

ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

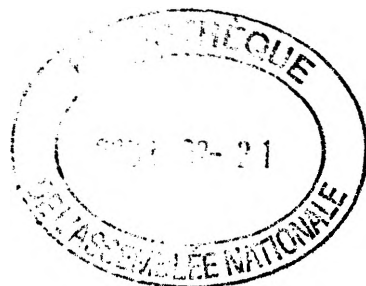
TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission permanente
de l'administration publique

Le mercredi 14 novembre 2001 — Vol. 37 N° 13

Audition du sous-ministre de la Santé et des Services
sociaux concernant les services d'imagerie médicale



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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, avenue Honoré-Mercier, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de l'administration publique

Le mercredi 14 novembre 2001

Table des matières

Organisation des travaux	1
Exposé du Vérificateur général M. Guy Breton	1
Exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux M. Pierre Gabrièle	3
Discussion générale	6
Stratégie globale de coordination des services	6
Gestion du parc d'appareils d'imagerie médicale	7
Planification des effectifs médicaux	9
Répartition du budget consacré à l'imagerie médicale	12
Document déposé	13
Planification des effectifs médicaux (suite)	15
Gestion du parc d'appareils d'imagerie médicale (suite)	18
Accès aux services	23
Campagnes de financement pour l'achat d'équipement	26
Remarques finales	26
M. Guy Breton, Vérificateur général	26
M. Pierre Gabrièle, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux	27
M. Geoffrey Kelley, président	27

Autres intervenants

M. Pierre Marsan
Mme Cécile Vermette
Mme Julie Boulet
Mme Hélène Robert

- * M. Luc Deschênes, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * M. Jean-Yvon Leclaire, idem
- * M. Réjean-Yves Lévesque, bureau du Vérificateur général
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Note de l'éditeur: Une erreur s'est glissée sur la page couverture et à la page 1 du fascicule n° 2 en date du 6 septembre 2001. En effet, le rapport annuel du Vérificateur général soumis pour examen aux membres de la commission est celui consacré à l'exercice 1999-2000 et non 2000-2001. Nous nous excusons de cette erreur bien involontaire.
Veuillez prendre note que la version disponible sur Internet a toutefois été corrigée.

Le mercredi 14 novembre 2001

**Audition du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux
concernant les services d'imagerie médicale**

(Neuf heures quarante minutes)

Le Président (M. Kelley): Alors, je constate le quorum des membres de la commission de l'administration publique. Donc, je déclare la séance ouverte, en rappelant le mandat de la commission: la commission est réunie afin d'entendre le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, concernant les services d'imagerie médicale, et ce, en vertu de la Loi sur l'administration publique.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements ou la participation de membres temporaires?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Boulet (Laviolette), à titre de membre temporaire.

Organisation des travaux

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Et bienvenue de nouveau à notre nouvelle collègue de Laviolette. On est ici ce matin... Bienvenue, M. le sous-ministre, encore une fois. Le record de M. Roy est menacé maintenant, parce que vous êtes sans doute à votre cinquième visite devant la commission de l'administration publique. Alors, bienvenue, encore une fois.

Le sujet ce matin est un sujet fort intéressant, la question de l'imagerie médicale. C'est un petit peu un moment... triste — peut-être que c'est exagéré — mais quand même, ça va être la dernière séance d'imputabilité avec le Vérificateur général, M. Breton, qui... son mandat prendra fin au mois prochain. M. Breton était lié avec surtout mon collègue le député de Verdun, qui a poussé pour, en premier lieu, la loi n° 98 sur l'imputabilité des sous-ministres et également la création de la commission de l'administration publique, il y a quatre ans. On n'a pas chômé, surtout cet automne, où, je pense, on est maintenant à notre septième audience sur l'imputabilité.

On a regardé le rapport annuel du Vérificateur général, on a regardé la question d'éthique, l'informatique dans le ministère des Transports, les pensions alimentaires, l'unité autonome de service sur l'environnement, on a regardé la question de la recherche, il y a deux semaines, et aujourd'hui, on termine notre automne avec un examen dans le domaine de la santé et l'imagerie médicale.

Alors, je pense, c'était... je veux dire publiquement merci beaucoup à M. Breton, à titre personnel, mais également à son équipe. Mais je trouve que la formule que nous avons développée ensemble... parce que c'est vraiment la CAP et le Vérificateur général en travaillant ensemble qui ont insisté beaucoup dans le domaine de l'imputabilité. Alors, merci beaucoup, M. Breton, pour votre dévouement et toute l'aide que vous avez donnée aux parlementaires dans le passé, dans le grand domaine de l'imputabilité.

Sur ça, je vais lire l'ordre du jour pour aujourd'hui: les remarques préliminaires suivies par un exposé du Vérificateur général, un exposé du sous-ministre d'une vingtaine de minutes et les échanges avec les membres de la commission. On va ajourner vers 12 h 30. Et on peut revenir cet après-midi, mais je vais laisser ça comme possibilité parce que je sais qu'il y a beaucoup d'autres activités parlementaires, le mois de novembre, le rythme accélère, et le Vérificateur lui-même est devant une autre commission parlementaire, cet après-midi. Je veux noter l'absence du porte-parole pour l'opposition officielle ce matin, qui est malheureusement en Chambre parce que la motion de mercredi porte sur la santé aussi. Alors, on est, de toute évidence, sur un sujet qui est très important pour la société québécoise. Et, sans plus tarder, je vais céder la parole à M. Breton pour son exposé sur le chapitre 5 de son dernier tome de 2000-2001. M. Breton.

Exposé du Vérificateur général

M. Guy Breton

M. Breton (Guy): M. le Président, d'abord, permettez-moi de vous remercier pour vos bons mots sur l'effort que nous avons fait dans les dernières années afin de promouvoir la bonne gestion de l'administration publique.

Alors, Mmes, MM. membres de la commission, M. le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux et les gens qui l'accompagnent, c'est avec grand plaisir que j'ai accepté l'invitation qui m'a été faite de participer à cette séance de la commission de l'administration publique qui se penche sur les services d'imagerie médicale.

Au Québec, 146 établissements publics, principalement des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, dispensent des services d'imagerie médicale. En parallèle, quelque 105 cliniques privées de radiologie diagnostique offrent également de tels services. Les coûts se rapportant aux services assurés par le gouvernement ont été de 358 millions de dollars en 1999-2000. Ces progrès, en plus d'avoir entraîné une augmentation du nombre d'actes médicaux au cours des dernières années, influencent tant la pratique que l'organisation des services. Ces innovations ont un impact majeur sur l'organisation des services et sur le fonctionnement de chaque établissement. J'ai donc jugé opportun d'analyser la gestion des ressources publiques consacrées à ce secteur.

L'étude que j'ai conduite avait pour but d'obtenir l'assurance que la gestion du ministère, des régions régionales, des établissements publics et du Laboratoire de santé publique du Québec concoure à l'utilisation optimale des ressources destinées aux services d'imagerie médicale. Pour ce faire, j'ai analysé la stratégie du ministère de la Santé et des Services sociaux et le mode

d'organisation des services, aussi bien dans les régions qu'au sein même des établissements, afin de m'assurer de l'accessibilité aux services, de l'utilisation économique et efficiente des ressources. J'ai aussi examiné l'information de gestion et la reddition de comptes, et ce, relativement aux différents paliers du réseau.

De plus, j'ai évalué dans quelle mesure les moyens mis en place favorisent la qualité des examens d'imagerie médicale. Cet exercice a été effectué auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Laboratoire de santé publique du Québec et de quatre régions régionales, qui représentent 56 % des dépenses annuelles de fonctionnement en imagerie médicale et reflètent la situation des régions universitaires, périphériques et éloignées. Dans chacune de ces régions, j'ai vérifié les activités d'au moins un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés en fonction de nos objectifs de vérification. Au total, nous avons évalué les pratiques de six CHSGS et de deux CLSC, qui ensemble engagent 13 % des dépenses de fonctionnement supportées par le ministère à ce chapitre. Les informations complémentaires ont aussi été obtenues par voie de sondage auprès des autres régions régionales et établissements.

Au cours des dernières années, l'imagerie médicale est un sujet qui fut passablement médiatisé: état du parc d'équipements, pénurie d'effectifs médicaux, accessibilité à certains services, dont l'imagerie par résonance magnétique. De plus, récemment, le rapport Arpin et la commission Clair ont abordé certains aspects liés à ce domaine.

Nos travaux nous ont amenés à constater l'absence de stratégie globale et d'orientation, qui permettraient de coordonner les différents aspects des services d'imagerie médicale, notamment la gestion des équipements, l'accessibilité aux services, la répartition des effectifs médicaux, le développement du secteur privé ainsi que la gestion de la qualité. Au niveau régional, seules quelques régions ont investi des efforts en ce qui a trait à l'organisation des services d'imagerie médicale de leur région.

Pour ce qui est des cliniques privées, bien que plusieurs radiologistes y travaillent et que plus du quart des examens assurés y sont effectués, leur rôle n'a pas été défini et on ne tient pas compte de leurs activités dans l'organisation des services d'imagerie médicale. Le développement accéléré de la gamme des services offerts par le secteur privé s'observe principalement dans les régions à fort volume, où les délais constituent un problème. De toute évidence, au regard des examens non assurés, les personnes qui nécessitent ce type d'investigation acceptent de payer pour obtenir plus rapidement un service en s'adressant à une clinique privée.

En ce qui concerne les équipements, le ministère n'a pas élaboré de planification relative à l'acquisition de tous les équipements d'imagerie médicale nécessaires en fonction des besoins. De plus, à l'instar de plusieurs régions régionales, le ministère ne dispose pas d'un portrait complet du parc d'équipements pour orienter ses décisions en matière d'investissements. Considérant les sommes investies annuellement pour l'acquisition d'équipements d'imagerie médicale, il faudrait compter plus de 30 ans pour renouveler le parc actuel, estimé à

environ 600 millions de dollars. Or, le ministère évalue selon le type d'équipement que leur durée de vie utile respective oscille entre neuf et 18 ans, alors que l'Association canadienne des radiologistes juge plutôt qu'elle est de six à 10 ans. Ces données font ressortir que le risque de vétusté matérielle et technologique augmente.

● (9 h 50) ●

Dans le but de rétablir en partie la situation, un investissement ponctuel de 98 millions de dollars a été attribué par le ministère au secteur de l'imagerie médicale au cours de l'année financière 2000-2001. Dans la même foulée, le gouvernement fédéral, dans le cadre des transferts relatifs à la santé, a alloué au Québec un montant de 239 millions de dollars. Ce transfert, réparti sur deux années, est destiné à la modernisation du parc d'équipements médicaux, incluant l'imagerie médicale. Alors que la portion relative à l'exercice 2000-2001, soit 119 millions de dollars, a déjà été versée par le gouvernement fédéral et attribuée à des projets dans le réseau de la santé et des services sociaux, la portion reçue pour l'exercice 2001-2002 devrait être attribuée prochainement.

Au regard de l'accessibilité aux services d'imagerie médicale, nous avons constaté que, même s'ils ne sont pas la règle, les délais d'attente pour un même examen varient parfois de façon marquée d'une région à l'autre, allant d'un minimum de quelques jours à plusieurs mois. Nous avons également observé qu'il y a à l'occasion des écarts appréciables concernant les délais recensés dans les établissements publics d'une même région, voire entre les pavillons d'un même établissement.

L'effectif total des radiologistes en poste dans les établissements publics est de 416 équivalents temps complet, alors que les besoins identifiés sont de 506. Ainsi, certains radiologistes doivent travailler de manière parallèle dans plusieurs établissements publics et même dans plusieurs régions pour assurer la disponibilité des services.

Sans nous prononcer sur la qualité des services, nous avons néanmoins constaté que les équipements d'imagerie médicale, selon les établissements, ne sont pas tous assujettis aux mêmes normes de qualité. Dans les établissements publics, des équipements non conformes aux normes de qualité reconnues sont susceptibles d'être utilisés sans qu'on ne détecte ni corrige rapidement leurs anomalies sur le plan de la radioprotection. De plus, des cliniques privées utilisent des appareils émettant des radiations, alors que le Laboratoire de santé publique du Québec n'a aucune information concernant leur état. Les mesures mises en place pour vérifier que toutes les cliniques de radiologie possèdent un permis et qu'elles respectent la loi et le règlement en vigueur s'avèrent tantôt insuffisantes, tantôt inadéquates. Malgré les gestes successifs pour rappeler à l'ordre les cliniques récalcitrantes, certaines ne cessent pas de dispenser des services de radiologie pour autant.

En matière de reddition de comptes, les exigences actuelles ne sont pas assez élevées, ce qui ne favorise pas une gestion judicieuse, notamment en ce qui concerne la prise de décision. En l'absence d'une information suffisamment étoffée, il est difficile de

mettre en place les mesures appropriées pour améliorer la performance des établissements publics.

En terminant, j'aimerais souligner l'excellente collaboration obtenue du ministère, du Laboratoire de santé publique du Québec, des régies régionales, des établissements visités. Je veux vous assurer de mon entière assistance aux travaux de cette commission afin qu'ils permettent l'amélioration de la gestion des fonds publics.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. Breton. Maintenant, M. le sous-ministre, la parole est à vous.

Exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux

M. Pierre Gabrièle

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, Mmes et MM. les députés, permettez-moi de présenter les personnes qui m'accompagnent. Alors, je vais commencer par ma droite: Michel Fontaine, qui est directeur régional de la Régie régionale de Québec; le Dr Joly, de l'Institut de santé publique du Québec; Mme Louise Montreuil, qui est directrice générale adjointe à la Direction des services à la population; Jean-Yvon Leclaire, qui est chef de services pour les Services de développement et évaluation des technologies, et le Dr Luc Deschênes, qui est à la Direction générale des affaires médicales et universitaires.

M. le Président, j'ai dévié un petit peu du protocole, puisque vous m'avez ouvert la porte. Vous avez présenté des félicitations au Vérificateur général. Moi, j'ai eu le bonheur et le plaisir de travailler avec le Vérificateur général dans d'autres circonstances. Je sais qu'il va quitter le 31 décembre son mandat. Je peux vous dire, d'abord comme sous-ministre et haut-fonctionnaire, l'importance du Vérificateur général parce que c'est l'équivalent du vérificateur externe que nous avons dans des entreprises à l'extérieur de la fonction publique. J'ai eu donc dans d'autres circonstances à travailler avec M. Breton. Ça a été pour moi une relation très cordiale, une relation d'affaires. Et les recommandations qu'il nous faisait, que ce soit au Curateur public ou ailleurs où j'étais à l'époque, ses recommandations nous ont permis même de remettre, comme on dit communément, sur les rails les organisations. Alors, je veux souhaiter au Vérificateur général, M. Breton, qui nous quitte, la meilleure des chances dans ses nouvelles fonctions. Merci. Alors, je reviens, je ferme cet accroc au protocole, et je reviens à ma présentation.

Donc, M. le Président, quand le rapport du VG est sorti, en juin dernier, donc, j'ai pris connaissance du rapport et de l'ensemble de ses recommandations et de ses constats. Il y a un constat particulier qui m'a interpellé, et le Vérificateur général l'a signalé. Il nous disait que le ministère n'avait pas de stratégie globale qui lui permette de prendre en charge les différents aspects de l'imagerie médicale, tels que la gestion des équipements, l'accessibilité des services, la répartition des radiologistes, le développement du secteur privé ainsi que la gestion de la qualité. Et, par voie de

conséquence, il nous disait aussi, dans la même foulée, qu'on n'avait pas élaboré de plan d'action.

En même temps que le rapport du Vérificateur général, donc, vous était présenté et qu'on en prenait tous connaissance, nous vivions, en juin dernier, aussi une situation de crise quant à l'imagerie médicale. J'avais, à ce moment-là, l'Association des radiologistes du Québec qui voulait imposer aux personnes qui allaient en clinique privée une forme de rémunération de 4 \$ pour l'acte, même pour des services assurés. Justement, l'Association des radiologistes du Québec nous disait que, comme il fallait renouveler leur parc et que la composante technique ne finançait pas le renouvellement du parc, c'était dans cet objectif-là qu'ils voulaient imposer donc le fameux 4 \$ par acte à chaque Québécois et Québécoise.

Donc, face à ces constats-là, et ma situation de crise, et le rapport du VG, bien sûr, vous comprendrez très bien que j'ai questionné mon ministère pour connaître l'ampleur de la situation et poser certains gestes, même si les recommandations du Vérificateur général nous avons un horizon de trois ans pour les mettre en oeuvre, mais la situation était telle qu'il fallait poser un certain nombre de gestes.

Alors, premier constat que j'ai fait moi aussi, c'est qu'on n'avait pas d'inventaire. Même quand je vais me présenter pour négocier avec l'Association des radiologistes, c'était l'inventaire des radiologistes qui nous servait à nous, comme ministère de la Santé et des Services sociaux. Donc, dans un premier temps, tout de suite, j'ai donné un mandat à la Corporation d'hébergement du Québec pour faire l'inventaire complet à la fois de toutes les bâtisses du réseau de la santé et des services sociaux et en connaître l'état de ces bâtisses-là — puisque vous savez que, en plus, il y a tout le volet du maintien d'actifs — ainsi que de l'ensemble des équipements qui se trouvent dans les établissements, bien sûr, du réseau. Je ne parle pas des cliniques privées. J'ai fourni aussi... Alors, j'ai donné ce mandat le 10 août à la Corporation d'hébergement — ça, je pourrais vous déposer même la lettre avec les spécificités sur le mandat qui a été donné — et je lui ai aussi demandé... Je leur ai remis la liste de l'inventaire qui était fait par l'Association pour qu'ils me valident cet inventaire-là. Bon. Donc, premier geste: connaître quel est l'état de notre parc.

• (10 heures) •

Deuxième geste, face aux investissements. Le VG, dans son rapport, nous disait que ça allait nous prendre 30 ans pour renouveler l'ensemble du parc, qui a une valeur de remplacement de 600 millions. C'est vrai si on se met dans une conjoncture où on avait, bon an, mal an, au ministère de la Santé, au niveau des immobilisations, un 15 millions par année pour l'ensemble du parc. Bien sûr, ça nous amenait dans un horizon de 30 ans. Et je comprends très bien même les dissensions qu'il peut y avoir entre l'Association canadienne et le ministère sur la durée de vie des équipements, si, à 15 millions par année, pour remplacer 600 millions, ça nous aurait pris 30 ans. Mais il faut que je vous rappelle que, au niveau de l'imagerie médicale, le rapport du Vérificateur général quant au remplacement s'est terminé au 31 mars 2001. Mais, dans l'année 2000-2001, nous avons fait des investissements

en imagerie médicale de l'ordre de 169 millions, qui incluent bien sûr le 119 millions dont parlait le Vérificateur général, qui nous vient des transferts fédéraux. Et, pour l'année 2001-2002, notre plan d'immobilisation est en instance d'être approuvé par le Conseil du trésor et nous allons avoir, donc, là aussi, des investissements au niveau de l'imagerie médicale, y incluant toujours le 119 millions qui vient des transferts fédéraux. Donc, l'horizon de 30 ans se rétrécit.

Bien sûr que, lorsque nous faisons des investissements en imagerie médicale, l'Association des radiologistes du Québec va vous dire: Ce n'est pas ce montant-là, parce que eux enlèvent tout ce qui est médecine nucléaire. Alors, quand ils ramènent à l'état de ce que... les investissements qui touchent vraiment les radiologistes, bien sûr, le 169 millions, si on enlève la médecine nucléaire, on tombe, pour l'année 2000-2001, à 138 millions. Et le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, M. Trudel, a annoncé qu'en radiologie il investirait 100 millions sur trois ans: 40 millions en 2001-2002; 30 millions en 2002-2003; et 30 millions en 2003-2004. Donc — je me permets un aparté — quand l'Association des radiologistes nous disent: Vous avez eu le 238 millions du fédéral, c'est grâce à nous parce que nous sommes allés au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, science et technologie du Canada ou à l'Association canadienne, nous avons déposé notre rapport, le 238 millions nous appartient... Alors, de toute façon, c'est ce qu'on va investir en radiologie, puisqu'on a déjà investi 138 millions. Et, avec l'annonce du ministre Trudel, le 100 millions sur trois ans, ça représente le 238 millions qu'ils pensent qui leur appartient. Donc, voilà rapidement ce que nous avons fait au niveau des investissements.

Maintenant, quant à la priorisation face à la gestion du parc, bien sûr que, comme sous-ministre, compte tenu que nous avons un plan d'immobilisation à venir pour 2001-2002, j'ai priorisé d'abord le remplacement avant le développement pour mettre à niveau notre parc sur l'imagerie, bon, le remplacement des équipements avant le développement pour d'autres appareils plus spécialisés en imagerie. Quant aux discussions que nous avons eues avec l'Association pour la situation de crise, vous avez pu constater qu'on s'est entendu sur le remplacement des équipements. Parce que la situation de crise avait deux volets: il y avait le fameux 4 \$, mais il y avait aussi le remplacement des équipements dans les établissements du réseau. Pour les établissements du réseau, nous avons une entente; pour le 4 \$, nous sommes en négociation sur la composante technique et les négociations se poursuivent avec la Fédération des spécialistes du Québec.

Maintenant, le deuxième volet, qui était l'accessibilité des services. Dans l'accessibilité des services, je regroupe, M. le Président, autant la gestion des listes d'attente que la répartition des effectifs médicaux sur le territoire québécois, que la complémentarité avec les cliniques privées.

Alors, pour la gestion des listes d'attente, c'est vrai qu'on n'avait pas de gestion des listes d'attente. Et, à la lecture du rapport, on peut constater, même à l'intérieur d'un même territoire d'une région, qu'il y a des listes d'attente différentes d'un établissement à un autre. Donc, nous avons déjà chez nous, au

ministère, un système de gestion de l'accès aux services qu'on utilisait actuellement en expérimentation pour la cardiologie tertiaire et la radio-oncologie. Nous allons transférer cette technologie-là pour gérer les listes d'attente au niveau de l'imagerie médicale. Alors, c'est à quoi nous travaillons. Ça va faire partie de notre plan d'action.

Quant aux effectifs médicaux, la répartition des effectifs médicaux, nous avons complété les discussions avec la Fédération des spécialistes, au mois de juin, sur la répartition des effectifs médicaux. Ce qui est important à ce sujet-là, M. le Président, que je vous signale, c'est qu'on répartit les effectifs que nous avons sur le territoire. Je ne peux pas, par la pensée magique, créer d'autres effectifs dépendamment des besoins. Alors donc, nous nous sommes entendus sur les effectifs et, à ce moment-là, nous avons envoyé les plans d'effectifs régionaux dans chacune des régions du Québec, et ça ne touchait pas uniquement les radiologistes, ça touchait l'ensemble des spécialistes, et les régies régionales devaient approuver ces plans, et, de plus, les établissements doivent se conformer à ces plans avant de donner des privilèges aux médecins dans un établissement.

En même temps, on était conscients que nous avions des besoins à combler au niveau des effectifs médicaux. Le ministre de la Santé et des Services sociaux a demandé au gouvernement d'augmenter les admissions en faculté de médecine. Alors, il y a eu une décision du gouvernement en ce sens en juin dernier, dans laquelle décision nous avons une augmentation de 55 % des admissions à chaque année en médecine. Donc, 55, pas pour cent, 55 places, excusez, c'est un lapsus.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gabrièle (Pierre): Mais ça me donne, depuis 1998, une augmentation de 64 %, madame. Alors, si vous me permettez, nous avions... De 1998 à 1999, le nombre de places dans l'ensemble des facultés était de 406. En 1999-2000, nous les avons augmentées de 65 places, pour les porter à 471; en 2000-2001, on les a augmentées de 30 places, pour les porter à 501; et, pour les trois prochaines années, nous les augmentons de 55 places par année. Donc, 2001-2002, on passe à 556; 2002-2003, 611; et 2003-2004, 666. Donc, par rapport à 1998, j'ai une augmentation de 64 %. Je comprends très bien que, même si on augmente le nombre de places dans les facultés de médecine, ça prend au moins cinq ans pour former un médecin, plus la spécialité. Donc, c'est dans les prochaines années que nous allons avoir l'effet de ces augmentations de places en faculté de médecine.

De plus, nous avons établi, de concert avec le ministre, un plan d'action pour avoir des mesures de rétention et des mesures incitatives pour les régions éloignées. Cependant, je ne peux pas vous le déposer parce que c'est au ministre à l'annoncer puis pas au sous-ministre. Mais nous avons déjà un plan d'action là-dessus.

• (10 h 10) •

Quant aux cabinets privés, dont, dans le rapport, le VG nous en faisait part, oui, c'est vrai, il devrait y

avoir une nécessaire complémentarité entre le réseau public et les cabinets privés. Donc, j'ai mandaté le Dr Deschênes, qui m'accompagne, aux affaires universitaires, d'entreprendre des négociations pour avoir des cabinets affiliés à des établissements. Et la première rencontre de négociation — parce qu'il faut le négocier avec les fédérations de spécialistes — la première rencontre de négociation à ce sujet a eu lieu le 25 octobre dernier.

C'est quoi, un cabinet affilié par rapport... Ce n'est pas un cabinet privé, c'est une entente de services avec un établissement du réseau. Parce que des ententes de services, il en existe actuellement. Le cabinet affilié va un peu plus loin que l'entente de services traditionnelle. Ce que nous demandons dans un cabinet affilié, c'est que les radiologistes du cabinet privé soient membres du CMDP de l'hôpital et, en plus d'être membres du CMDP de l'hôpital, qu'ils suivent les mêmes règles au niveau de... que celles de l'établissement pour assurer une certaine qualité de services qui soit la même que celle de l'établissement auquel le cabinet affilié fait entente. Bon, bien sûr que ça change ce que j'appelle la culture et la donne par rapport à une entente de services traditionnelle. C'est pour ça que ça nous demande des négociations avec la Fédération des spécialistes. Voilà donc pour la nécessaire complémentarité avec les cliniques privées pour...

Et, en même temps, comme l'a rappelé le Vérificateur général dans son rapport, il y a des services qui ont été désaturés quand ils ne sont pas donnés dans des établissements du réseau, et des services tels que la résonance magnétique, l'échographie ou le tomo. Et ces types de services là, si nous avons des cabinets affiliés où il va y avoir des ententes formelles avec l'établissement, nous pouvons régler la problématique que les gens ont à payer quand ils vont dans des cabinets privés parce qu'ils ne veulent pas attendre sur la liste d'attente de l'établissement public.

La gestion de la qualité. Au niveau de la gestion de la qualité, oui, nous sommes conscients qu'au niveau de la gestion de la qualité... L'Institut de santé publique va nous en parler. Et j'ai donné un mandat aussi au Dr Bernard là-dessus, sur la gestion de la qualité, pour l'inspection qu'il va y avoir à faire. Et, dans certaines cliniques privées, si des équipements — on nous dit que c'est 3 % des équipements — si 3 % de ces équipements ne sont pas conformes, plutôt que prendre uniquement des procédures... Parce que le problème, c'est qu'actuellement dans la loi nous pouvons prendre des procédures au pénal. Mais l'appareil peut, même si la personne n'a pas de permis d'opération, il peut continuer à opérer. Alors, soit qu'il faut changer notre législation ou la réglementation pour pouvoir mettre les scellés sur l'appareil. Mais alors, si on se donne — et c'est cette réflexion que nous sommes en train de faire — si on se donne cette médecine-là pour les cliniques privées, il faut aussi se la donner pour le réseau public, bien sûr, parce que, si les appareils ne sont pas conformes, il faut aussi se la donner pour le réseau public. Ou aussi, on est en train de regarder, dans les réflexions que nous faisons, peut-être que nous pouvons aussi faire des avis à la population locale en disant que tel cabinet n'a pas de permis d'opération pour tel appareil et que ça peut être dangereux parce qu'il n'est pas conforme aux règles. Des

fois, c'est plus facile d'aviser la population, et nous avons un pouvoir dissuasif. Alors, c'est là-dessus que nous réfléchissons.

Donc, tout ça, M. le Président, pour vous dire oui, suite au rapport, nous avons agi vite. Nous allons même essayer de prendre moins que le temps imparti de trois ans pour répondre aux recommandations. D'habitude, je prends toujours assez rapidement mes responsabilités dans ce sens-là. Et donc, après, nous allons établir une stratégie globale avec un plan d'action.

Il va de soi que, actuellement — en conclusion, je pourrais vous dire — ça ne veut pas dire qu'il n'y a rien de fait au niveau de l'imagerie médicale. C'est-à-dire qu'au niveau de l'imagerie médicale ça se retrouve dans d'autres programmes de façon morcelée, qu'il faudra remettre dans une planification plus ciblée sur l'imagerie médicale.

Ce que je peux aussi vous signaler, c'est que, dans une planification ciblée sur l'imagerie médicale, ça va avoir aussi... il y a des intrants et des facteurs très déterminants dont il faut tenir compte. Je vous le donne... Pour être réaliste, il faut tenir compte, un, qu'il va falloir faire des changements culturels dans le réseau de la santé et des services sociaux, changements culturels qu'un établissement n'est pas une entité en soi et qu'il faut qu'elle tienne compte de la réalité et des services qui se donnent dans le même territoire sociosanitaire dans lequel l'établissement est. Il faut aussi tenir compte de la complémentarité des services dans une même région donnée, et ça implique aussi la culture, parce que, comme type d'exemple, si demain matin, dans le plan d'effectifs régionaux, un établissement, dans son plan d'effectifs, a un radiologiste mais qu'il ne peut pas l'engager, et, si nous voulons mettre en commun les services dans une région donnée, l'établissement refuse de fournir le radiologiste, le poste, puisqu'il n'est pas là, le poste en soi, parce qu'il dit: J'ai toujours l'espoir de l'engager un jour et je ne veux pas perdre mon niveau d'effectifs... Bon, alors, c'est pour ça que je vous parle qu'il y a aussi des changements culturels.

Il y a des nécessaires arbitrages qu'il va falloir que je fasse. Et, dans ce sens, quand il y a des nécessaires arbitrages qu'il va falloir que je fasse, je ne vous cache pas que, quand on va faire ces types d'arbitrages là, vous risquez d'être sollicités aussi dans vos bureaux de comté, parce que vous comprenez que, quand, par exemple, on achète un scanner avec l'argent de la fondation, mais on oublie qu'il y a des coûts de fonctionnement et que l'hôpital n'a pas les coûts de fonctionnement, alors l'appareil est acheté, mais il ne fonctionne pas, ou, quand on le fait fonctionner, on m'occasionne des déficits, alors, vous comprenez qu'il faut que ça se fasse dans un grand tout. Et, comme... Et je tiens à vous le signaler parce que j'ai cette opportunité-là au niveau de vous rappeler une certaine réalité.

Et, quant au renouvellement du parc, bien sûr, nous avons actuellement les crédits nécessaires pour entreprendre un renouvellement du parc, mais il faut continuer dans la même foulée, qu'on nous vote les mêmes crédits pour nous permettre de continuer dans le renouvellement du parc. Sinon, si je n'ai que juste 15 millions par année, vous comprenez, même si j'ai une

belle planification et un plan d'action, j'aurai des difficultés à honorer ma planification et mon plan d'action.

Et enfin, et je termine là-dessus, il faut aussi... Ce qui est important, malgré les listes d'attente, M. le Président, il faut dire que, quand un cas est urgent, normalement, la personne, ce qu'on me confirmait, ne reste pas sur les listes d'attente. C'est les cas électifs qui sont sur les listes d'attente. Je peux comprendre et compatir avec le citoyen qui est sur une liste d'attente parce qu'il est nerveux, mais, au niveau médical, si c'est urgent, normalement, il passe à l'imagerie médicale et on fait son diagnostic. Voilà, M. le Président. Maintenant, moi et mon équipe, nous allons répondre à vos questions. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le sous-ministre. J'ai pris bonne note que vous avez les bons espions, parce que, effectivement, j'ai le monsieur dont son fils est médecin dans un hôpital local, qui est toujours dans mon bureau de comté pour plaider pour l'achat d'un équipement dont son fils a besoin pour mieux faire ses affaires à l'hôpital et... Est-ce que je peux mettre les pressions sur la régie régionale, et le reste, pour l'achat des équipements dont la nature... je ne comprends pas effectivement. Mais ça arrive. Alors, vous êtes dans le mille en disant qu'on a des pressions parfois des personnes quant à l'achat des équipements pour nos hôpitaux. Pour la première question, je vais passer la...

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, je n'ai pas d'espions, c'est presque généralisé.

Le Président (M. Kelley): Généralisé, oui, je... Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gabrièle (Pierre): ...pas d'espions, c'est généralisé. Tout le monde me dit à un moment donné: Mais écoute, là, j'ai besoin de tel équipement. Voyez, hier, j'étais à Laval, je rencontrais des directeurs des ressources financières. Il y a quelqu'un qui vient me voir — je ne vous nommerai pas l'établissement — il est en déficit, mais là il me dit: Écoute, si tu me donnes les équipements de médecine nucléaire, je pourrai redresser le déficit. Alors, j'ai essayé de comprendre comment, quand il est en déficit, si je faisais un investissement des équipements surspécialisés et qu'il y avait en plus des coûts de fonctionnement additionnels, il pourrait redresser le déficit. Des fois, c'est le miracle.

• (10 h 20) •

Des voix: Ha, ha, ha!

Discussion générale

Le Président (M. Kelley): Sur ça, je vais céder la parole à mon collègue le député de Robert-Baldwin.

Stratégie globale de coordination des services

M. Marsan: Oui, je vous remercie, M. le Président. Merci à vous d'être avec nous ce matin et

salutations particulières au Vérificateur. Je pense que ça a toujours été très agréable et très, très intéressant de travailler avec vous, grâce sûrement à votre compétence. Alors, merci beaucoup, puis bon succès.

Je voudrais mentionner cependant que c'est avec un peu de déception qu'on a lu le rapport du directeur général, qu'on a vu qu'il n'y avait vraiment aucune orientation, aucune stratégie globale, aucune approche, là, dans tout le dossier d'imagerie médicale. Et je vous écoutais tantôt, puis ça fait quand même un bout de temps, ça fait sept ans, là, que le gouvernement... vous êtes dans la huitième année, et on arrive avec un résultat qui est, à mon avis... je trouve, qui est mince. Vous parlez, bien, vous essayez de répondre à chacun des arguments du Vérificateur, vous dites: Bien, pour l'inventaire, j'ai mandaté la Corporation d'hébergement. Je ne sais pas si c'est la meilleure organisation pour le faire, mais, en tout cas, peut-être. Vous dites: Pour les cliniques privées, bien, j'ai mon spécialiste qui est avec moi; pour la gestion, en tout cas, on va regarder d'autres façons.

Mais, moi, le message que j'avais du Vérificateur général, c'était une stratégie globale qui va comprendre aussi bien la gestion du parc d'équipements... Ça, ça veut dire le renouvellement, le développement, les nouvelles acquisitions, les remplacements, etc., mais aussi toute la composante de main-d'oeuvre, de médecins spécialisés pour bien rendre efficace, en tout cas, la gestion d'un tel parc d'équipements. Vous me dites qu'il y a 55 nouveaux médecins qui s'en viennent. Est-ce que c'est suffisant par rapport aux besoins qu'on va avoir l'année prochaine ou dans trois ans, dans cinq ans, dans 10 ans? Et, là aussi, moi, je suis un peu dans le vague, là. Il y en a 55, bien là j'espère que ça va faire tous des futurs radiologistes, je ne le sais pas.

Donc, il y a des difficultés. Je sais cependant que vous avez certaines ressources... Puis, moi, j'aurais pu penser que vous auriez pu avoir une stratégie globale beaucoup plus tôt que ça. Bon, vous avez quand même les régies régionales, qui peuvent vous donner beaucoup d'information. Vous avez le comité des nouvelles technologies, et je pense que c'est un comité qui a déjà fait ses preuves puis qui est connu et depuis plusieurs années, sur lequel on peut, je pense, en toute compétence, s'appuyer. Mais on arrive quand même aujourd'hui, puis vous nous dites: Bien, écoutez, oui, on va s'améliorer, on est d'accord avec le Vérificateur, on n'a pas de stratégie globale, on va en faire une, mais j'ai toujours l'impression que ça va être des morceaux à la pièce. Puis le message, encore une fois, que, moi, j'espère que vous allez avoir, c'est une stratégie qui comprend tout. Ils le mentionnent: Gestion des équipements, accessibilité aux services, répartition des radiologistes mais aussi formation des nouveaux, le développement du secteur privé, la gestion de la qualité.

Alors, moi, ma question, là, elle est bien, bien précise: Quand on va avoir une stratégie globale, une orientation globale au ministère de la Santé sur l'imagerie médicale?

Le Président (M. Kelley): M. Gabrièle.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, moi, je pensais que, dans l'introduction, je vous donnais des

éléments de la mise en place d'une stratégie globale. Peut-être que j'ai été mal compris, parce que je les ai repris un à un. Donc, nous allons avoir une stratégie globale.

Actuellement, quand on parle de stratégie globale sur l'imagerie, je vais me rendre à la décision du VG, mais ce que je vous disais en conclusion, c'est: L'imagerie médicale n'est qu'un moyen pour faire un diagnostic. Donc, on retrouve de l'imagerie médicale un peu partout, dans les orientations et les planifications des programmes. Ce que le VG me demande: Voulez-vous le ramasser globalement? Oui, nous allons le ramasser globalement, mais il ne faut pas penser que nous n'avions pas de vision. Dans chacun des programmes, il y a de l'imagerie médicale. Il n'y avait pas d'écrit de planification stricte sur l'imagerie médicale; nous allons la faire. Mais, à ce que je vous dis actuellement, vous avez déjà l'ensemble des éléments d'une vision et d'une stratégie globale.

Que je me mette à voir l'inventaire... Je pense, d'abord, avant de parler de stratégie globale, il faut que je sache c'est quoi, la qualité des équipements et que je renouvelle mon parc, et que je sache aussi, un, maintenant, ce que j'ai dans les établissements et comment, avec le plan d'organisation des services en région... Parce que la stratégie sur l'imagerie médicale ne peut pas être déconnectée, M. le Président, d'un plan d'organisation des services régionaux. Autrement, je ne fais que de l'équipement pur et simple. Alors, dans un plan d'organisation des services régionaux — c'est là où je vous parlais des nécessaires arbitrages qu'il va falloir faire — nous allons décider, à ce moment-là, avec nos partenaires — ça ne se fera pas du 15^e étage de l'édifice du ministère — avec nos partenaires, nous allons décider quels seront les arbitrages qu'il faut faire face aux services de première ligne, les services de deuxième ligne, troisième et quatrième ligne, parce que ça ne commande pas les mêmes équipements. Bon.

Nous avons aussi... nous avons dit qu'il y avait aussi toute la problématique des effectifs, il y avait les effectifs au niveau du nombre d'effectifs, mais il y avait aussi des effectifs au niveau de leur répartition sur le territoire québécois. Et vous savez aussi bien que moi que ce sont des travailleurs autonomes, que ce ne sont pas, donc, des salariés du gouvernement. Et je ne peux pas dire à un radiologiste: Demain matin, tu t'en vas à Gaspé. Donc, le radiologiste, c'est lui, comme travailleur autonome, qui décide où il s'installe. Alors, ce qu'il nous faut aussi, c'est tenir compte, au niveau de la répartition des effectifs, de certaines pénuries que je vais avoir dans ce que j'appelle les régions éloignées ou les régions intermédiaires. Et, dans ces régions-là, il faut que je trouve une stratégie différente que d'avoir, mettons, un radiologiste. Soit que j'y aille sous la forme d'un pool régional qui donne certains types de services. On peut y aller par la téléradiologie ou encore même ce que l'Association des radiologistes du Québec vous avait présenté, de dire... Eux voulaient une permanence de type national, ils disaient: On la mettra quelque part et on donnera les services à la grandeur du territoire québécois.

Bon. Et c'est tout ça qui se discute, c'est-à-dire, dans une stratégie et une vision globale... elle ne se fait pas en deux mois ou trois mois. Bien sûr, vous me

parlez de sept ans, mais, moi, ce volet-là, je ne peux pas vous en discuter, je ne parle que du volet administratif; l'autre, c'est plus le volet politique. Mais je peux vous assurer, au niveau administratif, qu'à l'intérieur des délais qui me sont impartis, et même avant ces délais-là, on aura la stratégie globale. Et nous avons tous les éléments actuels pour mettre en place cette stratégie globale.

M. Marsan: Ce serait quand?

M. Gabrièle (Pierre): Bien, écoutez, normalement, pour les suivis des recommandations du VG, j'ai trois ans. Je peux la faire à l'intérieur de ces trois ans, même avant trois ans.

M. Marsan: Moi, pour un, là, en tout cas, quand je relis le rapport du Vérificateur, «le ministère n'a pas de stratégie globale pour coordonner l'imagerie médicale», je me dis qu'il me semble qu'on aurait pu arriver à une politique plus globale beaucoup plus rapidement que dans trois ans. Il me semble que... Vous avez donné des éléments de cette politique-là, qui existent. Bon, il suffit qu'ils puissent être traités. Mais je suis sous l'impression que c'est dans beaucoup de temps, il y a beaucoup de choses qui vont arriver. Puis, quand on va se réunir dans trois ans, je ne sais pas qui va être ici, qui ne sera pas ici, ils va y avoir eu tellement de changements. Alors, moi, ma suggestion, et elle est personnelle à ce moment-ci, si c'est possible de faire ça beaucoup plus rapidement, je pense que ce serait à l'avantage des établissements de santé et des patients, qui sont les premiers interpellés dans un dossier comme ça.

M. Gabrièle (Pierre): Regardez, vous me poussez au pied du mur, je vais vous répondre, mais, normalement, je devais en parler à mon ministre. J'ai déjà élaboré un mandat de stratégie globale. Ce mandat et l'échéancier qui est donné... — et le porteur, c'est... le Dr Deschênes est là — l'échéancier est en janvier 2002, fin janvier 2002. Mais, normalement, il faut que je le dépose à mon ministre d'abord.

Le Président (M. Kelley): 2002.

M. Gabrièle (Pierre): Mais, attention, c'est les orientations dont on parle; de ces orientations va découler le plan d'action, ça va de soi. Mais vous comprenez que je ne peux pas vous... Alors, c'est pour 2002, mais il faut que j'en parle d'abord à mon ministre pour qu'il soit d'accord sur le mandat et les orientations.

Gestion du parc d'appareils d'imagerie médicale

Mme Vermette: Je voudrais savoir. Si vous êtes prêt à déposer pour 2002, ça veut dire que vous avez déjà fait... vous êtes allé chercher, en fait, la cueillette d'informations pour arriver à ce... Bon. Ça veut dire que vous donnez un certain nombre de réponses par rapport à nos préoccupations parce que vous avez déjà fait cette cueillette de données là. Donc, en ce qui concerne... il y a plusieurs éléments qui ont

ressorti, en fait, dans le rapport du Vérificateur général à l'effet de savoir que... Le manque de planification fait en sorte qu'on ne connaît pas exactement le parc qu'on a, en fait, au niveau des équipements, la qualité des équipements, les gens qui sont capables de manipuler ces équipements-là. En fait, on est un peu dans le désordre à tous les niveaux.

● (10 h 30) ●

En fait, il semblerait que... En tout cas, c'est assez difficile. C'est assez difficile. On ne sait pas dans quel ordre de grandeur que, finalement, on achète ces instruments-là, pour convenir à quels besoins. Est-ce que c'est pour un besoin qui répond à une formation, à un moment donné, d'un professionnel de la santé, qui, parce qu'il a développé une forme de spécialité, demande l'équipement? Et puis, bon, on se retrouve, dans certaines régions, dès que ce professionnel de la santé là déménage, il n'y a plus l'équipement ou l'équipement ne sert plus à rien, il devient en désuétude.

On avait déjà vu, en fait, qu'il lui faut des capacités aussi de la population suffisamment pour répondre à certains besoins d'appareils. Des fois, les appareils étaient énormes pour la capacité qu'ils étaient capables de... pour ce qu'ils produisaient, donc non rentables, alors qu'on aurait pu faire, en fait, des fusions entre un centre hospitalier avec un autre centre hospitalier, ce qui n'a pas, jamais été fait. Et ça, c'étaient des choses, là, qui auraient pu être faites, là, sans qu'on fasse une planification stratégique, ça allait dans le bon sens, le gros bon sens d'une bonne gestion, très saine, ce qui n'a pas été fait.

Au niveau de la qualité, depuis 1993, en fait, il y avait le comité public, LP je ne sais pas trop quoi, LSP...

Une voix: ...

Mme Vermette: ...voilà, bon, alors, qui devait... vous deviez travailler en collaboration, et qui devait voir comment ça se passait dans les édifices privés. Ça ne s'est jamais fait. Alors...

Une voix: ...

Mme Vermette: Bien, en fait, je veux dire, ça s'est... Privé, là, hein? Il devait prévoir l'expansion des établissements «de ses activités en matière de radioprotection. Cependant le ministère n'a pas fait le suivi auprès du LSPQ concernant le respect de cette facette de son mandat.»

Donc, il y a beaucoup d'aspects, en fait, qui ont été négligés. Et, je me dis, en si peu de temps, qu'on arrive à avoir tout fait... conscrit, dans le fond, le problème, c'est ou bien on connaissait très bien le problème avant puis on ne faisait rien, ou bien, finalement, vous êtes un homme super efficace qui êtes capable de miser tout de suite et d'arriver et de faire une planification — vlan! — et ça va passer, et ça va se faire.

Ça fait que, moi, j'aimerais savoir un peu, dans la démarche, si on est capable de passer à 2002, ce qui veut dire qu'il y a des choses que vous avez pu constater, et j'aimerais que vous nous parliez sur les choses que vous avez constatées, qui fait qu'on va pouvoir réparer, dans le fond, là où il y avait les problèmes. Parce qu'il semble qu'il y en a de sérieux

problèmes, qu'est-ce qui nous a été mentionné dans le rapport du Vérificateur général.

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre. Peut-être, à une autre séance, on peut regarder l'efficacité personnelle du sous-ministre. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gabrièle (Pierre): Vous savez, je suis habitué à revenir pour rendre des comptes. Écoutez, bon, ce n'est pas que la situation est si désordonnée. C'est-à-dire, ce qui arrive, il n'y a pas, peut-être, de plan structuré, mais, au niveau des achats d'équipements, pour vous rassurer, au niveau des achats d'équipements, il y a les régies régionales. Parce que ce n'est pas le ministère, c'est les régies régionales qui contrôlent les critères pour l'achat et le renouvellement des équipements. Donc, je peux comprendre que des fois nous avons ce que j'appelle des pressions pour avoir tel type d'appareil par rapport à tel autre appareil. Ça, c'est correct. Mais il ne faut pas donner l'impression que c'est le grand chaos total, vous savez, sur l'imagerie médicale. Bon.

Deuxièmement, quand on parle d'inventaire, quand j'ai questionné pour dire: Pourquoi il n'y avait pas d'inventaire? la réponse que j'ai eue, bien sûr, je ne l'accepte pas, mais je vous la donne tout simplement, en disant que, quand, au cours de 10 ans, j'ai, comme investissements, 15 millions par année pour l'ensemble des équipements du réseau, ça me sert à quoi de tenir un inventaire? Vous comprenez? Bon. Mais elle n'est pas justifiable, la réponse.

À ce moment-là, j'ai dit: Il faut qu'on connaisse l'état de notre parc, et nous allons faire l'inventaire. Bon. Donc, en définitive, j'ai pris au sérieux... Il ne faut pas que vous me reprochiez d'avoir pris au sérieux le rapport du VG. J'ai pris au sérieux le rapport du VG, j'ai dit: Bon, correct, il y a certaines problématiques, on va se retrousser les manches et réagir rapidement à ces problématiques-là. Et c'est ce que je fais. Et je vais revenir, si vous voulez, dans un an, rendre compte des actions qui ont été faites par rapport aux recommandations.

Quand je parlais que j'ai trois ans, oui, dans une situation normale, tu as trois ans pour... Le VG revient au bout de trois ans, comme il donne à n'importe quel ministère et organisme. Mais, à ce jour, chaque fois que j'ai eu à suivre les recommandations du VG, il ne m'a jamais donné trois ans parce que, au bout d'un an... Vous vous souvenez, rien qu'au Curateur public, quand il avait fait son rapport, il l'avait fait... j'avais droit à trois ans, je suis venu à chaque année faire le suivi des recommandations, même six mois après. Et c'est un peu la même chose avec l'imagerie médicale. Bien, c'est correct, je n'ai pas de problème là-dessus.

Mme Vermette: En fait, je sais que les régies régionales, c'est elles qui doivent voir à la planification, mais aussi avec les centres hospitaliers, bien sûr. Mais comment se fait-il qu'on est arrivé à... De sorte que, bon, on a connu tout ce qu'on a pu connaître par le passé, il y a eu toutes sortes de révélations en ce qui concerne, en fait, beaucoup de pratiques, mais qu'on arrive à ce que

certaines appareils sont peu utilisés dans certains cas, à d'autres endroits, très utilisés, puis, finalement, c'est une clinique privée, finalement, qui prend la relève. Moi, j'aimerais savoir comment on arrive à faire en sorte que...

Et on ne sait pas, en fait, même pas le relevé. On ne sait pas, au niveau des cliniques privées, les résultats escomptés par rapport au nombre de... — comment vous appelez ça, là? — d'examen qu'ils peuvent faire ou de radiologies qu'ils peuvent faire, qu'ils peuvent passer. On n'est même pas... Il n'y a pas de suivi par rapport à ça. C'est difficile de prendre, finalement, des décisions sans savoir exactement le volume, en fait, de tous ces appareils-là et de savoir exactement comment l'un s'imbrique dans l'autre, et comment l'un est complémentaire par rapport à l'autre, et la nécessité d'avoir un par rapport à l'autre. Est-ce que... n'y aurait-il pas lieu de penser qu'il y a peut-être un appareil qui peut plus travailler puis qu'on n'en a pas besoin dans le privé? Parce que, ça, le privé pourrait répondre à ce qu'on n'est réellement pas capable d'avoir dans l'institution. Mais là c'est du doublage, en fait. Dans le privé, il y a à peu près les mêmes choses qu'on retrouve dans les institutions publiques. Alors, tu sais, des fois, ça fait un peu bizarre.

M. Gabrièle (Pierre): Bon, je vais essayer de ramasser. Il n'y a pas de doublage ou de savoir qu'est-ce qu'on ne... Pour les services assurés... Parce qu'il y a juste trois services dont le VG nous parlait qui n'étaient pas assurés, qui étaient la résonance magnétique... qui n'étaient pas assurés en clinique privée, qui étaient la résonance magnétique, le tomo et ensuite l'échographie. Donc, c'est vrai que, pour ceux-là, comme ils ne sont pas assurés, je ne sais pas le nombre d'examen parce que c'est une clinique privée. Vous me comprenez? Je ne peux pas tenir un registre pour une clinique privée. Mais, pour les services assurés, comme la RAMQ rembourse, nous le savons quels sont... le nombre d'examen qui sont passés dans les cliniques privées. Donc, ça, on le sait. Bon. Alors, ça, c'est une chose.

Maintenant, quand on nous dit: Dans les cliniques privées, il y a du doublage ou de la duplication, il n'y a pas de duplication, nous manquons de radiologues, donc... Parce que, vous le voyez dans le rapport du VG lui-même, quand on regarde, dans les cliniques privées, en équivalent d'ETC, dans les cliniques privées, vous avez à peu près, de mémoire, je pense, 50 ou 51 radiologues. Donc, ça ne représente pas un nombre exorbitant dans les cliniques privées. Alors, normalement, comme nous manquons de radiologues, moi, je parle toujours de la nécessaire complémentarité avec les cliniques privées, parce que je ne peux pas obliger un travailleur autonome, un radiologue, à aller travailler juste en établissement. Alors donc, c'est pour ça que, quand je vous disais: Nous sommes en train de regarder avec eux, pas simplement les ententes traditionnelles, mais la mise en place de cabinets affiliés avec l'établissement, où là, vraiment, on aura ce que j'appelle la vraie complémentarité. Mais je ne pourrai jamais, même avec ces ententes de cabinets affiliés, éliminer que quelqu'un décide, lui, parce que c'est le choix du patient, d'aller en clinique privée par rapport à un établissement, où c'est la même chose, où le patient, c'est lui qui choisit l'établissement où il va passer son test.

Le Président (M. Kelley): Ça va?

Mme Vermette: Oui.

Planification des effectifs médicaux

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Lavolette.

Mme Boulet: O.K. Alors, moi, M. Gabrièle, vous avez dit... Bon, c'est sûr qu'il y a un gros problème d'effectifs, autant dans la répartition que dans la... Il y a une pénurie importante au Québec. Moi, je pense que la cause principale de tout ça, c'est la mise à la retraite prématurée et massive des médecins. On les a même payés pour qu'ils s'en aillent chez eux. Alors, je me dis, on a beau augmenter de 55 étudiants par année dans les facultés de médecine, dites-moi, pratiquement, là, sur le terrain, comment ça me donne de radiologues de plus, ça, par année, au bout de sept ans? Parce que aller en médecine, c'est un, mais aller en radiologie, c'est deux. Est-ce que la spécialité va être ouverte à davantage d'étudiants? Puis combien on va en avoir de plus? Parce que, là, on est dans la radiologie; les omnipraticiens, c'est autre chose.

M. Gabrièle (Pierre): Regardez, sur la question qui m'est posée, je vais la traiter en deux volets. Premier volet, les fameuses... Vous savez, le mythe de la fameuse mise à la retraite, et c'est le mythe... Vous voyez, c'est que ce qui nous arrive là-dessus, c'est le même thème que je me suis fait servir aussi pour les infirmières. Il y a un moment donné... Au moment où nous sommes rendus, c'est presque fini parce que, de toute façon, les mesures que nous avons données pour faire partir le monde à la retraite, c'étaient des gens qui, à l'intérieur de cinq ans, auraient été admissibles à la retraite et qui seraient partis de toute façon. Alors, ils sont partis plus tôt, mais aujourd'hui ils seraient partis de toute façon. Donc, j'aurais eu la même problématique, par les départs à la retraite, d'effectifs ou de manque d'effectifs parce que les gens qui portaient à la retraite étaient peut-être admissibles dans un an, dans deux ans à la retraite. Donc, ils quittaient, et je ne peux... Et aujourd'hui, donc, ils seraient, de toute façon, partis. Ceci est un élément.

● (10 h 40) ●

Pour le nombre de radiologues, actuellement, nous avons 15 résidents en radiologie. Avec l'augmentation que nous avons faite dans les facultés de médecine, ça nous en donne pour deux de plus. En radiologie, ça nous en donne... Comme résidents, ils vont être 17.

Mme Boulet: Deux de plus dans sept ans?

M. Gabrièle (Pierre): Par année. Par année.

Mme Boulet: Oui, je sais, mais ce ne sera pas avant sept ans.

M. Gabrièle (Pierre): Par année.

M. Deschênes (Luc): Est-ce que je pourrais...

Le Président (M. Kelley): Dr Deschênes.

M. Deschênes (Luc): Parce que, vous savez, M. le Président, le nombre d'entrées en résidence est fonction du nombre d'étudiants en médecine qui terminent. Alors, actuellement, on ne peut pas décerner plus de places en résidence que la cohorte de finissants. La table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux s'est réunie la semaine dernière, et, en regardant la cohorte de résidents, en préparation du mémoire qui va être présenté à l'Assemblée nationale, il faut tenir compte des finissants. Et, avec la Fédération des médecins spécialistes, on s'est entendu que, l'an prochain, il y a deux postes supplémentaires qui sont disponibles, et les deux vont être en radiologie. Maintenant, l'année suivante et dans les années futures, à mesure que les...

Vous savez, on a commencé à rentrer des étudiants en médecine, là, ça fait déjà trois ans. Ça veut dire que, dans deux ans, le nombre d'entrées en médecine... de finissants va commencer à augmenter, et là on va pouvoir augmenter le nombre de résidents, pas seulement en radiologie. Parce que, en radiologie, c'est un aspect, mais vous comprenez que des besoins en spécialistes, il y en a dans plusieurs spécialités. Alors, la table de concertation, à chaque année, planifie, regarde le nombre d'étudiants qui sortent, le nombre d'étudiants qui vont pouvoir entrer en spécialité et détermine avec toutes les facultés de médecine, etc., combien de nouveaux résidents vont être dans chaque spécialité. Alors, ce que je peux vous dire, c'est que ça n'a pas encore été accepté. C'est en nulle part. La réunion était la semaine passée, le procès-verbal n'est pas encore écrit, mais ce que je sais, c'est qu'il y a eu un consensus pour augmenter dès l'an prochain de deux entrées en médecine... en radiologie.

Mme Boulet: Bon, dans un premier temps, je ne crois pas que deux... Il faut bien se rendre compte qu'il y a des spécialités où il y a des manques qui sont beaucoup plus importants que d'autres spécialités. Alors, il y aurait peut-être lieu de réviser tout ça et de redistribuer les quotas de médecins qui se présentent en spécialité, à mon avis à moi, là. Je ne suis pas une radiologiste, mais je ne crois pas que deux, que ça va régler le problème, dans un premier temps.

Ensuite de ça, M. Gabrièle, il disait que, bon, la mise à la retraite, elle était... c'était à prévoir, les gens seraient partis de toute façon. Mais je pense que, quand on paie quelqu'un 300 000 \$ pour partir... je pense que c'est un bel incitatif pour partir. Je ne suis pas convaincue que, si on ne les avait pas payés, il en serait parti 1 300 à l'heure actuelle. Ça, permettez-moi de douter de ça. Quand on donne 300 000 \$ à quelqu'un pour qu'il reste chez eux alors que la population est en déficit puis qu'il manque de médecins sur le terrain... Remarquez qu'on a envie... Aujourd'hui, on paie le prix de ça, autant dans les omnipraticiens que dans les spécialistes. Et on me dit que, même dans les spécialistes qui veulent prendre leur retraite, à l'heure actuelle, ils ont encore une prime de départ. Est-ce que c'est vrai, M. Gabrièle?

Le Président (M. Kelley): M. Gabrièle.

M. Gabrièle (Pierre): La prime se termine le 31 mars...

Mme Boulet: 2002.

M. Gabrièle (Pierre): ...2002, puisque l'entente qu'on avait, c'est jusqu'au 31 mars 2002. Cependant, ce que je dis, oui, ça peut paraître de dire: On paie 300 000 \$ pour que la personne parte. Ce que je vous ajoute, c'est que les négociations que nous avons avec la Fédération des spécialistes — parce que ça touche les spécialistes — c'est de regarder l'ensemble de ce que j'appelle les fonds de pension des médecins. Parce que le 300 000, quand on payait cette indemnité-là, c'était à cause que certains n'avaient pas de fonds de pension, ou autres, et c'est des négociations qui se sont faites et qui se sont faites à l'intérieur de l'enveloppe globale que nous... Parce qu'il faut le dire, ce n'est pas de l'argent de plus, c'est à l'intérieur de l'enveloppe globale qui est prévue pour les médecins.

Alors donc, quand je dis que, de toute façon, ces personnes-là, par exemple, seraient parties, l'indemnité de départ qui est donnée, c'est peut-être pour la personne, elle a peut-être 68, 67, 69 ans, et qui serait admissible à quitter, mais, comme elle n'avait pas de plan de retraite, restait. Mais, là encore, je me dis: Normalement, après le 31 mars 2002, les gens vont partir à la retraite sans indemnité. Et le problème que, quand ils arrivent à un certain âge, quelqu'un qui décide de quitter la pratique, je ne peux pas le garder malgré lui. Bon.

Pour tout ce qui est de... Au niveau de la table permanente que nous avons pour l'évaluation des effectifs, vous comprenez que, nous, on ne le fait pas juste par strate — tels spécialistes, mettons, neurologues, les besoins en neurologie — on le voit pour l'ensemble des spécialistes et justement pour avoir une vision globale. Et, dans ce sens-là, pour les radiologistes, oui, il y a deux résidents additionnels, qu'on s'est entendu, mais il faut voir aussi que j'ai d'autres besoins en d'autres spécialités et il faut que je tienne compte de l'ensemble de la réalité de l'ensemble des spécialités. Si j'en mets plus en radiologie, quand je reviendrai vous revoir, vous me poserez la question peut-être pour une autre spécialité. Donc, il faut le voir dans une répartition avec les effectifs que j'ai. Je ne peux pas en créer. Avec les effectifs que j'ai, nous faisons la répartition par spécialité.

Mme Boulet: Oui, mais est-ce que vous vous rendez compte, là, que vous les avez mis à la retraite ou, du moins, avec votre fonds de pension, vous les avez incités à la retraite? Parce que, aujourd'hui, on est obligé de les rappeler. Certains anesthésistes, certains radiologistes, on est obligé de les rappeler parce qu'on n'en a pas. Puis là ils ont des tarifs de médecins dépanneurs et puis... Vous rendez-vous compte, là, que c'est un cercle vicieux? On les a mis dans... On leur a dit de prendre leur retraite, on les a payés, puis aujourd'hui la population est en manque, puis il faut les faire revenir, ces gens-là. Avant de mettre quelqu'un à la retraite, avant de lui donner des incitatifs pour qu'il parte, il faut évaluer les besoins de la population. Bien, selon moi, je pense que c'était quelque chose à évaluer avant.

Le Président (M. Kelley): M. Gabrièle.

M. Gabrièle (Pierre): Regardez, je pense... Bon, on va le vider, le débat de la mise à la retraite. M. le Président, normalement, il y a des négociations qui se font. Parce que la Fédération des spécialistes ou la Fédération des omnipraticiens, c'est un syndicat professionnel avec lequel on négocie. Bon. Et donc, quand on négocie, bien sûr qu'on a négocié ce qu'on appelle certaines mesures anticipées de mise à la retraite ou de prime pour la retraite. Bon. Mais, après, c'est chaque personne qui désire avoir la mesure à l'intérieur de ce plan négocié qui décide si elle part ou elle reste. Je ne peux pas obliger quelqu'un à rester.

Je comprends que la mesure a été un incitatif, peut-être, à partir, mais ça s'est fait dans une négociation, comme on l'a fait pour les autres employés de l'État ou du réseau parapublic qui étaient les infirmières. Donc, c'est fait. Maintenant, je ne peux pas revenir sur ce qui s'est négocié. Et ça se termine le 31 mars 2002. Nous allons regarder, après, les effets, si les gens, s'ils n'ont plus cette mesure-là, continuent à rester. Parce que, de toute façon, à un moment donné, les personnes décident de quitter pour prendre une retraite.

• (10 h 50) •

Qu'on fasse des rappels, oui. C'est-à-dire, normalement, on avait une clause qu'on ne rappelait pas, et c'est juste... Ces rappels-là, c'est des rappels d'exception qui sont faits. Ce n'est pas la règle générale, d'abord, c'est d'exception. Quand on se retrouve... Parce qu'on avait une clause qu'on ne pouvait pas rappeler quelqu'un à l'intérieur de deux ans s'il avait reçu son indemnité. Et parfois, donc, à titre d'exception, si on est en situation de rupture de services, bien sûr qu'on fait le rappel parce que c'est à titre d'exception et ça nous permet de ne pas être en rupture de services. Mais que vous me blâmez qu'on le fasse... Est-ce qu'il fallait choisir que je sois en rupture de services ou faire ce type de rappel?

Mme Vermette: Est-ce qu'on peut savoir, habituellement, l'âge moyen des gens, justement, des spécialistes, à l'heure actuelle, par rapport à... Dans le domaine des radiologistes, est-ce que la moyenne d'âge est assez élevée actuellement? Puisque les plus âgés, en partie, ça doit avoir...

Le Président (M. Kelley): ...question, et je vais revenir à Mme la députée de Lavolette après. Alors...

M. Deschênes (Luc): La moyenne d'âge des radiologistes, ce que je peux vous dire, c'est que... Je ne peux pas vous dire le chiffre exact, mais ce n'est pas la spécialité qui est la plus vieille. En chirurgie générale, par exemple, la moyenne d'âge est plus élevée. Il y a d'autres spécialités...

Il faut comprendre une chose — si on revient un peu en arrière, M. le Président — c'est que, quand on parle de rajouter deux résidents en radiologie, par exemple, ça peut sembler un petit chiffre, il ne faut pas oublier qu'on fait affaire avec une cohorte de 450 spécialistes sur le terrain. Pendant ce temps-là, on dit: On ne donne pas de résidents en chirurgie cardiaque, on n'augmente pas en chirurgie cardiaque et on a un pool de 50 chirurgiens sur tout le territoire. Alors, vous

comprenez que, quand il y en a un qui meurt, en chirurgie cardiaque, c'est presque une catastrophe dans un centre. C'est arrivé l'an passé qu'il y en a eu un malade à Sherbrooke, et on a été obligé de prendre des chirurgiens à Québec pour aller faire du dépannage à Sherbrooke.

En radiologie, sur 450, vous comprenez qu'il y a d'autres moyens de compenser. M. Gabrièle a parlé de télémedecine, il a parlé de faire des pools, de faire des pratiques de groupe, etc. Donc, on ne part pas avec une pénurie aussi grave qu'en radio-oncologie, par exemple, où les chiffres sont encore plus petits qu'en chirurgie cardiaque. Alors, vous comprenez qu'il faut...

Je pense que la table de concertation regarde tous ces facteurs-là avant de décider, parce que les postes, il faut faire ça avec minutie, il faut prévoir que c'est des effets à long terme aussi. Ce n'est pas demain matin, les résultats. Donc, il faut faire en même temps les bons effets et les effets pervers d'une augmentation dans une spécialité plutôt que l'autre, et ça prend... C'est pour ça que c'est une table permanente de planification, parce que c'est de la planification, puis, comme vous savez, en ressources humaines, c'est très facile de se tromper. Mais il reste que les radiologistes sont venus voir la table de concertation, ont convaincu les membres de la table d'augmenter le nombre dès l'an prochain. C'est sûr que ça ne répond pas aux besoins, mais il n'y a aucune spécialité où on peut répondre aux besoins actuellement, les cohortes d'étudiants qui finissent ne sont pas assez...

Mme Vermette: Quels sont les incitatifs que vous faites auprès des étudiants en médecine pour qu'on oriente vers ça?

Le Président (M. Kelley): Mme la députée, peut-être...

Mme Vermette: ...

M. Deschênes (Luc): En radiologie?

Mme Vermette: Oui.

M. Deschênes (Luc): Radiologie, pas besoin faire d'incitatifs en radiologie, c'est la spécialité... une des plus payantes. Alors, si on ne retenait pas, là, si on ne retenait pas, il y aurait encore plus d'étudiants en radiologie, ils seraient tous... Bien, M. le VG, je ne veux pas le contredire, il dit: Ils seraient tous en radiologie. C'est une spécialité facile puis c'est une spécialité payante. Alors, pas besoin de faire des dessins pour ça, là.

Mme Robert: Pourquoi elle est payante si elle est facile?

Mme Vermette: Bien, non, mais c'est parce qu'il y a de la demande.

M. Deschênes (Luc): Ah, bien, ça, je peux remonter à l'histoire de 1970, pourquoi ils ont fait la grève en... Pourquoi c'est la seule spécialité qui a fait la grève en 1970?

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, à la question qu'on me posait, quel était l'âge moyen, je n'ai pas l'âge moyen, mais j'ai des indicateurs. Voyez, au 26 janvier 2001, on avait 479 membres actifs, dont 57 étaient âgés de plus de 65 ans sur 479. Alors, je n'ai pas l'âge moyen, mais ça vous donne un ordre d'indication, 57 sur 479 avaient plus que 65 ans.

Mme Boulet: Combien de plus que 55?

M. Gabrièle (Pierre): Ça, je ne l'ai pas. Excusez-moi. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gabrièle (Pierre): Je ne l'ai pas, mais je pourrais vous...

Le Président (M. Kelley): Si je peux juste intervenir pour bien comprendre, Dr Deschênes, il y a combien de postes de résidents dans l'ensemble? Il y a combien de spécialistes qui sont en formation? Pour mieux comprendre l'ajout de deux postes en radiologie, dans l'univers des résidents, des postes de résidents, il y a combien par année?

M. Deschênes (Luc): La cohorte... Vous posez des chiffres très précis, parce que...

Le Président (M. Kelley): Non, non, non, juste un ordre de grandeur, ce n'est pas...

M. Deschênes (Luc): C'est autour de 400, entre 400 et 500, à peu près, par année. Alors, nos finissants, la moitié en médecine familiale. En entrant en spécialité, c'est à peu près 40 % en médecine familiale, 60 % en spécialité. À peu près 10 % des étudiants quittent pendant leurs études de spécialité. Et, à la fin des cinq années de spécialité, il reste à peu près 50-50. C'est-à-dire que l'objectif qu'on a, depuis au moins cinq ans maintenant, c'est que, à la sortie des programmes de spécialité, on a la moitié des omnipraticiens et la moitié sont des spécialistes.

Des spécialistes, il y en a 33 spécialités reconnues au Québec. Le Collège royal, il y en a 62 parce que, dans chaque spécialité, il y a des sous-spécialités. En radiologie, il y a la neuroradiologie, par exemple, qui est une partie, dans les centres où il se fait de la neurochirurgie, où il y a des neuroradiologistes. En radiologie, il y a aussi des radiologistes pédiatriques, qui font seulement de la radiologie chez les enfants, parce que c'est tout un domaine particulier. Alors donc, dans chaque spécialité, il y a des sous-spécialités. Et c'est ça qui arrive, c'est qu'on ne peut pas parler des radiologistes. Parmi les radiologistes, il y en a qui font de la radiologie générale — c'est la grosse majorité — mais il y en a qui font des surspécialités puis... Alors donc, il faut le voir dans son ensemble. Et, étant donné que c'est toujours proportionnel aux étudiants qui finissent, parce qu'on ne peut pas en faire... Même si on voulait augmenter le nombre de résidents demain matin, on ne peut pas, c'est selon le nombre d'étudiants qui terminent.

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, j'ai des données, mais qui sont de 2000, de l'année 2000, pas de 2001. Mais ça peut vous donner les strates. Je les ai même hommes, femmes et avec les strates d'âge pour les deux. Alors, moins de 40 ans, j'ai 80 femmes et 91 hommes; de 41 ans à 50 ans, 35 femmes, 70 hommes; de 51 ans à 60 ans, 26 femmes, 134 hommes; et de 65 ans et plus, 2 femmes et 53 hommes. Mais c'est des données de 2000. Celles que je vous donnais tout à l'heure étaient de 2001.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Alors, je vais laisser Mme la députée de Laviolette terminer. Après ça, je vais céder la parole à Mme la députée de Deux-Montagnes.

Répartition du budget consacré à l'imagerie médicale

Mme Boulet: Moi, j'avais une deuxième question, en fait, c'est qu'on parle de... Le budget, là. En mars 2000, le ministère des Finances a annoncé un investissement ponctuel de 200 millions, O.K., dans les technologies, là. Et, avec l'argent du fédéral, si on considère l'argent du fédéral, le 239 millions du fédéral en deux ans, moi, dans mon compte à moi, ça fait 339 millions de dollars qui auraient dû être injectés, là. Tantôt, vous nous avez parlé de 40 cette année, 30 l'année prochaine, 30 en 2004. Vous savez, c'est facile d'annoncer des chiffres, c'est facile de les annoncer deux puis trois fois, mais souvent on n'a pas l'impression qu'on a quelque chose de tangible au bout de ça. Est-ce qu'il y a moyen de dresser... Bon, si c'est bien 339 millions qui ont été injectés, est-ce qu'il y a moyen de savoir où ça a été injecté?

M. Gabrièle (Pierre): Bon, regardez...

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, le 200 millions annoncé en 2000-2001, ce n'était pas uniquement pour l'imagerie médicale, c'était pour l'ensemble des équipements. On s'entend, ce n'était pas... Il y avait une partie qui allait à l'imagerie médicale, mais c'était pour l'ensemble des équipements. Il y avait, en plus du 200 millions... il y a eu le 119 du fédéral, il n'était inclus dans le 200 millions, ce qui faisait, pour 2000-2001, 319 millions.

Une voix: Trois cent...

M. Gabrièle (Pierre): Dix-neuf. Pour l'imagerie médicale, nous avons investi 169 352 000 \$. Et j'ai même les chiffres par type d'imagerie médicale. Et la répartition que nous avons faite, nous l'avons faite... Bon, c'est barbouillé, on va essayer de vous en trouver une qui n'est pas barbouillée, et je vous la déposerai. Répartition, la partie de 200 millions et la partie 119 millions — parce que je m'attendais que vous me posiez la question, pas vous mais que, ici, aujourd'hui... — alors, on la fait. Donc, c'est 169 millions. Bien sûr que

l'autre partie, qui touchait les équipements, est allée aux équipements. Quand on a acheté, par exemple, des lits électriques, des petits équipements pour les infirmières, ça faisait partie de l'ensemble des équipements, ce n'était pas pour l'imagerie médicale.

• (11 heures) •

Et, même sur le 169 millions que nous avons dépensé en 2000-2001, l'Association des radiologistes nous dit: Non, ce n'est pas 169 millions, c'est moins, parce que, moi, dans mon Association, j'enlève la médecine nucléaire. Alors, on a fait aussi l'exercice en enlevant la médecine nucléaire pour être certains de savoir qu'est-ce que nous avons investi en radiologie quand on allait négocier. Alors, sur la même feuille, vous allez avoir les deux. Alors, ça a donné 138 millions pour la radiologie, et une partie qui venait du 200 millions, et l'autre partie venait du 119 millions. Et le 119 millions, quand on a eu le transfert fédéral, n'était pas uniquement pour l'imagerie médicale, non plus pour la radiologie, c'était pour les équipements. Et, quand le ministre a annoncé... en sus, il a annoncé un 100 millions pour la radiologie, dont 40 millions cette année, 30 millions et 30 millions les années suivantes. Et ça, celui-là aussi, nous allons le dépenser. Alors, je vais vous déposer...

Le Président (M. Kelley): Est-ce qu'on a une copie? Je pense que ce serait utile pour les membres de la commission si on peut trouver une copie propre.

M. Gabrièle (Pierre): Donnez-moi deux secondes. On va essayer de vous trouver une copie propre.

Le Président (M. Kelley): Parce que je pense que ça peut mettre les choses au clair. Parce qu'on a écouté votre exposé sur l'argent, mais, étant donné qu'on parle d'enveloppe distincte, peut-être qu'on est aussi bien de...

M. Gabrièle (Pierre): ...c'est qu'on a barbouillé.

(Consultation)

M. Gabrièle (Pierre): Voilà, j'en ai une copie propre.

Document déposé

Le Président (M. Kelley): Parfait.

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): Autour de la table, tout le monde est en train de faire des calculs rapides. Un exemple vivant de calculer au bout de la table. Ha, ha, ha! O.K. Peut-être avant de passer la parole à ma collègue de Deux-Montagnes, un complément de question du député de Robert-Baldwin.

M. Marsan: Je suppose que le Vérificateur...

Le Président (M. Kelley): Je pense que M. Breton a...

M. Marsan: Alors, M. le Président, j'aimerais interpeller peut-être les représentants du Vérificateur général. Nous avons, au tableau 4, à la page 132, les montants d'argent qui ont été donnés pour les années 1997 jusqu'à l'an 2000, les trois années. Alors, on a des enveloppes budgétaires qui comprennent le renouvellement des actifs et la haute technologie. Ce qui a été donné dans ces années-là, on parle de 19 millions au total pour l'année 1997-1998; 17,7 millions en 1998-1999; et 9,6 millions en 1999-2000. Moi, ce que j'entends là, puis j'aimerais ça que vous me le confirmiez, bien, c'est que l'année 2000-2001, ça va être autour de 169 millions puis possiblement — je vais demander la question au sous-ministre — que 2001-2002, ça va être encore plus. Là, on part de 19, 17, 9 millions, puis là on tomberait à 169 et... On a-tu tous la même compréhension de ce qui nous est affirmé?

(Consultation)

Le Président (M. Kelley): Oui, M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): Je vais y répondre, et le Vérificateur ajoutera. On ne conteste pas ces chiffres-là. C'est ce que je vous disais. J'avais en moyenne 15 millions par année durant les 10 dernières années pour tous les équipements...

M. Marsan: Maintenant, vous en avez 169.

M. Gabrièle (Pierre): Et ça s'est terminé en 1999-2000, et c'est ce qu'on vous a dit. J'ai eu donc plus que pour tous les équipements. Et, après, j'ai fait l'extracto pour l'imagerie médicale, le document qui s'en vient. C'est que, pour l'an 2000-2001, j'ai eu 200 millions pour l'ensemble des équipements plus le 119 du fédéral. Ça me donnait 319, plus le 15 millions d'équipements qui était dans ma base, qui était récurrent — parce que j'ai toujours le 15 millions dans ma base, récurrent — ce qui me donnait 334. Et ce que le Vérificateur général vous a donné, à la page... je l'ai paginé, c'est 132, bon, le tableau 4, c'était ce que j'avais dans ma base, récurrent, et c'est vrai, c'est conforme.

M. Marsan: Mais là, ça va être corrigé, parce que ça ne sera plus 9 millions, ça va être 169. Vous nous confirmez ça.

M. Gabrièle (Pierre): Pour 2000-2001.

M. Marsan: C'est ça.

M. Gabrièle (Pierre): Et pour 2001-2002...

M. Marsan: C'est une augmentation de 160 millions. Moi, je voudrais faire le commentaire suivant. Parce que j'avais un article des médecins de l'Hôpital de L'Enfant-Jésus, le Dr Rousseau et le Dr Morissette, qui disaient: Nous avons le pire appareillage au Québec. Ça, c'est en octobre dernier, ça ne fait pas tellement longtemps. Et on a eu des bonnes discussions aussi avec d'autres représentants, dont le Dr Levesque, et on n'avait pas cette impression-là qu'il y avait eu tellement

d'investissements dans le domaine de l'imagerie que maintenant ça va vraiment tout changer. Ça, c'est un peu nouveau, là, dans l'information qu'on partage ce matin. Et là vous nous assurez qu'il y aurait un 169 millions pour l'année 2000-2001. Elle est presque finie, donc ça fait...

Des voix: C'est déjà dépensé.

M. Gabrièle (Pierre): C'est déjà dépensé. Ça, ce que je vous donne, c'est ce qui a été dépensé pour 2000-2001.

M. Marsan: C'est annoncé...

Une voix: C'est annoncé.

M. Marsan: Non, c'est dépensé. C'est pas annoncé, là, c'est dépensé.

M. Gabrièle (Pierre): Annoncé. Annoncé, acheté, donc, et dépensé. C'est connu. Bon, maintenant, ce qui peut arriver...

Le Président (M. Kelley): Branché?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gabrièle (Pierre): C'est ça, le problème. C'est qu'il y a le processus... M. le Président, il y a le processus d'appel d'offres public et de soumissions, le temps que les appareils arrivent.

Le Président (M. Kelley): Mais je pense que c'est intéressant quand même, de l'annonce, parce que c'est tout ce processus de planification qui intéresse les membres de la commission. Oui, on a décidé, mettons, en angiographie, je ne connais rien dans le domaine, mais il y a 17 millions de dollars des deux enveloppes qui sont alloués à l'angiographie. Mais, de la décision de dépenser, il y a les coûts d'opération aussi. C'est bien beau d'avoir la machine dans l'hôpital, mais il faut également s'assurer qu'il y a les frais de fonctionnement, il y a les techniciens, il y a les médecins, qui sont... Alors, j' imagine que ça prend un certain temps, même avec une bonne nouvelle, et de dépenser 169 millions de dollars, pour un sous-ministre, je pense que c'était une journée assez heureuse, c'est quelque chose qu'on souhaite faire assez souvent. Mais, de la décision pour mettre en place tous les autres éléments pour s'assurer du fonctionnement, j'ai dit à la blague «branché», mais ça prend combien de temps entre la décision et de dire que, effectivement, ces équipements sont au service des citoyens?

M. Gabrièle (Pierre): Écoutez, M. le Président, normalement, pour avoir les équipements, aller en appel d'offres et tous les processus, dépendant du type d'appareil — parce que, vous comprenez, quand on renouvelle des appareils, dépendamment aussi du type d'appareil — ce n'est pas si long que ça. Ça peut s'étaler sur trois, quatre à cinq mois, vous savez. Bon. Donc, pour ça, je peux vous assurer qu'il n'y a pas de problème; c'est là, c'est bien dans les établissements.

Donc, nous les avons annoncés. On a donné les crédits aux régies régionales. Ils ont coordonné les achats. Donc, c'est fait.

Cependant, je ne vous cache pas que, quand je vous ai dit que nous avons priorisé le renouvellement et que le parc est de l'ordre... la valeur de remplacement du parc est de l'ordre de 600 millions, bien sûr, avec mon 169 millions, je n'ai fait qu'une partie du renouvellement de mon parc. C'est une bonne annonce, mais bien sûr que vous allez avoir toujours des personnes qui vont vous dire: Chez moi, dans mon département, il y a tel appareil qui n'a pas été renouvelé, parce que, si j'avais fait le renouvellement complet du parc, ça m'aurait pris peut-être 500, 450 à 500 millions. Mais nous avons fait un investissement, c'est une excellente annonce, un investissement de 169.

Maintenant, pour l'année courante, pour l'année financière courante, donc 2001-2002, il va y avoir d'autres investissements qui vont se faire. Pour l'instant, au moins, ce que je peux vous assurer, au moins le minimum de 40 millions que mon ministre a annoncés pour la radiologie, ça, il va se faire dans cette année-là, donc ça s'ajoute au... Vous voyez, pour la radiologie, ça s'ajoute au 169, mais, quand je le fais spécifiquement pour la radiologie, ça s'ajoute au 138 parce que le 138 est inclus dans le 169.

Le Président (M. Kelley): Oui, mais c'est dans une autre année.

● (11 h 10) ●

M. Gabrièle (Pierre): Mais c'est toujours dans l'imagerie médicale pour la radiologie. En même temps, nous sommes en train de déterminer ce que j'appelle nos choix là-dessus avec, donc, les deux ministres pour autant sur les laboratoires, la numérisation des laboratoires en biologie médicale. Donc, c'est tous ces choix-là qui vont se faire.

Et, quand je vous parlais donc de mon enveloppe, normalement, dans l'enveloppe, comme le ministre l'a annoncé pour le plan d'accélération des investissements, il y a un 100 millions qui est pour le maintien des actifs. Ça aussi, c'est une bonne nouvelle. Dans le maintien des actifs, pour les établissements du réseau, ça touche la mise à niveau, aux normes ou les rénovations que nous allons faire dans les établissements.

Et il va y avoir une autre enveloppe, qui sera autour d'une centaine de millions, sur l'informatisation et les équipements. Mais, dans les équipements, déjà mon ministre a annoncé qu'on achèterait aussi des lits électriques. Parce que, dans les équipements, il n'y a pas juste l'imagerie médicale, il faut que je tienne compte de toute la réalité du réseau.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Deux-Montagnes.

Mme Robert: Oui. Bonjour...

M. Breton (Guy): M. le Président, est-ce que vous permettez?

Le Président (M. Kelley): Oui. Un instant. M. le Vérificateur.

M. Breton (Guy): J'aimerais savoir où est rendu le 119 millions, le deuxième 119 millions du fédéral dans la planification des dépenses.

M. Gabrièle (Pierre): Je vais répondre. L'enveloppe des immobilisations est de l'ordre de 860 millions et... C'est-à-dire qu'il y a le 500 millions et le plan d'accélération des investissements, donc le budget que vous avez vu, qui nous a été donné. Et j'ai 360 millions qui sont composés de la façon suivante. Dans le 360 millions, j'ai 152 millions qui me proviennent de ce que j'appelle mon enveloppe de base au niveau des initiatives nouvelles pour le PTI 2001-2002 — c'est-à-dire ce qu'on me donne quand je vais au Trésor pour défendre mes initiatives nouvelles — et j'ai là-dedans un 205 millions qui est dans ce que j'appelle une autre enveloppe, où il y a une partie qui est récurrente et une partie qui est le 119 millions du fédéral. Alors donc, ce 205 millions, il est composé, un, de 119 millions du fédéral, de 40 millions pour le maintien d'actifs qui est récurrent, qu'on distribue aux régies régionales pour le maintien des normes au niveau, ce qui donne 159 millions. Et j'ai ensuite, là-dedans, deux autres projets d'immobilisation pour un grand total de 205 millions. Alors, voilà comment se décortique le 860 millions.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Deux-Montagnes.

Planification des effectifs médicaux (suite)

Mme Robert: Bon. Merci. Alors, moi, je vais revenir tout d'abord, dans un premier temps, sur la question des effectifs. Je vais aborder peut-être le point de vue de la population en général, avec les questionnements qui se font là-dessus. Vous avez mentionné tout à l'heure des... Bon, ils s'installent où ils veulent, les effectifs, les gens qui sont pris à même le bassin qui vient passer par la médecine générale. Alors, si on va au tout début, comment est décidé les gens qui seront admis en médecine? Bon, vous nous avez... Parce qu'il y a un contingentement, il y a un choix qui est fait. Comment et par qui est décidé... C'est quoi, la consultation, et pourquoi on en arrive à ce chiffre-là?

Je me suis fait dire à un moment donné que, bon, il y avait moins de gens qui allaient vers les spécialités, et tout ça, vous dites, parce que souvent ils commençaient la médecine beaucoup plus tard, parce qu'ils attendaient de nombreuses années avant de pouvoir être inscrits en médecine et que, bon, quand ils arrivaient à l'âge de prendre une spécialité, ils avaient décidé de fonder leur famille ou des choses comme ça qui faisaient qu'ils avaient besoin de travailler ailleurs et étaient moins motivés. D'ailleurs, vous dites qu'il y en a la moitié qui quitte en cours de route. Alors, il y a toutes sortes de raisons. Il n'y a sûrement pas juste celle-là, et tout ça. Alors, j'aimerais savoir comment, au départ, est organisé ce bassin-là.

Le Président (M. Kelley): Dr Deschênes.

M. Deschênes (Luc): Oui, M. le Président. Les entrées en médecine... D'abord, le nombre d'étudiants

qui entrent en médecine à chaque année est fixé par un décret. Ce n'est pas libre aux facultés de médecine ou aux hôpitaux, etc., de déterminer le nombre d'admissions en médecine pour l'année prochaine, c'est déterminé par un décret du Conseil des ministres.

Comment se fait la procédure? Les étudiants qui veulent faire la médecine présentent leur demande souvent aux trois ou quatre facultés de médecine ou à plusieurs facultés de médecine en même temps parce que c'est un processus de sélection. Donc, ils ne savent pas s'ils vont être acceptés à une place. Ils peuvent être refusés à une place. Alors donc, ils font souvent plusieurs applications. Et, en moyenne, je dirais qu'il y a autour de... entre 500 et 800 demandes par université. Et, sur ça, le chiffre final, c'est autour de, quoi, 150 admissions, entre 100 et 150 admissions par faculté de médecine. Parce que Sherbrooke est la plus petite cohorte, après ça, c'est McGill, après ça, c'est Laval, puis après c'est Montréal, Montréal ayant la plus grosse cohorte d'étudiants.

Dans chaque université, c'est un comité de sélection ou d'admission pour les étudiants en médecine, c'est ce comité-là qui détermine la procédure qui est acceptée par la faculté de médecine et par l'université. C'est une procédure qui est assez complexe et qui, traditionnellement, dans le passé, tenait compte surtout des résultats scolaires des étudiants, c'est-à-dire que les étudiants qui avaient des meilleures notes scolaires, la cote Z qu'on appelait, avaient la priorité pour entrer en médecine. Depuis les années quatre-vingt-dix, la procédure a changé pour tenir un peu plus compte de la réalité, des besoins de la population, par rapport aux étudiants en médecine, et toutes les facultés de médecine ont révisé leur procédure d'admission, de sorte que la cote Z, ou autrement, là, mais une cote par rapport aux résultats scolaires est encore, disons, importante mais a diminué beaucoup d'importance par rapport à une entrevue.

C'est sûr qu'il y a une première sélection qui va éliminer un certain nombre de candidats qui ne rencontrent pas la norme minimale. Et, parmi ceux qui sont susceptibles d'être admis, il y a une rencontre. Le comité d'admission rencontre ces étudiants-là, et, à ce moment-là, c'est un peu comme un test pour l'emploi, si vous voulez, c'est une mise en situation. Il y a différents questionnaires qui ont été mis au point par les facultés de médecine, ça ressemble un peu, dans certains cas... Celui que je connais le plus, moi, était basé un peu sur le test d'entrevue pour la compagnie Ford, par exemple, où, en préembauche, c'est plus des mises en situation pour connaître la psychologie de l'étudiant et savoir comment il va réagir devant telle ou telle situation pendant sa carrière médicale.

Suite à ce processus-là, la faculté de médecine va offrir un poste à un certain nombre d'étudiants qui sont mis en catégories, c'est-à-dire à partir des plus recommandés jusqu'aux moins recommandés, et c'est là que va se faire le jeu entre une faculté de médecine ou une autre. Parce que ça peut arriver qu'un étudiant est accepté dans trois facultés de médecine. Il aura à choisir une place. Et là il y a une conciliation qui fait que finalement tout le monde est placé selon le quota qui a été déterminé pour avoir 110 étudiants, ou 115 étudiants, ou 120 étudiants qui commencent.

Mme Robert: ...ce quota-là, le décret, il est établi comment? Pourquoi on a descendu... Vous avez annoncé tout à l'heure, là — bon, c'est intéressant — des augmentations. Ces augmentations-là, qui semblent tardives parce qu'on est en pénurie à l'heure actuelle... Je pense, s'il y a quelque chose qu'on peut prévoir, c'est l'évolution démographique. Je pense que la population qui vieillit présentement, ça fait longtemps qu'on a pu prévoir qu'elle vieillissait, surtout que, si on calcule qu'une population vieillissante, c'est la soixantaine, 70, 80, ça fait quand même 80 ans qu'ils sont là ou 70 ans qu'ils sont là. Je pense qu'on pouvait prévoir qu'ils... Bon. Comment ça se fait qu'on n'a pas augmenté les quotas avant? Comment ça se fait qu'on n'a pas organisé ça avant, là? Je veux bien que le décret arrive là, mais on dirait que c'est toujours après, quand on est dans la misère qu'arrive le truc et qu'on va voir le bout du tunnel après.

M. Deschênes (Luc): M. le Président, si je peux me permettre...

Le Président (M. Kelley): M. Deschênes.

M. Deschênes (Luc): ...je vais tenter de répondre à cette question. On entre dans le domaine de la planification des ressources humaines. C'est un domaine qui est particulièrement difficile. Pour avoir suivi ça d'assez près dans les 25 dernières années et plus particulièrement dans les 10 dernières années, c'est sûr qu'il y a eu des changements considérables qui se sont produits, de sorte que la planification elle-même a été prise en défaut, je pourrais dire. Je vous dirais sans risque de me tromper qu'autour des années 1995 tous les planificateurs ici, au Québec, sauf le Collège des médecins, voulaient diminuer le nombre d'entrées en médecine. Il y avait un consensus, les fédérations médicales, les universités et le ministère, il y avait un consensus pour diminuer les admissions en médecine parce que, à ce moment-là, la planification, avec les outils qui étaient utilisés à ce moment-là...

Et l'outil qui était utilisé, c'est un outil qui a été mis au point par le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal. Donc, c'est des spécialistes de la planification des ressources humaines qui avaient fait un modèle qui était utilisé à ce moment-là. Et, à ce moment-là, la planification disait qu'avec les entrées en médecine, si on regardait ce qui se passait au point de vue des mises à la retraite, de l'âge des médecins, etc., on prévoyait qu'on en aurait assez. Donc, on a diminué les entrées en médecine en 1995.

Mme Robert: ...inquiétant.

• (11 h 20) •

M. Deschênes (Luc): C'était très inquiétant. Qu'est-ce qui s'est passé depuis ce temps-là? Évidemment, c'est que, vers les années... il y a trois ou quatre ans, on a commencé à questionner cette chose-là. Même si, au Québec, par tête de pipe, si on prend 1 000 personnes, on a plus de médecins omnipraticiens et spécialistes que dans toutes les autres provinces du Canada, O.K., même si... Alors, c'était déjà à ce moment-là dans notre planification, on disait: On part déjà avec plus de médecins que les autres. Et la

planification, on disait: Bien, coudon, on va en avoir assez, donc on n'en formera pas plus.

Qu'est-ce qui s'est passé depuis ce temps-là? On a encore des nombres considérables, par tête de pipe, on a encore plus de médecins omnipraticiens et de spécialistes que les autres. Mais il y a deux phénomènes qui se sont produits. Le vieillissement de la population, je pense que, ça, c'était quelque chose qui était prévisible, mais pas à la vitesse que ça se fait actuellement. Vous savez que le Québec est la province... l'État, tout de suite après le Japon, où le vieillissement se fait le plus rapidement.

Mme Robert: C'est parce qu'il y a moins de naissances, pas parce qu'il y a plus de vieux qui naissent, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Kelley): ...365 jours aussi. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Deschênes (Luc): Alors, est-ce que les planificateurs étaient capables de planifier qu'il y aurait moins de naissances? Et c'est peut-être ça aussi une partie de l'explication. Bon. Deuxièmement...

Mme Robert: C'est ça que ça veut dire, le vieillissement de la population.

M. Deschênes (Luc): Oui, mais que ça aille vite comme ça, ce n'était pas... Deuxièmement, ce qui s'est produit, je pense qu'on l'a vu dans les chiffres tout à l'heure, c'est la féminisation de la profession, la féminisation de la profession qui s'est accélérée. Vous savez qu'ici au Québec on a été des précurseurs au Canada par rapport à l'entrée en médecine des femmes. Alors, c'est pour ça qu'actuellement on a déjà sur le marché, jusqu'à l'âge de 45 ans à peu près, plus de femmes que d'hommes. Et ça va s'accélérer, ça, parce que, actuellement, dans nos facultés de médecine, il y a 60 % de femmes et 40 % d'hommes. Il y a 10 ans, il y avait énormément d'hommes en médecine, il y avait quelques femmes. Mais là c'est en train de se renverser.

Les femmes sont très travaillantes, mais vous concevez que, pendant... quand elles finissent leur cours de médecine, souvent elles n'ont pas encore eu leurs enfants. Donc, pendant les cinq ou 10 premières années de leur pratique, elles ont des congés de maternité, puis c'est bien normal. Alors, à ce moment-là, il y a un peu moins de productivité de la part des femmes. Quand c'est passé, la productivité redevient à la normale, autant que les hommes.

L'autre phénomène qui s'est produit — et ça, ça avait été mésestimé mais dans tous les domaines de la société maintenant — c'est la société qu'on disait de loisirs, c'est que la pratique, le mode de pratique des médecins a changé considérablement, et ça, c'était imprévisible. Mais les jeunes d'aujourd'hui, qu'ils soient hommes ou femmes, qui entrent en médecine ne font plus 70 heures par semaine, ils font 40 heures par semaine ou 50 heures par semaine, en comptant leur

garde, etc. Alors, ça, c'est un changement considérable qui fait que ça prend beaucoup plus de nombres de médecins pour faire la même productivité.

Et, depuis deux ans, je m'occupe plus de ce dossier-là, où on a réellement, là... Parce qu'il fallait convaincre. Il fallait convaincre le Conseil du trésor qu'il y avait un besoin d'une main-d'oeuvre médicale augmentée au Québec. Alors, on a entrepris, suite à une recommandation, l'an passé... Puis je ne sais pas si c'est vous qui avez fait cette recommandation-là, mais on a fait un comité avec le Conseil du trésor et le ministère de l'Éducation. On a travaillé très fort, depuis un an et demi, pour redresser, si vous voulez, la planification et voir réellement quelle est l'importance des facteurs de changement de mode de pratique, de féminisation de la profession, etc. Et c'est suite à ces travaux-là où il y a eu un consensus avec les gens du Conseil du trésor et du ministère de l'Éducation: Oui, il faut augmenter de 55 par année parce que, là, on va être... autrement, c'est en 2015 où on aura beaucoup, beaucoup de difficultés par un manque de main-d'oeuvre médicale. Ce n'est pas avant l'an 2015 que ça se traduirait, en pratique, la très grande pénurie. Alors, il faut prévoir aujourd'hui pour ces années-là. Je ne sais pas si ça répond à votre question.

Mme Robert: Oui, ça répond. C'est encore sur les effectifs, c'est la question... Vous avez parlé, à un moment donné, de la... Bon. C'est la répartition, là. M. le sous-ministre a mentionné: C'est des gens autonomes, il faut qu'ils s'installent où ils veulent, mais... Je m'en allais dire «comme ils veulent». Mais c'est là que j'ai des réserves, en voulant dire... C'est un service qui est donné à la population, on vise l'accessibilité, on a à le gérer, on a à le planifier. Alors, je veux bien, moi, qu'ils s'installent où ils veulent mais pas n'importe comment.

Et c'est un peu dans ce sens-là que je pose la question. Il y a un changement de culture, vous avez mentionné tout ça. Parce que M. puis Mme Tout-le-monde, c'est un peu ça, la question, là. Oui à l'autonomie, à une certaine autonomie, mais on a un service à donner, on a une accessibilité, l'État a des missions vis-à-vis ces services-là. Ce sont des citoyens à part entière comme tout le monde, donc ils ont aussi à assumer, à travers leur profession, ces missions-là de l'État. Et c'est dans ce sens-là que je me dis... Vous avez parlé aussi, en même temps, il y a des... on aura à... l'expression que vous avez employée, surtout en parlant de... que l'établissement n'est pas une entité en soi, puis que vous auriez à faire des nécessaires arbitrages ou des... Alors, c'est un peu toute cette chose-là qui, à l'heure actuelle, chez des gens... Ils ne comprennent pas. Puis je comprends qu'ils ne comprennent pas parce que, à un moment donné... L'employeur, c'est l'État, l'employeur, c'est... Alors, il y a un service à donner, pas n'importe comment.

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, juste... Je vais répondre en complément à la question de Mme la députée, mais ce qu'il est important aussi de réaliser peut-être, c'est que, en chiffres absolus, quand on regarde en termes de chiffres absolus le nombre de

médecins par 1 000 habitants, nous en avons plus que dans le reste du Canada. Et c'est ça qui nous crée des problèmes au niveau statistique, quand, en chiffres absolus, tu en as plus. C'est pour ça qu'il nous fallait revoir et renégocier avec le Conseil du trésor pour avoir une augmentation dans les facultés de médecine, augmenter les chiffres. Mais il y avait tous les autres facteurs que le Dr Deschênes a très bien expliqués.

Deuxièmement, à la question complémentaire, ce qui est important au niveau des régions, je dirais, éloignées ou intermédiaires, nous avons mis en place tout un arsenal de mesures qui sont des mesures, soit des bourses... Même des bourses, on donne des bourses supérieures à celles que le ministère de l'Éducation donnerait, avec des conditions où on dit: Bon, quand tu finis ta médecine, tu vas aller travailler deux ans en région éloignée, et il y a tout... Donc, nous avons des mesures d'attraction et aussi des mesures de rétention. Nous ne pouvons y aller que par ces formes de mesures là, à moins que je mette des mesures coercitives. Et je ne pense pas que, dans une société démocratique comme la nôtre, on puisse aller dans des mesures coercitives.

Je comprends très bien qu'il faille dire: Oui, la population a besoin de services. Et c'est pour ça qu'il va falloir aussi trouver, dans les modes d'organisation de travail, des approches différentes que de l'approche traditionnelle. Alors, je vais vous parler de télé-médecine, de téléradiologie, de complémentarité avec les cliniques privées. Parce que vous savez que même dans les zones urbaines, je dirais... À un moment donné, je voyais, juste dans une région... Dans la périphérie de Montréal, à Saint-Jérôme, à un moment donné, je manquais d'omnipraticiens dans une urgence, et puis ce n'est pas parce qu'il manquait des omnipraticiens. Dans la ville de Saint-Jérôme, j'avais des omnipraticiens en cabinet privé. C'est... la même chose. Et c'est dans ce sens-là où on parle de revoir l'organisation des services en termes de complémentarité, vous avez bien raison, et c'est là où il faudra faire les arbitrages pour cette forme de complémentarité ou d'organisation des services dans une région donnée.

● (11 h 30) ●

Vous avez aussi des méthodes que, moi, je désavoue et je décrie. C'est-à-dire que, par le fait qu'on a une pénurie ou une attraction de pénurie de médecins dans un territoire donné, là on donne certaines primes, une surenchère ou ce que j'appelle, moi, et que j'appelle même des fois des primes illégales parce qu'elles ne font pas partie du corpus de la négociation que nous avons faite. Bon. Et, à un moment donné, une des réalités qui m'a frappé le plus pendant justement la période où j'avais à analyser ce rapport... Parce que j'avais la crise des radiologistes, mais j'avais aussi la crise de l'urgence à Sacré-Coeur. Et, à un moment donné, pour des raisons... Et on est à Montréal même, vous savez, en pleine zone urbaine. En même temps qu'il y avait des problèmes d'organisation de travail dans cet hôpital, les gens quittent l'urgence, ils démissionnent, avec les délais prescrits, avec des préavis de 60 jours, tel que prévu par la loi. Ils s'en allaient... Donc, ils recevaient des privilèges ailleurs, dans un autre établissement, et ça pouvait être même dans la même région. On lui accordait des privilèges. Et c'est dans ce sens-là où je

dis: L'hôpital était considéré presque une entité en soi et ne tenait pas compte de la réalité de sa région. Et, après, le directeur général, pour les ravoïr, devait donner une prime additionnelle, qui a fait la manchette des journaux, vous l'avez vu. Alors, ce qui m'avait créé le problème, je finançais additionnellement pour le problème qui m'était créé. Alors, au mois de septembre, j'ai rencontré les deux fédérations, j'ai dit: C'est fini, les primes illégales, parce que, si le travail au noir est du vol pour le simple salarié, c'est du vol pour tout le monde.

Alors, le ministre a écrit à tous les chefs d'établissements pour leur dire qu'on ne paie plus de primes différentes de celles qui se négocient formellement, parce que, autrement, c'est de la surenchère, on se vole le personnel d'un établissement à l'autre. Et, en plus de ça, ce que j'ai écrit, moi, aux régies régionales, et je me suis entendu avec les parties, avec les Fédérations, de dire: Un, nous allons utiliser le Contrôleur des finances, par échantillonnage, pour aller voir dans les établissements. Et j'ai écrit à mon collègue Contrôleur des finances pour lui demander son support pour aller voir certains états financiers pour savoir si on paie des primes illégales. Et, quand le Contrôleur aura découvert qu'il y a une prime qui est payée, il référera au ministère du Revenu pour savoir au moins si la personne a rempli ses devoirs de citoyen et si elle l'a déclarée parce qu'elle a été ailleurs. Et, quant à moi, j'appliquerai des mesures administratives et financières à l'établissement qui ne respecte pas les ententes négociées et la loi. Et ça, je peux vous déposer les lettres, ça a été fait.

Maintenant, il va falloir que je m'attaque à un autre élément, c'est les infirmières. On a le même problème avec les infirmières. Avec les infirmières, on fait tirer des voyages, des bons de 500 \$, on paie le temps supplémentaire à 200 %, alors que dans la convention collective ce n'est pas écrit à 200 %. Mais c'est de la surenchère. À un moment donné, j'ai rencontré 17 directeurs généraux d'établissements du Grand Montréal pour leur dire: Bien, écoutez, voilà le relevé de ce que j'ai retrouvé de surenchère que vous faites. Alors, quand ils font de la surenchère, et en plus, pour certains, je le retrouve dans le déficit qu'ils veulent que je lave. Et vous comprenez que je ne lave pas le déficit.

Et, quand on fait une surenchère semblable au niveau des infirmières, en définitive, vous arrivez à des choses aussi ridicules: c'est qu'on va voler des... par attraction, par des primes, des infirmières de l'hôpital voisin, l'autre hôpital se met en processus de dotation. Et là la spirale infernale commence pour l'autre qui se met en processus de dotation, c'est-à-dire que, pendant qu'il est en processus de dotation, il faut qu'il donne des services, donc il faut qu'il paie du temps supplémentaire. Et, s'il paie du temps supplémentaire, là, il y a la surcharge de travail pour les personnels qui sont là. Donc, j'obtiens, en même temps, une augmentation, parce que, là, les personnes tombent malades, et j'obtiens une augmentation des coûts d'assurance salaire, tout en ayant payé du temps supplémentaire. Plus, il faut que je paie des coûts de formation, et ça, je peux vous le dire, je l'ai vérifié dans un hôpital personnellement, avec le D.G. Alors donc, quand je parle de...

Le Président (M. Kelley): En terminant. Je sais que, ça, c'est compliqué, mais on a d'autres demandes pour des questions aussi.

M. Gabrièle (Pierre): Oui. Quand je parle culture, vous voyez, et de nécessaire arbitrage qu'il faut faire, c'est à ce niveau-là, au niveau même des plans d'effectifs, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Non, non, je comprends. Et c'est très difficile, et on est dans les effectifs, et c'est un sujet qui est difficile, mais essayez peut-être de...

M. Gabrièle (Pierre): Et c'est l'organisation du travail qui va nous permettre de régler certaines pénuries, malgré toutes les mesures d'attraction et de rétention.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Lavolette.

Gestion du parc d'appareils d'imagerie médicale (suite)

Mme Boulet: Alors, M. Gabrièle, c'est très louable, là, tout ce que vous venez de nous expliquer, mais il reste que tous ces problèmes-là découlent de votre mise à la retraite massive. Alors, vous avez créé le problème, et aujourd'hui vous êtes obligés de gérer les problèmes qui ont été causés par cette réforme, qui était improvisée et qui était mal planifiée.

Ma question est: Si on regarde le nombre d'appareils par million d'habitants, là, autant l'appareil de tomodynamométrie puis d'imagerie par résonance magnétique, on s'aperçoit qu'au Québec on est en retard par rapport aux pays membres de l'OCDE. Alors, si on parle d'appareils de tomodynamométrie, on est à 11,5, alors que les pays membres de l'OCDE sont à 14,2 — page 134 du Vérificateur général — et l'imagerie par résonance magnétique, on est à 3,6, par rapport à 4,5.

Alors, ma question est qu'on investit cette année 169 millions, dont 119 qui vient du fédéral et 50 millions qui vient du provincial. Ma question, M. Gabrièle, c'est: Qu'est-ce que vous allez faire pour tenir le fort quand vous n'aurez plus une avance de 119 millions du fédéral? Qu'est-ce que vous allez faire avec votre 50 millions, alors qu'on est déjà en retard? Qu'est-ce que vous allez faire pour maintenir le rythme d'achat, d'entretien et de fonctionnement de tous nos appareils, quand on sait qu'on est déjà en retard?

Le Président (M. Kelley): M. Gabrièle.

(Consultation)

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, à la question: Qu'est-ce que je vais faire quand je n'aurai pas les ressources du fédéral? Bon, regardez, les ressources, d'abord, les ressources du fédéral n'étaient pas uniquement, je le répète, pour l'imagerie mais pour l'ensemble des équipements, et c'est des transferts de ressources fédérales que nous avons reçus. Bon.

Alors, en fait, M. le Président, ça, c'est... comme gestionnaire, chaque année, je dois aller négocier avec le Conseil du trésor mon plan d'immobilisation, alors, un. Et vous comprenez l'urgence que j'avais d'abord de faire l'inventaire parce que, en faisant l'inventaire, je vais connaître à la fois l'état de mon parc et l'état des bâtisses, ce qui me donne des bonnes assises pour négocier. Parce que, quand tu ne connais pas l'état de ton parc et l'état de tes équipements, tu négocies sur quelle base avec le Conseil du trésor? Alors donc, ça, c'est une prémisse, déjà, de départ. Et normalement, vous savez que, quand on négocie au niveau des immobilisations et que c'est des montants qui sont capitalisables, c'est plus facile à obtenir que des montants qui sont récurrents au niveau du budget de fonctionnement.

Mme Boulet: Mais est-ce que le Québec a les moyens, est-ce que le Québec a les moyens de maintenir la hausse vertigineuse de l'appareil en imagerie médicale? Est-ce qu'on a les moyens? Parce que la récession, elle va toucher autant le fédéral que le provincial, là. Est-ce qu'on a les moyens...

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): Oui. Le débat sur les finances publiques aura lieu dans une autre commission. Qu'est-ce qu'on regarde, ici, c'est qu'est-ce qu'on fait avec l'argent existant.

M. Gabrièle (Pierre): Exact. Je ne peux pas faire...

Le Président (M. Kelley): Ce n'est pas juste pour la nouvelle députée. Pour l'avenir, on verra, mais...

M. Gabrièle (Pierre): On verra. Je ne peux pas faire le débat sur l'ensemble des dépenses publiques du gouvernement.

Mme Boulet: ...tout le monde, là.

M. Gabrièle (Pierre): Mais, cependant, M. le Président, ce que je veux, au moins pour rassurer, dans mon discours du début, je vous ai dit que j'ai priorisé le...

Le Président (M. Kelley): Le remplacement...

M. Gabrièle (Pierre): Le remplacement des appareils. Je n'ai pas priorisé les nouvelles technologies. Nous verrons dans un deuxième temps si nous avons les moyens aussi de nous le permettre. Ce qui est important d'abord, c'est de mettre à niveau notre parc.

M. Marsan: Je pense que M. Leclaire...

Le Président (M. Kelley): M. Leclaire, oui.

M. Leclaire (Jean-Yvon): Oui, voilà. Disons qu'en imagerie par résonance magnétique actuellement, on a 20 appareils qui sont en fonctionnement dans le réseau public, on en a sept qui sont déjà autorisés.

Effectivement, quand on parlait des délais tout à l'heure, bien, pour la résonance magnétique, il faut comprendre qu'il y a des immobilisations importantes. Donc, il faut construire... bon, on appelle ça les bunkers, et toutes ces choses-là, mais il faut construire quand même, là, les salles, etc., donc ce qui nous mène, là, à très court terme, ce qui va nous mener à très court terme à 27 appareils en fonctionnement au Québec, ce qui ferait à peu près autour de quatre appareils par million d'habitants. Donc, on est loin du 2,4.

● (11 h 40) ●

En plus de ça, on a un plan de développement effectivement pour ajouter d'autres appareils. D'ailleurs, dans le 119 millions, là, la deuxième phase dont on a parlé tout à l'heure, qui n'est pas encore annoncée mais qui va s'annoncer pour 2001-2002, on ne vous dira pas exactement, là, le détail de ça, là, mais c'est sûr qu'il va y avoir d'autres appareils qui vont être annoncés en résonance magnétique.

D'ailleurs, on a déposé un plan au Vérificateur général, un plan de notre planification en résonance magnétique. On avait déjà fait une première étude au Québec lorsque la technique s'était implantée. On avait fait une étude très exhaustive qu'on appelait, nous, le rapport Perry, qu'on avait déposé au Vérificateur général. Et, suite à ça, on fait des mises à jour de ce plan-là, et la dernière mise à jour date — est récente — du printemps dernier, et on l'avait déposée au Vérificateur général. Donc, en résonance magnétique, on sait très bien où est-ce qu'on s'en va, et effectivement, on est déjà rendu quand même autour de quatre appareils par million d'habitants. Bon.

Le Président (M. Kelley): Pour préciser vos chiffres...

M. Leclaire (Jean-Yvon): Oui, excusez-moi.

Le Président (M. Kelley): ...nous en avons sept qui sont dans les hôpitaux?

M. Leclaire (Jean-Yvon): Nous en avons 20 actuellement...

Le Président (M. Kelley): Vingt, actuellement.

M. Leclaire (Jean-Yvon): ...en opération, et nous en avons sept qui sont autorisés. Ceux-là, on peut vous les nommer, par exemple, comme Rimouski... En tout cas, on pourra vous donner la liste si vous voulez.

Le Président (M. Kelley): Mais ils sont dans les centres hospitaliers à travers le Québec.

M. Leclaire (Jean-Yvon): Ils sont dans les centres hospitaliers. Et là, si on rejoint madame tout à l'heure... et on me disait que, dans les cliniques privées, il y en aurait à peu près neuf ou 10, en fonctionnement. Donc, si on prend globalement le parc, à très court terme, on aurait 36 ou 37 appareils à la disposition du public.

C'est sûr que, là, on peut dire: Bien, ceux qui sont dans les cliniques privées, bien là, effectivement, c'est une autre histoire. Mais quand même, ils rendent

des services. On n'a pas les examens parce que c'est déassuré, on n'a pas le nombre d'examen parce que, effectivement, ce sont des chiffres privés, mais on sait quand même que ces appareils-là fonctionnent et donnent des services à la population, comme, par exemple, il y a beaucoup de gens, par exemple, qui sont référés par la CSST qui vont dans les cliniques privées. C'est la CSST effectivement qui défraie les coûts parce que, effectivement, ils ont besoin d'un service rapidement. Alors, tous les gens que la CSST réfère dans les cliniques privées, c'est d'autant de gens de moins qui vont dans les centres hospitaliers publics.

Donc, c'est sûr que ces appareils dans le privé, les appareils existent, ils fonctionnent et ils rendent des services. Donc, à ce moment-là, je veux dire, si on ajoute aux 27 que je viens de mentionner les neuf ou 10 dans les cliniques privées, on est rendu à 36 ou 37, donc je pense que... Mais c'est sûr que ça dépend avec qui on se compare. Si on se compare avec les États-Unis ou le Japon, c'est sûr que là, c'est une autre partie, voyez-vous? Mais, si on se compare avec des gens comparables, comme on peut dire, bien, je pense qu'on est quand même sur la bonne voie. Merci.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Marie-Victorin.

Mme Vermette: Oui. Alors, moi, c'est justement là-dessus, en fait. Moi, ce qui m'inquiète un peu, c'est au niveau des cliniques privées. Parce que, justement, on relevait, je vous l'ai dit, à la page 141, en fait, que, depuis 1993, les examens, en ce qui concerne la mise aux normes des appareils, ça ne s'est pas tellement très bien fait et puis il y a des difficultés à savoir exactement si les appareils sont conformes aux exigences, en fait, qu'on se donne pour donner... en termes d'efficacité au niveau des équipements visés. Et, quand on regarde à la page 133, en fait, on fait une analyse entre l'estimation de la durée de vie utile, le MSSS puis j'imagine ça doit être ACR, ça doit être dans les...

Le Président (M. Kelley): L'Association canadienne...

Mme Vermette: ...des radiologistes. Puis, quand on regarde, «équipements exploités au-delà de leur durée de vie», je regarde, quand l'Association des radiologistes... pour eux, ils disent qu'il y en a 61 %, en fait, il y a un gros décalage, en fait, entre l'analyse des uns et des autres. Comment on peut arriver à un si grand décalage, en fin de compte, au niveau de l'analyse de la durée de vie des équipements? Et, en fait, comment on fait pour rassurer la population? Un.

Deuxièmement, au niveau des cliniques privées, si on a de la difficulté à faire la même analyse qu'on fait, en fait, sur la durée et la qualité de vie des appareils, comment on peut rassurer aussi la population et comment on va se rassurer dans les entreprises, dans les cliniques privées qu'on va remplacer aussi ces équipements-là pour donner un service de qualité à la population sans mettre en danger aussi leur santé parce que les appareils pourraient être défectueux? Alors, moi, j'aimerais ça que vous me donniez des garanties

pour savoir la suite des choses pour la population aussi.

Le Président (M. Kelley): M. Gabrièle, oui.

M. Gabrièle (Pierre): ...M. le Président, nous allons être trois à y répondre. Ha, ha, ha! On va se les partager. Je garde la dernière pour la fin. Pour la question de la durée de vie, M. Leclaire...

Le Président (M. Kelley): M. Leclaire.

M. Leclaire (Jean-Yvon): O.K. Pour la question de la durée de vie, évidemment, bon, on parlait dans le rapport que c'étaient les données du ministère. Je vais vous expliquer un petit peu sur quoi se base le ministère pour estimer la durée de vie des équipements. Il y a un comité dans le réseau qui est formé d'experts et de différents ingénieurs biomédicaux et de physiciens qui travaillent dans le réseau et qui sont membres, pour la grande partie, de ce qu'on appelle l'APIBQ, l'Association des physiciens et ingénieurs biomédicaux du Québec. Et eux, ces gens-là, se réunissent au moins à tous les deux ans mais plus souvent à chaque année et révisent effectivement deux choses. Ils révisent les coûts des appareils, les coûts moyens des appareils et ils révisent aussi l'estimation de la durée de vie. Et ces données-là nous sont transmises, et c'est à partir de ces données-là, des données du terrain... Ce n'est pas des données que le ministère, un matin, on dit: Bon, ça, on pense qu'on va enlever deux ans à cet appareil, on va en ajouter trois. Ce sont ces données-là vraiment qui viennent des experts du réseau qu'on utilise.

Ceci étant dit, ça ne règle pas tous les problèmes, parce que, quand on parle de durée de vie utile des équipements, il faut faire attention. Quand on parle de durée de vie, on parle de désuétude, et puis de la désuétude, évidemment, il y en a au moins trois sortes. Il y a une désuétude physique, bon, effectivement, quand l'appareil ne fonctionne plus ou est continuellement en panne, ça se comprend assez bien. Il y a une désuétude aussi économique. Ça, on voit ça souvent dans les laboratoires, où les gens nous disent finalement: Cet appareil-là, finalement, on sait, par exemple, qu'à tous les trois ou quatre ans il sort un nouvel appareil, et l'appareil peut nous permettre de baisser nos coûts unitaires parce qu'on peut faire des tests avec... le coût de revient est beaucoup moins cher. Donc, les gens disent: À toutes fins utiles, bien, ces appareils-là, ils ont une durée de vie peut-être utile de quatre ou cinq ans parce que finalement, je veux dire, on sait que, dans cinq ans, il va sortir un appareil plus sophistiqué et ça va me permettre de sauver des sous.

Et il y a la troisième sorte de désuétude, puis celle-là, vraiment c'est peut-être celle-là dont on parle le plus ici, c'est la désuétude technologique. La désuétude technologique, ça veut dire qu'effectivement il sort sur le marché des appareils qui sont plus performants, qu'on peut... Comme, par exemple, en échographie. En échographie, on sait très bien qu'il y a des appareils... Bon. Il sort, par exemple, des sondes, des sondes qu'on attache à l'appareil d'échographie pour examiner les différents organes du corps. Ça peut être, enfin, l'abdomen, etc., le cœur. Bon. Et là, on parle de désuétude

technologique, et ce qui ne veut pas dire que les appareils existants ne sont pas bons, mais ils sont peut-être un peu moins performants, dans certains cas, que les nouveautés qui sortent. Et c'est là qu'il peut y avoir des distinctions importantes. Quand les gens nous disent: Bien, maintenant, vous savez, ce type d'appareil là, par exemple... On a parlé, à un moment donné, des... Bon.

Je vais vous donner un exemple, la tomodynamométrie — excusez-moi de rentrer dans la technique, là. On a parlé de tomodynamométrie; à un moment donné, on a parlé des tomos ordinaires; ensuite, on a parlé des tomodynamomètres hélicoïdaux; maintenant, on parle de la multibarette. Essentiellement, ces appareils-là ne fournissent pas... Ils fournissent de bons examens, sauf que souvent, les nouveaux appareils sont plus rapides. Ça ne veut pas dire que l'appareil qu'on a et qui date de sept, huit ans n'est pas bon, mais il est moins rapide. Donc, c'est ça effectivement qu'il est difficile d'évaluer. Donc, nous, pour tout ça, on se base sur...

Mme Vermette: ...vous poser une question. Par rapport à ça, parce qu'on sait que c'est très rapide maintenant, la durée de vie justement, les technologies évoluent excessivement rapidement, donc ça change assez régulièrement, et finalement... Comment arrivez-vous... Est-ce qu'il y a des analyses à l'effet de savoir s'il ne serait pas plus rentable de louer un appareil, dans certains cas, puis, dans d'autres cas, les acheter? Est-ce que vous avez une politique par rapport à ça? Dans quel cas il serait plus rentable, louer les appareils, plutôt, pour les changer assez régulièrement pour suivre les nouvelles technologies ou l'évolution de ces technologies-là? Et je suis sûre que l'imagerie médicale, on est rendu à la sixième, septième ou huitième génération, je ne sais plus laquelle, là, mais on est assez... on évolue très, très rapidement. Alors, avez-vous, je ne sais pas, moi, réfléchi à ça? Et est-ce que ça serait approprié, en tout cas, dans certains cas, puis certains établissements plus que d'autres devraient aller dans ce genre d'achat... plutôt de location-achat plutôt que des achats pour de l'équipement comme tel?

M. Leclaire (Jean-Yvon): Oui, effectivement, il y a plusieurs façons d'en parler. On peut parler de la location. La location, effectivement, ça se fait. Comme, par exemple, ça se fait effectivement au niveau... par exemple, dans le secteur des laboratoires. Mais c'est souvent... il y a plusieurs formules, voyez-vous? C'est que, souvent, les gens... enfin, c'est une location, mais effectivement parfois, la location coûte moins cher, mais, par contre, en contrepartie, dans les contrats, on voit que les réactifs coûtent plus cher. Donc, effectivement, c'est souvent donnant-donnant, ce qui fait que ce n'est pas facile à gérer. Mais effectivement, il y a des gens qui louent les appareils. Il y a les autres formules aussi où les gens...

• (11 h 50) •

Mme Vermette: Avez-vous une politique par rapport à ça? Avez-vous une analyse, en disant: Dans certains cas, c'est plus rentable, dans d'autres cas, c'est moins rentable? Vous êtes-vous penchés là-dessus? Parce que notre but, c'est de donner le meilleur service au moindre coût possible. Donc, est-ce qu'il y a une

analyse qui a été prise là-dessus dans le plan qui s'en vient pour janvier, là? Est-ce que ça fait partie des réflexions? Ha, ha, ha!

M. Leclaire (Jean-Yvon): Ça fait partie des...

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, justement, quand on parlait des réflexions à faire, il n'y a pas de politique entre le choix d'une location, d'analyse entre location, ou location-achat, ou autre, mais ça va faire partie de nos réflexions dans les orientations qu'on a données pour juin 2002.

Le Président (M. Kelley): Avant de continuer, le Dr Lévesque, qui a travaillé comme aviseur au Vérificateur général, veut ajouter un mot. Dr Lévesque.

M. Lévesque (Réjean-Yves): Oui. En somme, la vétusté du parc d'équipements en imagerie médicale, la très grande partie de la vétusté est une vétusté matérielle. On a des appareillages qui datent de 20, 25 ans, en radiologie conventionnelle. Ce n'est pas juste une question de technologie non plus, c'est des appareils qui sont rendus moribonds, littéralement.

Il faut savoir également que les différences de durée de vie qu'on rencontre entre les estimations du ministère et celles de l'Association canadienne des radiologistes — je peux vous les expliquer en deux mots — c'est que, premièrement, il y a un comité d'experts, mais je me demande s'il y a des radiologistes qui siègent sur ce comité-là. C'est nous qui travaillons avec ces équipements-là. On sait que les appareils de radiologie conventionnelle et en fibroscopie — puis là, on parle de la radiologie de base, là, on ne parle pas d'équipement sophistiqué — après 10 ans, si votre appareil brise, vous n'avez plus de pièces de rechange. Qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse? L'appareil ne peut plus fonctionner adéquatement.

L'usure d'un appareil, là, ça se mesure par ceux qui travaillent avec, excusez l'expression. En échographie, par exemple, c'est des appareils qui sont surutilisés, qui fonctionnent 10 heures par jour facilement, sept jours semaine, parce qu'on a beaucoup d'urgences dans les fins de semaine. Après cinq ans, on a une dégradation importante de l'image, en échographie. Puis qui est en mesure d'évaluer la qualité de l'image diagnostique si ce n'est pas les radiologistes? On voit nos appareils se dégrader. C'est sûr qu'après six ans ou sept ans l'appareil fonctionne encore, vous pesez sur le bouton puis il s'allume, vous allez faire votre examen. Il va être beaucoup moins précis. Le diagnostic est fortement diminué. En tomodynamométrie axiale, c'est la même chose, ces appareils-là travaillent beaucoup, mais, après six ans, il y a une dégradation de qualité diagnostique et notre travail professionnel est grandement affecté. Alors, ça, je pense que c'est un... il y a un très gros problème à cet effet-là, et puis ça explique un peu cette différence que vous voyez. Mais il n'y a pas juste une vétusté technologique qui affecte notre parc d'équipements.

Le Président (M. Kelley): M. le sous-ministre.

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, je veux réagir. Oui, qu'il y a certains appareils qui sont vétustes

et pas technologiques. Cependant, normalement, dans la priorisation qu'on doit faire pour le renouvellement du parc, c'est à l'établissement avec la régie régionale de nous prioriser ces types d'appareils là qui doivent être renouvelés.

Et aussi, en même temps, avec l'Association des radiologistes, il faut aussi prioriser ce que nous allons renouveler. Parce que vous comprenez qu'au niveau de l'Association des radiologistes dans la même foulée où on me demande de mettre à niveau le parc, mais en même temps on me demande d'investir dans le parc pour l'archivage numérique, qui représente un coût, si je devais le mettre dans l'ensemble du territoire québécois — que vous connaissez bien, docteur — c'est de l'ordre de 300 millions, pour l'ensemble du territoire québécois. Alors donc, à un moment donné, ou je priorise pour mettre... renouveler mes appareils, même les appareils de base, si j'ai 300 millions, par rapport à ça, plutôt que l'archivage numérisé. Alors donc, il faut qu'on fasse des choix. Mais ça, je suis d'accord qu'il va falloir faire des choix. Bon. Ça, c'est pour nos établissements.

Maintenant, je me réservais, pour la question 3, à la fin, pour les cliniques privées. Je vais vous parler aussi des cliniques privées. À un moment donné, nous avons négocié avec l'Association des radiologistes ce qu'on appelle la composante technique, que le VG vous a bien marqué dans le rapport qui tient compte des coûts de fonctionnement du cabinet privé. Dans la composante technique, il y avait aussi ce qu'on appelle l'amortissement des équipements, parce que ce n'était pas le gouvernement qui payait les équipements. Bon. Or, donc, aujourd'hui, on se retrouve que ces équipements aussi sont vieillis et désuets — vous les avez vérifiés aussi — même dans les cliniques privées. Et là on nous redit: Bien, écoutez, on a des problèmes parce qu'on n'est pas capable de renouveler notre parc. Alors, tu as un cabinet privé, on négocie pour te donner, donc, pour chaque acte... L'acte, il y a la partie, quand je parle des actes assurés, qui est la partie qu'on paie, la RAMQ, plus la composante technique qui doit tenir compte... Et là on se dit: Bien, là, il faut que le gouvernement paie le renouvellement du parc. Et nous sommes en train de le négocier.

Mais il s'est passé des affaires aussi dans les cabinets privés, dont on ne vous parle pas dans le rapport du VG, mais que c'est important aussi que nous réalisons. C'est qu'on n'a jamais fait de fonds d'amortissement en cabinet privé pour renouveler le parc. Certains radiologistes de cabinets privés ont quitté et ont vendu leur cabinet à des jeunes, et c'est aujourd'hui les jeunes qui se retrouvent avec le vieil équipement et pas de fonds d'amortissement, et ça aussi, c'est une réalité que vous avez dû constater, docteur. Alors, et ça, c'est aussi une réalité qui est là, et c'est bon qu'on se le dise.

En plus de cette réalité-là aussi — et c'est pour ça qu'on négocie avec l'Association des radiologistes — en plus, nous avons dit aux radiologistes: Bien, écoutez, nous sommes prêts à discuter, parce qu'on ne veut pas mettre la vie des citoyens en danger, et je veux que vous ayez les meilleurs diagnostics possibles, mais vous allez nous ouvrir les livres pour qu'on voie, par exemple, à quoi ça a servi, donc, la composante technique. Si la

composante technique... on avait sous-financé la composante technique, oui, on a des ouvertures pour discuter et négocier, par exemple au niveau du cabinet privé.

Maintenant, aussi, on est en train de regarder: À l'origine, les appareils qui se trouvaient en cabinet privé, est-ce qu'ils ont été achetés neufs ou c'étaient des appareils usagés qui venaient des établissements déjà? Parce que vous comprenez que, si c'était des appareils usagés qui venaient des établissements, déjà, s'ils avaient cinq ans d'usure et qu'aujourd'hui ils se retrouvent à 20 ans... Mais, nous, quand on a payé la composante technique, on a payé la composante technique pour un appareil neuf.

Donc, voilà où j'en suis, M. le Président, dans cette situation-là. Et je me dis, et avec toute l'ouverture d'esprit: Si cette réalité n'est pas celle-là, nous la verrons, et nous sommes prêts à nous asseoir. Et ce que mes représentants ont dit à l'Association des radiologistes: On est prêts à s'asseoir à la table de négociations, mais nous voulons connaître, au même titre que nous l'avons fait, l'exercice, pour le réseau public pour connaître l'ensemble donc et la mise à niveau de notre parc, nous voulons aussi, pour le réseau privé, savoir qu'est-ce que nous allons payer et pourquoi nous allons le payer.

Mme Vermette: Est-ce que c'est ça dont vous parliez quand vous parliez que vous vouliez avoir des affiliés, en fait, avec les cliniques privées affiliées?

M. Gabrièle (Pierre): C'était au-delà de ça.

Mme Vermette: C'était au-delà de ça.

M. Gabrièle (Pierre): Au-delà de ça, M. le Président. Ça, c'est pour le parc.

Mme Vermette: Parce que vous aviez parlé de les mettre aux mêmes normes. Alors, je me demandais si...

● (12 heures) ●

M. Gabrièle (Pierre): Ça, c'est juste pour mettre aussi à niveau le parc dans les cabinets privés. C'est la réponse au fameux 4 \$ qu'on voulait mettre pour chaque acte médical dans les cabinets privés. Donc, ça, c'est pour mettre à niveau le parc dans les cabinets privés. Mais, après, en plus, ce que nous avons déposé comme proposition, à la table, à la Fédération des spécialistes, en disant: Nous, nous voulons créer des cabinets affiliés, et ces cabinets affiliés, nous voulons les créer pour plusieurs raisons. Parce que c'était dans une vision même plus vaste. Parce que, si je mets en place des groupes de médecine de famille et que c'est ma première ligne, je vais avoir besoin aussi, comme nous le faisons entre les cabinets privés et les CLSC, pour les groupes de médecine de famille, nous pouvons aussi faire la même complémentarité avec les cabinets privés de radiologie, et même ils pourraient... et les groupes de médecine de famille et le CLSC, ou les cabinets de radiologie avec les hôpitaux. Alors ça, c'est en plus.

Il y avait deux choses avec lesquelles on discute avec l'Association des radiologistes. C'est d'abord le renouvellement de leur parc en cabinet privé, qui nous

préoccupe beaucoup. Parce que, quand ils nous disent... Ils voulaient mettre un montant de 4 \$ pour renouveler leur parc, nous, on dit: Non, on ne peut pas le faire, mais nous allons nous asseoir pour le regarder. Mais il faut connaître l'ampleur de la problématique et l'état, vraiment, des équipements et, quand ils ont été achetés, est-ce qu'ils étaient neufs, ou vieux, ou déjà usagés.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Robert-Baldwin.

Accès aux services

M. Marsan: Oui. Merci de me laisser la parole, M. le Président. Une question ou deux questions qui demandent de courtes réponses. C'est sur les cliniques privées. On a trois types d'examen où les patients doivent payer, maintenant. Vous avez parlé, je pense, de tomographie, échographie et résonance magnétique. La première question: Est-ce que c'est votre intention d'ajouter d'autres types d'examen? Et la deuxième: Est-ce que ça ne contrevient pas à la loi fédérale, avec les cinq grands principes, dont deux, un étant l'accessibilité, l'autre étant la gratuité?

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, l'accessibilité et la gratuité, ça ne contrevient pas à la loi fédérale, parce que l'accessibilité et la gratuité, elles existent dans le réseau santé et services sociaux. N'importe quelle, pour ces trois, la tomo, l'échographie et la résonance magnétique, si une personne va la passer dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux, c'est gratuit.

M. Marsan: Si c'est bon pour ces trois-là, c'est bon pour les autres aussi, j'imagine?

Une voix: C'est bon pour tout.

M. Marsan: Faire des coronographies en clinique, à la limite, puis ouvrir d'autres centres? Je veux dire, si...

M. Gabrièle (Pierre): Non.

M. Marsan: Je ne sais pas si vous saisissez bien. La loi prévoit qu'il ne devrait pas y avoir de frais qui sont chargés aux patients pour l'ensemble des activités médicales, et là il semble que, lorsqu'on va en clinique privée, il y a une facturation qui est faite, alors...

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, on ne se comprend pas. C'est-à-dire, quand la personne passe ses examens dans un établissement du réseau public, il n'y a pas de frais; on respecte la loi fédérale, c'est gratuit. Si elle, la personne, décide d'aller le passer en cabinet privé, oui, elle paie. Mais c'est son choix.

M. Marsan: Si c'est bon pour la tomographie, c'est bon pour d'autres activités aussi.

M. Gabrièle (Pierre): Bon. Maintenant, de toute façon, quand nous les avons désassurés, M. le Président, ce n'est pas d'hier. Je dois vous rappeler que,

pour l'échographie, elle fut dés assurée en 1981, donc il y a 20 ans. Et, quand il a passé à l'établissement du réseau... Elle fut dés assurée complètement en 1981 puis ré assurée, en centre hospitalier seulement, en 1983, rétroactive à 1982, l'échographie. Donc, en centre hospitalier, depuis, donc, 1982, elle n'est pas dés assurée. Quant aux autres, pour la tomo, c'est en 1988, et en 1995 pour la résonance magnétique. Mais, dans les établissements, c'est assuré.

M. Marsan: Mais là je comprends maintenant que, si vous décidez de dés assurer à peu près n'importe quel acte médical, il n'y a aucun problème, qu'on peut, en clinique privée, élargir la gamme de services qui sont offerts à la population, et ceux qui sont en mesure de payer peuvent le faire. Donc, c'est un système, là, vraiment à deux vitesses qu'on est en train de développer. Oui ou non?

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, je ne dis pas que c'est un système à double vitesse. C'est pour ça que j'ai essayé de vous rappeler quand ça a été dés assuré. C'est-à-dire que ce n'est pas d'hier, donc, qu'on a dés assuré. Il y a des services qui sont assurés et d'autres qui ne le sont pas. Alors, on a dés assuré ces services-là. On ne vous dit pas qu'on veut créer un système à double vitesse, parce que, si je regarde, pour l'échographie, ça fait 20 ans qu'elle est dés assurée, quel impact est-ce que ça a donné dans le système? Est-ce qu'on a entendu parler de système à double vitesse pendant 20 ans? Bon.

Nous, ce qu'on dit là-dedans, M. le Président: moi, j'ai à mettre en oeuvre et à vérifier si les gens reçoivent le service. Normalement, je le répète encore, lorsque c'est urgent, il n'y a pas de liste d'attente pour des diagnostics. Quand c'est électif, il y a des listes d'attente, c'est vrai, et les personnes qui sont sur une liste d'attente, si elles font le choix d'aller en cabinet privé pour passer plus vite, normalement, oui, c'est dés assuré, il faut qu'elles paient.

Cependant, si nous faisons des cabinets affiliés avec les établissements et, avec les critères que nous voulons mettre, où le radiologiste est membre du CMDP et qu'en plus il accepte, comme cabinet affilié, d'avoir les mêmes règles que l'établissement, les gens qui vont... ça va diminuer nos listes d'attente et il y aura peut-être moins de personnes qui vont aller en cabinet privé tout court pour ces trois actes médicaux ou de diagnostic et de payer. C'est un peu ce que je vous disais, la réponse à un des commentaires que me faisait le VG. Mais il restera toujours qu'il va y avoir des cabinets privés.

M. Marsan: Est-ce que c'est votre intention d'ajouter aux trois types d'examen? Est-ce que vous voulez en ajouter d'autres dans l'avenir prévisible?

M. Gabrièle (Pierre): Écoutez, dans l'avenir, là, je n'ai pas de boule de cristal, mais, dans l'avenir, il n'y a rien qui va être ajouté.

M. Marsan: Je vous remercie.

Le Président (M. Kelley): Pour poursuivre sur ça, parce que je comprends votre raisonnement, sauf...

Et on ne parle pas des urgences. Les urgences, les personnes qui ont besoin aujourd'hui ont accès à ces trois examens. Mais il faut admettre aussi que c'est les personnes qui ont les moyens qui peuvent aller plus rapidement pour avoir un de ces diagnostics électifs. Parce qu'on parlait hier de comme un 700 \$ pour une MRI ou de l'ordre de grandeur de. Alors, ce n'est pas tout le monde qui peut le faire. Et, quand je vois, sur le tableau 7, qui est sur le 4.95, on a des délais d'attente par région pour deux examens... Et c'est quoi, un «benchmarking» ou c'est quoi, un indicateur de performance, c'est quoi, un délai normal pour avoir accès, dans le réseau public, à une MRI pour les choses électives? Est-ce que c'est normal que quelqu'un doit attendre deux mois, ou trois mois, ou... Encore une fois, les urgences à côté.

Parce que, c'est évident, le secteur privé existe parce qu'il y a une certaine inquiétude. Et, je sais, dans le domaine de la santé, c'est toujours très sensible, le monde veut toujours avoir le diagnostic hier. Et le temps qu'il faut attendre pour voir le résultat d'un examen médical est toujours un moment de stress pour la personne en question. Mais comment... Oui, il y a un accès public, mais, si je dois attendre six mois et s'il y a une question qui me trouble puis j'aimerais savoir: Est-ce que j'ai un problème ou non? Et je dois attendre six mois pour le faire... Oui, sur papier, le système public répond à la demande, mais il y a six mois d'attente. Six mois, est-ce que ça, c'est normal? Est-ce qu'il y a des genres de...

Et, si ce n'est pas chez vous, à travers notre connaissance dans ces domaines... Quand nous avons fait les ambulances, il y a trois ans, par exemple, le nombre de huit minutes existe, qu'en tissu urbain il faut avoir quelqu'un sur place pour aider quelqu'un en bas de huit minutes, ça, c'est comme un genre de moyenne ou un standard. Alors, on peut évaluer Urgences-santé à partir d'un chiffre qui est donné pour aider les non-experts comme les parlementaires à évaluer ça. Alors, de dire que, oui, ça existe au public... Mais, si quelqu'un qui est troublé doit attendre six mois pour avoir une réponse, est-ce que ça, c'est normal ou est-ce que, effectivement, le privé existe parce que, pratiquement, le public ne répond pas dans un temps normal aux attentes de la population?

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, le privé va exister toujours, et ce n'est pas parce que le public ne répond pas en temps normal. C'est vrai qu'on devrait... Et, comme le disait le Vérificateur général, c'est quoi, l'indicateur qu'on se mettrait pour dire un temps normal d'attente? Mais, pour arriver à un indicateur semblable pour un temps normal d'attente, d'abord il va falloir que nous nous outillions. Et, quand je vous parlais, d'entrée de jeu, de mon système de gestion de l'accès aux services que nous expérimentons, pour l'instant, pour la radiologie, on soutire pour savoir, par exemple, quelles sont... comment sont gérées les admissions. Bon.

• (12 h 10) •

Justement, dans ma préparation pour la rencontre d'aujourd'hui, je parlais à un docteur qui me disait que des fois, dans les cabinets... Les médecins qui doivent faire passer, mettons, un test, normalement, ils sont outillés, et c'est eux autres qui ont leurs propres

patients et qui décident, eux, si c'est urgent ou pas urgent au niveau électif. Et alors soit qu'ils la gardent, des fois, cette liste de patients qui doivent passer, par exemple, une échographie ou une résonance magnétique, soit qu'ils la gardent dans leur propre bureau et qu'ils ne la font pas traiter directement à l'admission, ils envoient à l'admission les cas urgents. Donc, là, on est en train de se donner un outil qui va être l'outil le même pour l'ensemble des établissements pour qu'on puisse d'abord gérer ce que j'appelle la liste d'attente et qu'on sache que tout le monde utilise le même outil. Bon. Et là nous allons voir comment est-ce que les délais peut-être vont diminuer, et là, après, on pourra se mettre un indicateur. Avec ça, ça va nous permettre d'avoir un tableau de bord avec des indicateurs.

En plus, nous allons utiliser aussi une troisième chose qui est même Internet. Nous le faisons actuellement dans la région de Québec. Dans la région de Québec, par exemple, au niveau des urgences, nous pouvons vous dire au jour le jour et à l'heure même c'est quoi, par exemple, le volume ou le temps d'attente dans une urgence. Alors, quelqu'un qui veut aller dans une urgence, en allant sur Internet, il peut voir: si à l'Enfant-Jésus la durée d'attente est de trois heures et, je ne sais pas moi, à Jeffery Hale elle est une heure, il peut choisir d'aller à Jeffery Hale. Mais, s'il va à l'Enfant-Jésus, bien sûr qu'il va attendre trois heures. Alors, c'est tous ces outils-là, c'est dans ce sens-là que nous réfléchissons.

Le Président (M. Kelley): Non, ça, je comprends. Et, trois heures contre une heure, moi, je pense, si le système public répond dans trois heures, ça, c'est un temps raisonnable. Et, qu'il faut attendre trois heures, comme parlementaire... Mais, moi, je ne sais pas c'est quoi, une «tomodensimétrie»...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Kelley): ...de la tête avec infusion, mais, j'imagine, il doit y avoir une bonne raison de le faire. Ce n'est pas comme chez nous, je vais dire à mon épouse: Au lieu d'aller au cinéma ce soir, peut-être une «tomodensométrie» de la tête avec infusion...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Kelley): Je ne pense pas. Alors, et, quand je vois qu'il y a du monde, comme à Montréal-Centre, qui ont dû attendre 222 jours pour avoir cet examen, ou soit c'est farfelu, on n'en avait pas besoin, alors on peut attendre à vie pour le faire, ou il y avait une raison pour un patient que c'est important d'avoir cet examen. Et peut-être qu'il y a une inquiétude quant à une condition, je ne sais pas, je laisse ça à vous autres, les médecins. Mais, si je dis que le système public, dans son cas, ça a pris 222 jours pour fournir l'examen, aujourd'hui peut-être le privé, c'est prendre une place beaucoup plus importante que le luxe d'attendre une heure à Jeffery Hale plutôt que trois heures dans un autre établissement public.

Alors, c'est ça que je cherche à comprendre ici, que, quand je vois... Et c'est l'extrême, parce que le Vérificateur a bien indiqué que c'est la gamme ici. Il y

en a d'autres qu'ils ont faits en bas de 10 jours, puis tout le reste. Alors, j'ai une marge. Mais, quand je vois les chiffres comme 150, 222, 90, 91 dans les grandes régions du Québec, je dis: Est-ce que le système public répond dans un délai raisonnable aux attentes des patients ou est-ce que le système est trop long et qu'il a créé une place pour le privé? Parce que, je suis d'accord, les personnes qui ont des ressources limitées peuvent prendre un jet demain matin et aller à Mayo Clinic, à l'État de Minnesota. Il y a une petite couche de la société qui est toujours capable de faire ça. Mais, pour M. et Mme Tout-le-monde, ils sont dans le réseau public, est-ce que 222 jours d'attente est normal ou non?

M. Gabrièle (Pierre): Le Dr Deschênes va répondre à ça, mais je vais compléter par la suite.

M. Deschênes (Luc): M. le Président, je pense qu'il faut remettre ça dans le contexte de tout le problème des délais pour l'accessibilité aux services. O.K.? Et puis, depuis trois ans, on a travaillé — puis je pense que c'est la réponse exacte à votre question — on a travaillé beaucoup plus sur le délai d'accessibilité à des services de traitement. On n'a pas encore travaillé sur les services de diagnostic. O.K.?

Et la problématique était la suivante. On a observé les délais, par exemple, pour les traitements en radio-oncologie, pour les personnes atteintes de cancer, les délais pour l'accès à des chirurgies ou des procédures en cardiologie tertiaire, pour la chirurgie en orthopédie, pour la chirurgie oculaire, etc. Donc, l'essentiel de nos travaux sur ce que j'appelle des délais cliniquement acceptables, ça a porté beaucoup plus sur des procédures de traitement sans se préoccuper, à ce moment-ci, des procédures diagnostiques. Mais c'est sûr qu'il faut le faire, parce que c'est un continuum de services et, quand on voit qu'il y a des problèmes d'accessibilité pour les diagnostics, ça peut, à un moment donné, être aussi important qu'un délai pour un traitement. Parce que, si le patient attend trois mois pour son diagnostic puis qu'il attend trois mois pour son traitement, c'est six mois. Dans certains cas, ça peut faire une grosse différence. Donc, la notion de délai cliniquement acceptable.

Mais ça nous reporte aussi... Ça ne veut pas dire nécessairement que cabinet affilié égale «on règle les problèmes d'accessibilité», surtout dans l'état actuel de la main-d'œuvre qu'on a en radiologie. Parce qu'il faut bien penser que les services qui sont donnés en cabinet, c'est donné par les mêmes radiologistes qui travaillent à un autre moment donné à l'hôpital. Quand ils ne sont pas à l'hôpital, bien il n'y a personne à l'hôpital pour donner le service. Alors, je me dirais, moi, que, dans beaucoup de cas, les délais ne sont pas dus au fait que les équipements ne sont pas en place, c'est dû au fait qu'on n'a pas la main-d'œuvre pour faire marcher les équipements, c'est dû au fait qu'on a aussi des horaires de travail qui sont durant la journée, de huit heures, le matin, à quatre heures, l'après-midi, puis c'est rare ou rarissime que ça travaille le soir ou les fins de semaine dans les hôpitaux, et pour toutes sortes de bonnes raisons. Je ne veux pas dire qu'il faut le faire, mais il reste qu'il faut penser, comme système, qu'on a énormément d'investissements dans nos hôpitaux, on a énormément de services à donner et puis on a encore

des horaires qui sont très conservateurs par rapport à l'accessibilité aux services. Les fins de semaine, à part des urgences, les vraies, vraies, vraies urgences, il n'y a pas moyen de vous faire servir. Et je parle autant en diagnostic qu'en traitement, là. Alors, c'est pour ça qu'il faut revoir ça dans un continuum. Et puis le cabinet affilié, si on veut qu'il rende service, il faut qu'il soit réellement en complémentarité avec les besoins du centre hospitalier et non pas simplement une offre de services et que... Ça, ça ne répond à ça. Ça va répondre aux gens qui ont le moyen d'y aller.

Le Président (M. Kelley): M. Gabrièle.

M. Gabrièle (Pierre): En complément. Au niveau de l'accessibilité aux services diagnostiques, ce n'est pas que rien n'a été fait. Actuellement, dans certaines régions régionales, ils ont un bilan mensuel sur l'accessibilité aux services diagnostiques. Et même certains... — et je l'ai ici, il est de la région de Québec, c'est pour ça qu'il est ici — la région de Québec, même, ils se donnaient eux-mêmes certains standards indicateurs, alors, vous voyez, par exemple... bien sûr, qui étaient souhaitables. Ils n'étaient pas imposés, ils étaient souhaitables.

Pour les services généraux, la région de Québec se donnait quatre semaines d'attente; pour les services spécialisés, six semaines. Et ils avaient, au mois, la liste — services généraux et services spécialisés — des délais et des établissements. Ça tient en une page et qui est même informatisée, où vous avez, par exemple, les services de prélèvement, et là ils vous disent, mettons — la page que j'ai tirée au hasard, là, celle de mai 2000 — qu'ils avaient... C'est parce que je voulais savoir si c'était d'aujourd'hui, en préparation pour la commission parlementaire, ou si c'était avant. Et le VG le savait, puisque c'est de mai 2000, celle-là. Donc, à l'époque, ils avaient... donc, le CLSC Orléans, pour les prélèvements, les délais étaient de six à huit semaines. Alors, comme c'étaient des services généraux, la Régie s'était donné un indicateur de quatre semaines. Là, il s'agirait, après, de voir pourquoi ils dépassaient l'indicateur général. Et c'est là où il faut aller creuser un peu plus. Et on avait tout ça: radiographie, mammographie, neurographie, échographie, résonance magnétique. Et vous les avez, Enfant-Jésus, Saint-François d'Assise, les hôpitaux.

● (12 h 20) ●

Alors, pour une régie régionale, ça peut se faire, ils peuvent le suivre, mais, après, c'est juste de la statistique. Par la suite, il faut aller plus loin pour savoir: Pourquoi, si on se met tel indicateur, ce n'est pas respecté? Est-ce que c'est des problèmes, hein, d'effectifs? Est-ce que c'est des problèmes parce que, mettons, on ne travaille pas la nuit ou... Bon. Et là il faut documenter. Mais ces indications-là, nous les avons. Mais je ne vous dis pas que c'est généralisé dans toutes les régions régionales. Le VG est d'accord avec moi, il l'a vu, c'est que dans certaines régions régionales, nous l'avons, mais c'est... Alors là il faudrait le généraliser pour l'ensemble des régions régionales. Et, quand on parle de le mettre sur Internet, ça permet aussi de donner à la population l'horizon. Mais, nous, on pourrait se donner des indicateurs pour essayer d'aller creuser:

Pourquoi mon délai raisonnable que je me suis donné n'est pas atteint?

Le Président (M. Kelley): Et c'est le but de ma question. Parce que, moi, je ne suis pas expert, alors je n'ai pas les moyens, mais j'ai juste mis en garde que votre réponse... que c'est fourni par le public, il faut s'assurer que c'est fourni dans un délai raisonnable. Et, moi, je n'ai pas les moyens d'évaluer à partir des tableaux qui sont fournis par le Vérificateur général: Est-ce que, dans ces examens qui sont désassurés, le public répond dans un délai raisonnable? Alors, dans la réflexion qu'il faut faire et dans la planification, ça va être beaucoup plus facile, à l'avenir, pour les parlementaires d'évaluer ces genres de données. Parce que, si, pour une échographie abdominale, on peut attendre trois mois, on ne mettra pas la pression sur vos épaules de faire ça dans 24 heures si trois mois est raisonnable, ou deux mois, je ne sais pas. Mais il faut nous donner quelques mesures ou outils pour mieux comprendre ces données qui sont ici, qui sont... Parce que, si on dit que, oui, en attendant six mois, le secteur public va le donner, on peut comprendre, pour le patient, pour le citoyen qui est inquiet, six mois, c'est très long et, dans ces circonstances, il se sentirait obligé d'aller au privé, pas un choix mais presque une obligation, parce que le secteur public ne répond pas à l'attente. Alors, je pense que c'est ça, pour démêler toute la question des attentes. Et, moi, je trouve pas, comme parlementaire, ce matin, que je peux évaluer ces genres de données qui sont ici pour arriver à la conclusion que le public comme les besoins efficacement, je ne peux pas tirer cette conclusion, et c'est dans cet esprit que je pose mes questions.

Campagnes de financement pour l'achat d'équipement

Peut-être une toute petite dernière, parce que le temps file. Souvent, comme députés, on est sollicités pour les campagnes pour obtenir des équipements ou travailler. Et je pense qu'on comprend tous bien que c'est difficile d'aller chercher de l'argent pour un projet capital. Mais c'est un plus grand défi toujours de trouver le fonctionnement et d'acheter un équipement pour l'Hôpital Lakeshore ou acheter un hôpital à Lemoyne, sur la Rive-Sud... Et j'ai parlé à un de mes collègues, le député de Papineau, hier soir, parce que, dans l'Outaouais, ils sont en train — je ne me rappelle pas si c'est dans nos coupures de presse — de faire une campagne pour un appareil de — encore une fois ça — «tomodensimétrie»...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Kelley): ...de 1 million de dollars. Mais la communauté veut participer, la communauté veut aider notre système de santé public. Mais c'est quoi, le processus qu'il faut suivre avant de lancer une campagne pour l'achat de je ne sais pas trop quoi? Est-ce qu'il y a une mécanique qu'il faut mettre en place? Est-ce que c'est la régie qui est le maître d'oeuvre de tout ça ou...

M. Gabrièle (Pierre): Oui, c'est un peu... Je vais être court, alors je vais résumer. C'est que la mécanique, il faut... Quand on parle d'avoir des ententes de gestion avec les établissements, pour moi, l'entente de gestion n'est pas juste: entente de gestion parce que, toi, comme établissement, tu es en déficit budgétaire. L'entente de gestion qui doit exister entre les régies et les établissements, c'est justement pour l'organisation des services. Et là, à ce moment-là, on va faire des choix judicieux, c'est-à-dire... Et que la communauté participe, demain matin, à dire: Par la fondation hôte, acheter un appareil, mais ça s'inscrit dans une entente de gestion. Et bien sûr que le... Et là le financement, au niveau des opérations, va suivre. Sinon, moi-même, au bout de la chaîne, comme gestionnaire, j'aurai la surprise, voyez, parce qu'on m'achète des équipements et, à un moment donné, on me représente après la facture pour me dire: Mes coûts d'opération viennent d'augmenter. Alors, c'est un peu... Bon. Certains voient ça comme une forme de contrôle, je ne vous le cache pas, M. le Président. Mais, moi, je dis: Non, ce n'est pas du contrôle, c'est juste cours 101 de management, sinon on ne saura pas où on va s'en aller.

Remarques finales

Le Président (M. Kelley): Alors, sur ça, parce que je pense qu'il n'y a pas d'autres questions... On va essayer de limiter ça à ce matin. Alors, brièvement, M. le Vérificateur, je vais vous demander de faire vos dernières remarques finales, vos finales remarques finales...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Kelley): ...devant la commission de l'administration publique.

M. Guy Breton, Vérificateur général

M. Breton (Guy): Alors, M. le Président, en ce qui concerne la rencontre de ce matin, je pense que les échanges vous ont permis d'approfondir le sujet. Et, je dirais, propre au style de M. le sous-ministre, nous savons qu'il a des plans et qu'il va les mettre en place. Et, d'expérience, je peux vous dire que ça ne lui prendra pas trois ans pour le faire.

Si vous me permettez, M. le Président, j'ouvrirais une parenthèse. Comme vous disiez au début de cette session de la commission parlementaire, c'est aujourd'hui la dernière fois que je participe aux travaux de cette commission. Allow me the liberty to congratulate you, Mr. President, for the effectiveness and efficiency of your presidency. Vous avez réussi à créer un environnement de cette commission qui est convivial, je dirais. Ceci a permis aux participants d'échanger de l'information avec la confiance qu'ils étaient ici pour participer à un processus pour améliorer l'administration publique et non pas pour se défendre pour des gestes passés. On ne cherchait pas des coupables, on cherchait des solutions d'avenir.

L'efficacité de cette commission n'est plus à démontrer. Je pense que le suivi des travaux que nous faisons, trois ans après la première vérification,

démontre que les gestionnaires tiennent parole quand ils viennent annoncer qu'ils feront des gestes. Ici, en commission parlementaire, on a entendu plusieurs gestionnaires nous révéler leur plan de travail, et l'histoire nous montre que ces engagements ont été suivis pour la majorité d'entre eux. La qualité des échanges entre vous, les membres de la commission parlementaire, et les gestionnaires qui ont défilé ici, ça, c'est la force de cette commission. Et, si je puis me permettre d'énoncer un souhait, c'est que la commission conserve cette culture qui fait ses preuves à chaque fois.

En terminant, M. le Président et Mmes et MM. les membres de la commission, je vous exprime mes remerciements pour avoir choisi cette façon d'utiliser notre travail pour contribuer à la réalisation de votre mandat sur le contrôle des fonds publics. Je vous souhaite d'autres rencontres fructueuses relativement aux sujets qui seront révélés dans le prochain rapport de décembre, et il sera intéressant pour moi de suivre vos activités via Internet. Longue vie à la commission sur l'administration publique.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. Breton. M. Gabrièle, le mot de la fin.

**M. Pierre Gabrièle, sous-ministre
de la Santé et des Services sociaux**

M. Gabrièle (Pierre): M. le Président, je me joins aux bons mots du Vérificateur général sur cette commission. Je ne me suis jamais senti... Après les nombreuses fois que je suis venu à la commission, je ne me suis jamais senti comme au banc des accusés. Les échanges étaient fructueux entre nous, et ça nous permettait d'abord aux gestionnaires de rendre compte de l'administration des deniers publics et de nous permettre aussi de rectifier le tir pour donner les meilleurs services possible à nos concitoyens. Et, dans cette foulée, comme j'ai l'habitude de le faire, je m'invite pour l'an prochain pour venir vous rendre compte...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gabrièle (Pierre): ...de l'application — Ha, ha, ha! — du plan que je vais mettre en place, et vous voyez que ça ne me prendra pas trois ans.

M. Geoffrey Kelley, président

Le Président (M. Kelley): Et je suis confiant aussi, dans le dernier tome de M. Breton, il risque d'avoir peut-être quelques mots sur la santé, vu que ça touche pas loin de 40 % du budget. Et, à mon tour, merci beaucoup pour votre présence ce matin. On a pris bonne note des démarches qui ont été prises. C'est évident, après la vérification, il y avait un ajout important de ressources, mais les besoins sont grands aussi. Et vous avez bien dit que ça, c'est un élément d'un puzzle qui est beaucoup plus grand aussi.

Mais aujourd'hui on a regardé quelque chose qui est à la fois complexe, mais où il y a des besoins. Il y avait les lacunes qui ont été signalées par le Vérificateur général à travers le Québec, en région, en ville, et je pense qu'on a au moins votre plan de match et on est en

train d'élaborer une stratégie globale pour répondre à ça. Alors, on a pris bonne note du plan d'action qui est devant vous. On vous souhaite bonne chance. On va suivre de près les développements dans ce domaine parce que, je pense, je parle pour l'ensemble des membres de la commission, les dossiers de la santé, on est interpellés souvent. On est imputables, nous autres, devant nos électeurs. Et c'est une question qui demeure très préoccupante pour la société québécoise. Alors, les échanges aujourd'hui sont le reflet d'une très grande inquiétude dans la population quant à la santé de leur système de santé public au Québec.

Alors, merci beaucoup. On va continuer nos échanges sur un autre sujet prochainement, mais, pour le moment, j'ajourne nos travaux sine die. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 12 h 29)

