuellement le dossier n'est pas le dossier patient. Ce qui existe actuellement, là, ça n'appartient pas au patient. Puis c'est un peu à tort qu'on pense toujours que le dossier appartient au patient. Mais je pense qu'il faudrait peut-être le préciser davantage si on veut vraiment que ça devienne étanche dans l'évaluation jurisprudentielle puis que ça ne permette pas justement d'entretenir cette confusion-là.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): M. le député de Châteauguay.

M. Fournier: Merci.

La Présidente (Mme Carrier-Perreault): Ça va? Alors, M. Audet, Me Marchand, merci pour cette participation à nos échanges de ce matin. Vous étiez effectivement le dernier groupe que nous avions à l'ordre du jour. En conséquence, j'ajourne donc les travaux à jeudi, le 21 mars prochain.

(Fin de la séance à 12 h 12)