



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-HUITIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le vendredi 11 avril 2008 — Vol. 40 N° 31

Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (2): volet Santé

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

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)	30,00 \$

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
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le vendredi 11 avril 2008 — Vol. 40 N° 31

Table des matières

Organisation des travaux	1
Santé	
Discussion générale (suite)	1
Institut national d'excellence en santé	1
Initiatives du gouvernement fédéral en matière de santé et de services sociaux (suite)	4
Intégration du Centre hospitalier de Lachine au Centre universitaire de santé McGill	5
Initiatives du gouvernement fédéral en matière de santé et de services sociaux (suite)	5
Intégration du Centre hospitalier de Lachine au Centre universitaire de santé McGill (suite)	6
Bilan de l'implantation des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseaux	8
Projet d'informatisation du réseau	10
Évaluation et amélioration de la performance	12
Gestion d'établissements par des organismes privés	15
Dossier de santé du Québec	16
Projet d'informatisation du réseau (suite)	22
Évaluation et amélioration de la performance (suite)	23
Application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux	26
Coût unitaire des chirurgies	27
Protection de la propriété des cliniques de radiologie	28
Unités de médecine familiale	29
Lutte contre le tabagisme	31

Intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Philippe Couillard

M. Bernard Drainville

M. Éric Caire

M. Gerry Sklavounos

M. Pierre Reid

M. Russell Copeman

* M. Roger Paquet, ministère de la Santé et des Services sociaux

* M. André Simard, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Note de l'éditeur: Les crédits du volet Promotion et développement de la Capitale-Nationale du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été étudiés à la Commission de l'aménagement du territoire le 14 avril 2008.

Le vendredi 11 avril 2008 — Vol. 40 N° 31

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (2): volet Santé*(Neuf heures trente-deux minutes)*

Le Président (M. Kelley): Alors, je constate le quorum des membres de la Commission des affaires sociales, donc je déclare la séance ouverte. Je vais rappeler le mandat de la commission. La commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2008-2009.

Organisation des travaux

Nous avons convenu sur les règles du jeu hier, mais je veux juste rappeler, parce que je suis, d'une certaine façon, «chief timer» aujourd'hui, alors c'est à moi de regarder le temps de parole pour les trois groupes, alors: pour les membres de la commission à ma droite, il reste 4 h 16 min 59 s; pour l'opposition officielle, il reste 4 h 16 min 29 s; et également, pour le deuxième groupe de l'opposition, il reste 3 h 27 min 28 s.

Alors, on va continuer aujourd'hui, ça va donner plus ou moins trois blocs de 20 minutes. On va commencer avec l'opposition officielle parce que nous avons terminé avec le groupe ministériel hier. Et, à un certain moment — je m'adresse au deuxième groupe de l'opposition, M. le député de Marie-Victorin — au cours des 15 heures, juste pour faciliter la tâche, si vous pouvez sauter un bloc parce que votre temps alloué est légèrement inférieur, ça va faciliter la tâche. Alors, c'est à votre choix à quel moment vous voulez sauter un tour, mais, juste pour l'arrangement de nos travaux, je pense, ce sera plus facile. Alors, si je peux juste offrir ça, parce que sinon je dois soit sauter ça à la fin ou réduire le temps de parole par blocs. Alors, je laisse à vous de mijoter sur tous ces grands enjeux.

M. Drainville: C'est tout mijoté, M. le Président. Lundi, on a deux blocs, lundi, n'est-ce pas?

Une voix: Mardi.

Le Président (M. Kelley): On ne siège pas lundi.

M. Drainville: Mardi, je veux dire, mardi.

Le Président (M. Kelley): Mardi.

M. Drainville: Alors, le deuxième bloc, là, du premier de mardi, là... Le premier bloc de mardi...

Le Président (M. Kelley): Parfait.

M. Drainville: ...au lieu d'avoir trois interventions, donnez-moi-z-en deux et faites sauter celle du milieu. Ça va, ça, Mme la secrétaire?

Le Président (M. Kelley): Parfait. Et ça va ajouter un à l'opposition officielle dans le tour de rôle. Alors, tout le monde est convenu pour mardi? Merci

beaucoup, M. le député. Alors, sur ça, sans plus tarder... Nous avons commencé à 32, 33?

Une voix: 32.

Le Président (M. Kelley): 32. Alors, je demande un léger consentement de finir à 12 h 32 pour respecter nos trois heures?

Une voix: ...autour d'une bière?

Santé**Discussion générale (suite)**

Le Président (M. Kelley): Ha, ha, ha! Sans plus tarder, je suis prêt à céder la parole au porte-parole de l'opposition officielle et député de La Peltrie.

Institut national d'excellence en santé

M. Caire: Merci, M. le président. Hier, dans les premiers blocs, nous avons abordé avec le ministre les questions financières. L'idée, en résumé, était d'en arriver à une conclusion généralement reçue, que le réseau de la santé est en déficit, en déficit cumulé, que la progression des dépenses de programmes excède de beaucoup la progression de la richesse collective et que c'est, M. le Président, dans cette perspective-là que la ministre des Finances avait mandaté le comité Castonguay de réfléchir à des solutions porteuses.

Je voudrais, aujourd'hui, aborder avec le ministre les cinq chantiers parce qu'hier finalement la grande conclusion du ministre, à savoir comment on allait assurer la pérennité du système de santé, c'était: il faut augmenter la richesse collective, il faut augmenter la richesse collective au niveau des dépenses de programmes. Il semblait dire que ramener les dépenses de programmes au niveau de la richesse collective était une chose à toutes fins impossible.

Vous comprendrez, M. le Président, que je ne suis effectivement pas d'accord avec ça, et les interrogations que ça soulève ou les réponses que ça peut nous donner, c'est: Quels sont effectivement les objectifs de ces grands chantiers qu'il a lancés, sinon d'augmenter la performance du réseau, et, en augmentant la performance du réseau, avoir pour effet, et c'était le sens de la recommandation du comité Castonguay, de réduire les dépenses de programmes et de les ramener au niveau de la richesse collective.

J'ai effectivement regardé les grandes lignes, là, qui traçaient le grand portrait des cinq chantiers et j'ai exprimé ma déception au ministre par le manque de substance des chantiers, par le manque d'audace. Moi, je pense que ça ne va pas assez loin. Alors, je voudrais, dans ce premier bloc, voir avec le ministre de la Santé un par un les différents chantiers.

Le premier que j'aimerais aborder, c'est la création de l'INES, l'institut national d'excellence en santé. C'est

une recommandation du rapport Castonguay que je saluais, que je salue toujours d'ailleurs, qui s'inscrit dans la mouvance de ce qui se fait ailleurs, hein, on n'a qu'à penser au NICE britannique, on n'a qu'à penser au Haut Conseil de la santé publique en France, qui sont des instances équivalentes, avec des missions équivalentes. Et d'ailleurs je salue la nomination de M. Castonguay à la direction de ce chantier-là. Mais je voulais comprendre la logique du ministre, qui dit: Oui, il faut créer l'institut national d'excellence en santé, mais on va le faire par la fusion du Conseil du médicament puis de l'AETMIS, en omettant le Commissaire à la santé.

Il m'apparaît, M. le Président, que c'est une erreur parce que le Commissaire à la santé a pour mandat justement d'évaluer le réseau de la santé sous l'angle de la performance, sous l'angle de l'efficacité. Le Commissaire à la santé a lui-même nommé un commissaire adjoint à l'éthique. Donc, toutes les questions d'éthique seront aussi au coeur de ces réflexions, et c'est fondamental. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, qui est lui-même médecin, sait à quel point le monde médical se questionne au niveau de l'éthique de la pratique médicale, toute la question des soins palliatifs, toute la question de l'acharnement thérapeutique. C'est des questions fondamentales et pour lesquelles nous devons trouver des réponses.

Or, en amputant l'INES de cette partie-là extrêmement importante, à mon avis, puis c'est là-dessus que j'aimerais entendre le ministre, à mon avis, on crée un institut qui n'aura pas au coeur de ses fonctions probablement le champ de compétence le plus important et aussi le niveau d'indépendance. Parce que, si effectivement le modèle, ce sont les NICE britannique ou le Haut Conseil de la santé publique en France, ce sont des organismes qui sont constitués d'experts, de gens de haut niveau, de haut calibre au niveau de la réflexion, mais surtout qui ont une indépendance totale vis-à-vis du ministère et qui ont la capacité de le conseiller non pas en fonction d'impératifs du moment, mais vraiment en fonction d'une réflexion des gens du milieu.

Or, si je salue la création de l'INES, je voudrais entendre le ministre, à savoir pourquoi il laisse ces deux entités-là séparées, alors qu'il m'apparaît que leur fusion serait de nature à rendre l'INES beaucoup plus efficace, beaucoup plus pertinent, beaucoup plus dans la mouvance de ce qui se fait ailleurs, avec d'excellents résultats d'ailleurs. Et est-ce qu'il est ouvert à revoir cette décision-là advenant le cas où quelqu'un comme M. Castonguay, qui, lui, recommandait que le Commissaire à la santé fasse partie de l'INES, maintienne sa recommandation et qu'effectivement on en arrive à la conclusion que l'INES serait beaucoup plus efficace si structuré de cette façon-là?

● (9 h 40) ●

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, c'est une décision bien sûr à préserver. Et d'ailleurs on en a informé M. Castonguay, qui est très confortable avec l'idée de travailler dans une perspective où le Commissaire à la santé n'est pas partie de l'institut national d'excellence clinique, pour la bonne raison suivante, c'est qu'on ne peut intégrer à la fois l'évaluation et l'élaboration de bonnes pratiques, de meilleures pratiques, et c'est un concept assez utile et fondamental. D'ailleurs, si on regarde le mandat dans le rapport de M. Castonguay — et on y reviendra

souvent parce qu'il y a plusieurs recommandations — il y a 35 recommandations dans ce rapport-là.

Alors, je lis le mandat à la page 217 du document:

«Formuler périodiquement des recommandations sur la composition du panier des services assurés[...].

«Évaluer les nouvelles technologies de la santé, incluant les médicaments, pour en recommander l'inclusion[...].

«Réviser la pertinence de conserver dans la liste et dans le panier des services assurés les technologies et les médicaments[...].

«Assurer une vigie des nouvelles technologies[...].

«Produire des protocoles cliniques et des guides de pratique.»

Donc, il n'y a aucun mandat évaluatif là-dedans. Donc, l'évaluation de la performance du réseau, elle demeure dans le domaine du Commissaire, qui l'a lui-même très bien senti parce que M. Castonguay me disait qu'il n'y a pas eu d'échange avec le Commissaire pendant ses travaux, le Commissaire lui-même jugeant indispensable de se garder à distance de tout ce qui était d'élaboration de politiques nouvelles, dans le but de garder justement son indépendance dans l'évaluation qui suivrait. Et, si on pousse même le raisonnement plus loin, s'il fallait qu'il élabore lui-même de bonnes pratiques, comme partie d'un organisme, mais qu'il ait par la suite lui-même à les évaluer, ça cause un problème qui est en contradiction assez flagrante avec les principes normaux d'administration.

Mais, pour revenir au but fondamental de l'organisme, je suis content que le député soit d'accord avec la mise sur pied de cet organisme-là. Pour ce qui est de l'indépendance, on verra le statut que M. Castonguay recommande qu'on lui donne. Il y a plusieurs options possibles, comme il le sait. Et il nous fera les recommandations appropriées à la fin de ses travaux. Mais il s'agit effectivement, comme le dit le député de La Peltrie, de nous doter d'un arbre de conseils qui peut à la fois influencer sur les médicaments et les technologies, qui sont les deux grands déterminants... parmi les deux grands déterminants des coûts de la santé, mais également les professionnels, on oublie toujours de le mentionner. On parle toujours du vieillissement de la population, on parle toujours des médicaments, on parle toujours des technologies puis on oublie toujours de mentionner que les styles de pratique et les choix de pratique des professionnels sont eux-mêmes des déterminants majeurs des coûts du système de santé, d'où l'importance absolument essentielle de se doter d'un guide des meilleures pratiques.

Maintenant, ce qui arrive également, ce qui arrivera ici comme ailleurs, c'est que ça ne rentre pas dans la pratique quotidienne du médecin. C'est que le médecin, devant son malade, ne dira pas au malade: Monsieur, madame, voici donc votre problème, donc je vais appliquer à la lettre le protocole que l'institut en question me demande de suivre, parce que chaque patient est différent puis chacun est un cas d'espèce. Mais ça permet d'orienter les pratiques professionnelles, surtout dans un milieu qui est unique. Ça, c'est un... on aura l'occasion d'échanger là-dessus, le Canada et le Québec sont un exemple unique au monde de système de santé public dans lequel les médecins ont conservé un statut d'entrepreneur autonome à l'intérieur d'établissements publics. Alors, ce caractère autonome de la pratique médicale ne permet pas — et c'est probablement une bonne chose — à l'État de dicter

le style de pratique. Il faut rappeler que les assureurs américains ne se gênent pas pour le faire, en passant. Ils ont des protocoles, puis les médecins qui ne suivent pas les protocoles de l'assureur ont besoin d'avoir des bonnes raisons. Mais, dans le système médical qu'on a bâti au Canada et aux États-Unis, les médecins conservent leur autonomie professionnelle. Donc, on pourra les influencer. Et comment les influencer? C'est que les recommandations soient crédibles.

Alors, je vois que le député — et j'en suis heureux — a regardé et étudié les modèles européens. Il sait probablement qu'en Europe, et dans les deux cas qu'il a cités, il y a ce qu'ils appellent en Angleterre les tsars, c'est-à-dire des médecins extrêmement réputés et respectés dans des grands domaines cliniques qui, devenant signataires d'un guide de pratique, ont un prestige et une autorité morale qui est considérable, qui parfois même est plus efficace qu'un décret ou un projet de loi, entre médecins, à notre avis, puis je pense qu'on est d'accord là-dessus.

Alors, la première raison, c'est ça, influencer sur les bonnes pratiques, et pas uniquement les bonnes pratiques cliniques, les bonnes pratiques administratives également, où elles peuvent faire l'objet de recommandations de cet organisme-là. Et c'est d'autant plus important de nous doter de cet organisme-là au moment où on fait le virage progressif vers l'achat de services, parce que, si on veut acheter des services, on verra de quel type de services il s'agit, encore faut-il que les services qu'on désire acheter ou qu'on nous demande ou qu'on nous suggère d'acheter soient validés sur le plan de la pertinence, de la qualité et encore une fois des bonnes pratiques.

Alors, je crois — c'est notre position, puis elle a été communiquée à M. Castonguay — que c'est une bonne chose en fait de garder le Commissaire à la santé à l'écart de cet organisme-là. J'engage notre collègue à aller rencontrer le Commissaire — il l'a probablement déjà fait — le Commissaire à la santé, qui vient de terminer la mise sur pied du forum de la population. Il faut savoir que c'est un organisme délibératif qui est unique. Il n'y a pas beaucoup d'exemples ailleurs. C'est à la fois des citoyens et à la fois des gens qui ont une expertise particulière dans le domaine de la santé et services sociaux qui sont ensemble dans le même organisme, qui d'ailleurs vient de recevoir son premier mandat, qui est de se prononcer sur la question du dépistage prénatal, notamment de la trisomie 21, dont on pourra discuter au cours de nos débats.

Donc, je pense que c'est une très... ça fait partie des excellentes recommandations de ce rapport. Et M. Castonguay — je termine là-dessus rapidement, là — devrait nous donner un rapport intérimaire, je crois, en septembre et terminer ses travaux pour décembre, de sorte que le printemps pourrait être l'occasion de la création législative ou du début des travaux législatifs de création de l'organisme en question.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Caire: Oui. Merci, M. le Président. Bien, effectivement, je pense que... Et c'était une volonté exprimée par le ministre, même si l'échéancier ne nous convient pas. Minimale, je pense que l'achat de services, c'est une volonté... Puis je pense que c'est évident qu'il faut aller dans cette direction-là. Et, dans ce sens-là,

l'INES est un instrument capital pour le bon fonctionnement de tout ça.

Le ministre de la Santé faisait effectivement référence aux compagnies d'assurance. Je ne sais pas s'il pensait aux HMO américains. Je pense qu'il est important justement d'avoir une institution comme l'INES qui aura une indépendance totale mais qui aura aussi une indépendance par rapport à ces groupes d'intérêts là que sont les assureurs. D'ailleurs, c'est un débat que les Français font avec le Haut Conseil de la santé parce que maintenant les mutuelles demandent à être partie prenante du Haut Conseil, ce qui ne m'apparaît pas être une bonne idée. Ceci étant dit... Et là vous connaissez mes positions sur la possibilité d'avoir des assurances duplicatives et, bon, tout ça.

Donc, c'est un peu pour camper le fait... Je pense qu'il y a une volonté d'avoir un organisme qui est indépendant, minimale, du côté de l'opposition officielle, et qui aura toute latitude pour conseiller le gouvernement et le législateur sur les meilleures pratiques sans autre intérêt que le bon fonctionnement du système de santé, sans autre intérêt que l'intérêt de la population en général. Et effectivement les tsars sont une... quand je parlais de membres de haut niveau et extrêmement respectés, c'est effectivement à ça que je faisais référence.

Ceci étant dit, M. le Président, peut-être revenir un peu sur le Commissaire à la santé, parce que, personnellement, je ne vois pas d'incompatibilité entre le fait, par exemple, d'élaborer des indicateurs de performance... Et je sais que le Commissaire à la santé, d'entrée de mandat, souhaitait procéder à cet exercice-là d'élaborer des indicateurs de performance qui seraient reconnus par l'ensemble de la communauté médicale et des administrateurs du réseau de la santé, parce que je pense que, d'entrée de jeu, il a reconnu qu'il était fondamental d'évaluer notre niveau de performance et qu'il fallait se doter d'outils dans ce sens-là. Et je ne vois pas d'incompatibilité entre le fait, par exemple, de se livrer à cet exercice-là et ensuite de faire des évaluations. Il m'apparaît même que c'est compatible. On se dote d'outils pour évaluer la performance et ensuite on procède à l'évaluation de la performance, suite à quoi on peut élaborer une politique sur les meilleures pratiques et, à ce moment-là, on est en mesure de conseiller le ministre de façon éclairée. Dans ce processus-là, il me semble ne pas y avoir d'incompatibilité.

Ceci étant dit, dans la mise en place de l'INES, est-ce que... Puis là le ministre parle de processus législatif, mais, dans le travail préliminaire, est-ce que le ministre est ouvert à ce que, par exemple, les partis d'opposition puissent collaborer à ce travail-là et faire valoir leur point de vue? Et, dans ce sens-là, est-ce que M. Castonguay a reçu le mandat d'avoir des consultations, sinon publiques, minimale, particulières?

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

● (9 h 50) ●

M. Couillard: Bien, non seulement ça figure formellement dans le mandat de M. Castonguay de consulter pendant le cours de son travail... Puis le mot «consulter» inclut tous les groupes intéressés à se faire entendre et pertinents. Vous savez que M. Castonguay exerce un jugement — on l'a vu dans son travail — quant aux rencontres qui sont absolument pertinentes pour l'accomplissement de son mandat. Je ne doute pas qu'il considère que la

rencontre des critiques et des partis d'opposition soit hautement pertinente à l'élaboration. Pourquoi? Parce que le tout débouche sur un travail législatif. Alors, on verra quelle est la formulation de l'Assemblée nationale au printemps prochain. Dans un Parlement minoritaire, chaque jour gagné est une victoire, M. le Président, ou une défaite, selon le cas. Et, si on est encore dans un périmètre de cohabitation, il est clair que le projet de loi en question ne peut être adopté à l'Assemblée nationale sans qu'au moins un des deux partis d'opposition y donne son accord. C'est de la mathématique très simple.

Alors, je pense qu'on aura l'occasion, au cours du processus d'élaboration du mandat de M. Castonguay, d'avoir ces consultations-là. Et, nous, on est assez fermes cependant, je tiens à l'indiquer au député de La Peltrie, on est assez fermes quant à notre orientation de garder le Commissaire à l'écart du processus. Cependant, il y aura donc un projet de loi. Faisons l'hypothèse, parce qu'on est dans une hypothèse de dépôt de projet de loi, que le projet de loi confirme cette orientation; le député et ses collègues ont tout le loisir d'en débattre à l'Assemblée nationale, incluant en commission parlementaire. Et je rappelle que, dans un Parlement de cohabitation, si on veut qu'un projet de loi soit adopté, il faut qu'au moins un des deux partis d'opposition y donne son accord. Moi, je suis toujours prêt à regarder ça de façon collégiale si bien sûr nous sommes encore dans la même configuration à l'époque.

Le Président (M. Kelley): M. le député...

M. Caire: Oui, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): ...il vous reste comme trois minutes.

M. Caire: Mon Dieu! Déjà. Je suis toujours surpris de voir comment est-ce qu'il ne reste pas de temps.

Oui, M. le Président. Bien, de notre côté, on est assez fermes aussi dans notre volonté de voir le Commissaire intégré à l'INES. Par contre, qui sait, peut-être que, dans son immense sagesse, M. Castonguay arrivera à trouver un terrain d'entente. Je tiens juste à préciser qu'on n'est pas dogmatiques, c'est vraiment dans un souci de performance, dans un souci d'avoir un institut le plus efficace possible, et, je le répète, notamment sur les questions d'éthique. Je pense que le milieu médical est en grande réflexion et je pense que nous avons besoin de tribunes comme l'INES pour discuter de ces questions-là.

Ceci étant dit, dans la réalisation des choses — parce que la volonté de faire est une chose, mais elle se traduit souvent dans l'action — dans la réalisation de l'INES, est-ce que le ministre de la Santé pourrait nous faire part de son échéancier et de son calendrier de réalisation pour qu'on puisse suivre les travaux de M. Castonguay de façon plus efficace?

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

M. Couillard: Bien, il faut commencer par effectivement le processus du rapport de M. Castonguay ou de la proposition de M. Castonguay pour la réalisation de son mandat. J'ai indiqué tantôt que septembre devait être pour lui l'occasion de nous présenter un document

préliminaire; décembre, une opinion définitive. Donc, pendant ce temps-là, c'est sûr que le ministère, fidèle à ses habitudes, est toujours en mouvement et en travail. D'ailleurs, il y a des échanges continus. Dès la réception du document préliminaire, il y aura déjà début d'élaboration d'un squelette de mémoire, d'un squelette de projet de loi qui sera enrichi jusqu'à ce qu'on se dirige vers décembre. Là, il doit y avoir une décision gouvernementale, parce que tout ce travail-là est ministériel, mais la décision, comme le député le sait très bien, la décision de déposer un projet de loi est une décision gouvernementale, du Conseil des ministres, du Conseil exécutif, qui statue sur la forme finale du projet de loi qui est déposé. Normalement, ça devrait se faire, ce dépôt, à la session de printemps 2009.

Donc là, il y a deux hypothèses: soit que le projet de loi est adopté au printemps 2009, soit qu'il ne l'est pas. S'il ne l'est pas, ça va à l'automne. Je pense qu'on a... Au moins, je crois que nos deux partis voudront voir naître cet organisme le plus rapidement possible. Donc, il y a une bonne chance, si on réussit à trouver un terrain d'entente, qu'on puisse adopter le...

Faisons l'hypothèse d'un projet de loi adopté au printemps 2009. À ce moment-là, on a besoin de l'été pour structurer les équipes. Regardez, le Commissaire, le temps que ça a pris pour qu'il naisse véritablement; ça a été assez long. C'est peut-être un peu moins compliqué parce qu'il n'y a pas de forum de la population et de processus semblable ici. Donc, moi, si on veut être réaliste, là, et pour que l'organisme soit pleinement fonctionnel, moi, je mettrais ça début 2010. Si on veut être réaliste. C'est sûr qu'on peut dire: Le projet de loi est adopté, le lendemain le processus commence. Mais soyons réalistes, là.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Je suis prêt à céder la parole au deuxième groupe de l'opposition et le député de Marie-Victorin.

Initiatives du gouvernement fédéral en matière de santé et de services sociaux (suite)

M. Drainville: Merci, M. le Président. D'abord, j'aimerais revenir sur les propos du ministre à la fin de la première session de l'étude des crédits, hier, lorsqu'il a fait une apologie enthousiaste des différentes initiatives du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé. À l'écouter parler, M. le Président, c'était à croire que le ministre de la Santé avait une conception très unitaire du Canada et que ça ne le préoccupait pas ou ne l'inquiétait pas du tout de voir le gouvernement fédéral intervenir allègrement dans le domaine de la santé, alors que la Constitution canadienne prévoit qu'un certain nombre de compétences appartiennent aux provinces. Et visiblement, M. le Président, il s'inspire de la pensée de Pierre Trudeau pour nous arriver avec cette conception, n'est-ce pas, qui pourrait à la rigueur mener le gouvernement fédéral à assumer la totalité...

M. Couillard: Question de règlement! J'aimerais qu'on m'apporte immédiatement un oeillet pour ma boutonnière.

M. Drainville: ...la totalité... Visiblement, M. le Président, il n'a aucune difficulté à cautionner ces initiatives

fédérales dans le domaine de la santé. Alors, je vais l'inviter, M. le Président, à méditer sur un extrait du livre de Pierre Trudeau, *Le fédéralisme et la société canadienne-française*, parce que Pierre Trudeau n'a pas toujours été, M. le Président, le centralisateur qu'il a été lors de ses années au gouvernement. Il a dit ceci à propos du nécessaire respect des champs de compétence et du partage des pouvoirs, dans son article intitulé *Les octrois fédéraux aux universités*. C'est tiré du livre donc *Le fédéralisme et la société canadienne-française*. Voyez ce que Pierre Trudeau disait, M. le Président: «La condition fondamentale de la démocratie représentative est une claire attribution des responsabilités: le citoyen qui désapprouve une politique, une loi, un règlement [...] un régime, doit savoir avec précision qui en sont les auteurs afin de pouvoir leur en tenir rigueur — leur en tenir rigueur — lors des élections subséquentes.»

Alors, j'invite, M. le Président, notre ministre de la Santé à méditer là-dessus, parce qu'actuellement ce qui se passe depuis quelques années déjà, c'est que la santé, dont nous sommes responsables à titre de gouvernement québécois, donc l'Assemblée nationale est responsable, eh bien, la santé, elle est de plus en plus financée par toutes sortes de façons par le gouvernement fédéral. Et, à un moment donné, M. le Président, c'est l'édifice démocratique qui est remis en question par ces ingérences-là, parce que ça va être de plus en plus difficile pour le citoyen de décider, s'il veut sanctionner la gestion en matière de santé, ça va être de plus en plus difficile de savoir s'il doit sanctionner au niveau des élections provinciales, au niveau des élections québécoises, ou lors des élections fédérales parce que le fédéral, on l'a démontré hier, je pense, met de plus en plus d'argent dans le secteur de la santé, et, à notre grande surprise, M. le Président, le ministre de la Santé s'en réjouit.

J'espère, M. le Président, que, si jamais il décide d'être candidat au leadership du Parti libéral, j'espère qu'il relira les écrits de Robert Bourassa, de Jean Lesage, de Claude Ryan, qui ont toujours été des défenseurs du partage des pouvoirs, qui ont toujours pensé qu'en régime fédéral il fallait qu'effectivement chacun des niveaux de gouvernement prenne ses responsabilités et assume le financement qui vient avec ces responsabilités-là. Alors, plutôt que de cautionner avec enthousiasme...

C'est bien juste, M. le Président, s'il ne s'est pas levé debout pour se satisfaire de ces nombreuses ingérences. J'espère, M. le Président, qu'il va reconsidérer sa conception du fédéralisme, et qu'il va revenir à une conception, je dirais, beaucoup plus saine du partage des pouvoirs, et qu'il va nous dire à l'avenir, quand il aura bien réfléchi, qu'il pense qu'effectivement la santé est un domaine de responsabilité québécoise, et que le financement de la santé doit être exercé par le gouvernement québécois, et qu'il ne faut surtout pas se réjouir du fait que de plus en plus le fédéral prend son pouvoir fédéral de dépenser et investit ce champ de compétence. Parce que c'est, M. le Président, le pacte originel de 1867 qui est en train d'être grignoté morceau par morceau.

Et, nous, de notre point de vue à nous, on souhaiterait que les Québécois aient la pleine souveraineté sur leurs affaires. Mais, en attendant que les Québécois aient décidé de le faire, il faut à tout le moins protéger le partage des pouvoirs de 1867 et ne pas se réjouir du fait que nos champs de souveraineté, en matière de santé en

particulier, soient de plus en plus investis et envahis par le gouvernement fédéral, un gouvernement où, on le sait... un Parlement en fait fédéral où, on le sait, nous ne sommes pas majoritaires, nous sommes minoritaires. Bon.

Intégration du Centre hospitalier de Lachine au Centre universitaire de santé McGill

Et ça m'amène à parler, bien entendu, M. le Président, de la conception qu'a le ministre de la Santé de la société québécoise à l'intérieur du Canada et ça m'amène en particulier à lui poser la question de sa conception de la société québécoise comme société francophone majoritaire. Et là on a un bel exemple, M. le Président, le ministre de la Santé a une belle occasion de nous montrer un peu quelle conception il se fait du Québec comme société majoritairement francophone dans le dossier de l'Hôpital Lachine.

● (10 heures) ●

Dans le dossier de l'Hôpital Lachine, M. le Président, je vous rappelle qu'on fait face à un hôpital essentiellement francophone — ce sont les mots mêmes du ministre — qui vient d'être intégré ou qui sera intégré dans un hôpital, dans une institution qui est bilingue. Et, moi, la question que je veux poser au ministre de la Santé, c'est: Est-ce qu'il a l'intention de mettre en oeuvre des mesures concrètes, formelles, à caractère légal et juridique, qui vont nous permettre de protéger le caractère francophone de l'Hôpital Lachine?

Et je lui rappelle, je lui rappelle, la résolution qui a été adoptée par l'Agence de santé de Montréal, le 11 mars dernier, qui prévoit... Alors, dans cette motion, il est dit: «...l'engagement — on parle de l'engagement du CUSM — du Centre universitaire de santé McGill de conserver les services de l'Hôpital de Lachine et du Centre d'hébergement Camille-Lefebvre en français et de conserver un milieu de travail en français pour l'ensemble du personnel de ces installations.» Est-ce que le ministre a l'intention de mettre en oeuvre ces belles intentions? En particulier, je voudrais savoir: Est-ce que l'entente, l'entente qui prévoit la mise en oeuvre de la convention de prise en charge, est-ce que cette entente-là, elle a été soumise, comme il se doit, au Conseil des ministres? Parce qu'il est clair, dans cette résolution qu'on a ici, dans ce procès-verbal qu'on a ici, il est clair que l'entente finale concernant l'Hôpital Lachine doit être déposée au Conseil des ministres, M. le Président?

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

M. Couillard: Bien, la réponse à cette dernière question: il saura quand le Conseil des ministres annoncera ses décisions. Et il sait très bien que ces décisions-là sont confidentielles... ou les processus sont confidentiels, de même que les horaires.

Initiatives du gouvernement fédéral en matière de santé et de services sociaux (suite)

Maintenant, je vais faire comme lui, je vais faire le long préambule pour terminer avec l'Hôpital de Lachine. Parce que c'était passionnant d'entendre le député de

Marie-Victorin. S'il y a des vrais indépendantistes à l'écoute, là, ils viennent d'avoir la confirmation que le Parti québécois a abandonné l'idéal de l'indépendance du Québec. Ce qu'on vient d'entendre, c'est un plaidoyer pour le fédéralisme renouvelé, et on est d'accord, on est là-dedans également. Mais c'est très clair, on le voit avec le glissement de la chef de la deuxième opposition, on le voit avec ce genre de propos, qui sont d'ailleurs de plus en plus tenus par les porte-parole du Parti québécois, on ne parle plus d'indépendance, on parle comment est-ce qu'on fait pour améliorer le fédéralisme canadien. C'est une évolution qui est bienvenue, d'ailleurs qui coïncide avec le changement d'évolution également de l'opinion publique, on le voit depuis quelque temps. Qu'est-ce qui a provoqué quoi? Ça reste aux militants du Parti québécois de le décider.

Maintenant, je le félicite également pour la qualité de ses lectures. C'est très bien. Il y a d'autres auteurs fédéralistes que je pourrais lui recommander également. Il y a le livre de M. Pratte récemment, passionnant. J'espère qu'il l'a parcouru, c'est vraiment très bien.

Hier, il nous faisait donc la liste des investissements canadiens en recherche. C'est une très bonne nouvelle, effectivement. Dites-moi, M. le Président, je ne me souviens pas que le Parti québécois ait jamais refusé une subvention du gouvernement fédéral en recherche. Peut-être que le député pourra nous en citer un exemple tantôt. On se rappelle également que, dans l'entente fédérale-provinciale qui a précédé celle que notre gouvernement a signée en 2004, donc qui avait été conclue par M. Landry, il n'y avait aucune condition attachée, aucune, alors que, nous, on a réussi à faire introduire le concept de fédéralisme asymétrique et le respect des juridictions.

Maintenant, je ne sais pas de quoi le député parle. Qu'il me cite un exemple, un exemple où les juridictions du Québec n'ont pas été défendues. Dans toutes les propositions fédérales, l'aboutissement des discussions est toujours le même: le Québec récupère l'argent... ou la part de l'argent qui lui revient en appliquant ses priorités, ses choix à l'intérieur de son propre système de santé. Et encore une fois j'ai beau fouiller ma mémoire, là, je ne me souviens pas qu'on ait refusé à l'époque des subventions de recherche. Est-ce que le deuxième parti de l'opposition considère que la recherche n'est pas de juridiction du gouvernement fédéral également? Je ne crois pas, sinon à l'époque ils auraient refusé les subventions, de la même façon qu'ils ont refusé de s'intégrer à Inforoute Santé Canada, ce qui a entraîné un retard considérable dans l'informatisation du réseau de la santé.

Intégration du Centre hospitalier de Lachine au Centre universitaire de santé McGill (suite)

Venons-en donc à l'Hôpital de Lachine, au Centre hospitalier de Lachine, qu'on aura réussi à sauver malgré les efforts de ceux qui nous ont précédés pour le détruire. Parce que ce qui s'est produit à Lachine — puis, si mon collègue le député était là, il lui raconterait l'histoire de la fermeture de six ou sept hôpitaux à Montréal, dont l'Hôpital général de Lachine, les coupes budgétaires, les appauvrissements des établissements hospitaliers: un établissement qui était à l'agonie, M. le Président, quand nous sommes arrivés en 2003, 2004, 2005, une crise d'ailleurs qui dure depuis 10 ans au moins, qu'on a réussi à sortir

de l'ornière, dans lequel on a réintroduit, après une crise très difficile, le transport ambulancier et qui s'apprête maintenant à franchir une nouvelle étape, qui est une étape bienvenue, en passant, sur le terrain. Il faudrait qu'il aille sur le terrain un peu rencontrer les maires, qui sont des bons francophones comme lui et moi et qui sont très contents de ce qui se produit actuellement; les médecins, également, du comité de transition, qui sont très heureux de ce qui se passe actuellement; le conseil d'administration, peuplé de Québécois aussi, qui ont accepté à l'unanimité la proposition qui sera effectivement éventuellement annoncée par le gouvernement et confirmée.

Ce dont il est question avant tout, M. le Président, et on a tendance à l'oublier — d'ailleurs il n'en a pas parlé une fois dans son plaidoyer — ce sont des malades qui veulent être traités par des médecins, des malades québécois qui veulent être traités par des médecins québécois, un établissement de santé québécois qui veut être assisté et qui sera assisté par un établissement de santé québécois qui en plus est affilié à une des meilleures facultés de médecine au monde. Dans n'importe quelle autre juridiction, ce serait déjà une excellente nouvelle. Comme d'habitude, dans tout problème, le Parti québécois en fait un enjeu linguistique identitaire. C'est la même chose. C'est pour ça qu'ils ont échoué en santé, parce qu'ils ne sont pas capables d'analyser les problèmes de société du Québec dans un prisme autre que celui-là. C'est impossible. Ça revient toujours, un jour ou l'autre, à ça.

Alors, effectivement, il y aura une entente qui va être entérinée, mais ça va être fait parce que nous aurons mis fin à cette saga et à cette difficulté de l'hôpital, du Centre hospitalier de Lachine en protégeant complètement, complètement le milieu de travail et les soins par rapport à ce qu'ils sont actuellement.

Je rappelle, en passant, au député que l'Hôpital de Lachine sert actuellement une clientèle anglophone et francophone, majoritairement francophone, mais en nombre substantiel anglophone également, elle les sert et elle va continuer de les servir. L'environnement hospitalier va demeurer francophone, de même que le milieu de travail. Il y aura un degré d'autonomie, il y aura un CMDP indépendant, il y aura une clause de révision qui permettra, après deux ou trois ans, de faire la revue de ce qui est arrivé et de déterminer si, oui ou non, il faut continuer l'expérience. En fait, c'est un succès, c'est un grand succès dont on est très fiers parce qu'il s'agissait d'un problème extrêmement compliqué, extrêmement compliqué, qui avait été d'ailleurs causé... On le sait, je l'ai résumé, je ne recommencerai pas à énumérer les causes.

Encore une fois, c'est un problème québécois résolu par les Québécois. Je ne sais pas si on est capables... J'ai déjà eu de la difficulté avec le Parti québécois, dans un mandat précédent, à leur faire dire ici, en commission — ça avait pris 15 ou 20 minutes, je crois, de débat — à leur faire dire, comme ça, explicitement: Le centre hospitalier de l'Université McGill est un établissement hospitalier québécois, la Faculté de médecine de l'Université McGill est une institution d'enseignement québécoise. Voyons si on pourra obtenir cette affirmation immédiatement et clairement de la part du Parti québécois.

Donc, en conclusion, M. le Président, une excellente nouvelle, excellente nouvelle pour la population, pour les malades. Il y a des malades qui veulent être

traités par des médecins, puis il y a des médecins qui vont avoir l'occasion de traiter plus de malades. En soi, déjà, c'est une bonne nouvelle. Bien sûr, on protège les questions de langue, on protège les questions d'environnement de travail et de soins, c'est naturel qu'on le fasse, et on le fera. Et avant tout, là encore une fois, on aura réussi à réparer une situation qui était extrêmement compliquée et, je dirais, fortement endommagée, au point même où on a failli perdre cet hôpital-là.

On a failli perdre le Centre hospitalier de Lachine. Il y a eu une période de quelques mois où il y avait, dans les enjeux possibles, la transformation dans un centre ambulatoire, sans aucune activité hospitalière, parce qu'on ne trouvait plus de médecins. On ne trouvait plus de médecins, pourquoi? Parce que l'endroit avait été déshabité, en termes d'institution de santé, au cours des années qui ont précédé. On a réussi à renverser la vapeur, à rétablir la présence de médecins.

Puis là on a des médecins québécois, c'est quelque chose, on a des médecins québécois qui disent qu'ils vont aller aider leurs collègues, on a un hôpital québécois qui dit qu'il va aller aider un autre hôpital québécois, puis on en fait un problème. Ça me semble assez étroit comme vision. Et d'ailleurs ça confirme ce que beaucoup reconnaissent maintenant.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Oui, M. le Président. McGill est un hôpital québécois, on n'a aucun problème à dire ça, là. Plus ça va, M. le Président, plus notre ministre de la Santé fait de la politique... de la petite politique, là. Je pense que, sur la question des droits des francophones de l'Ouest-de-l'Île de Montréal, je pense qu'il y aurait moyen, M. le Président, de s'élever un petit peu, là. J'invite le ministre de la Santé à le faire, là, à s'élever un petit peu, là, au-dessus de la partisanerie, là, puis à nous dire, là, concrètement quels sont les moyens qu'il va prendre pour s'assurer que les droits des francophones de l'Ouest-de-l'Île soient protégés, là. Il vient de nous parler, là, qu'il y aurait une entente qui serait entérinée, avec un CMDP indépendant et une clause de révision. Est-ce qu'il peut nous dire, cette entente-là, quand a-t-il l'intention de l'entériner?

● (10 h 10) ●

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

M. Couillard: Quand le Conseil des ministres l'entendra et l'entérinera, M. le Président.

M. Drainville: Est-ce que le ministre sera bientôt prêt à la proposer au Conseil des ministres?

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

M. Couillard: Probablement.

M. Drainville: Et, la clause de révision, vous avez parlé de deux à trois ans, M. le ministre. Pour nous, deux à trois ans, c'est beaucoup trop peu. Il faudrait donner plusieurs années de plus pour s'assurer que l'expérimentation ou l'expérience de Lachine au sein du CUSM... pour qu'on puisse vraiment se faire une idée si elle fonctionne ou pas.

M. Couillard: Bien, je veux bien mettre 10 ans, M. le Président.

M. Drainville: Très bien. C'est déjà un progrès. Pourquoi ne pas accepter, M. le Président, pourquoi le ministre n'accepte-t-il pas que l'Hôpital Lachine ait son propre conseil d'administration? Ce qui nous permettrait de nous assurer que la communauté, les médecins, les gens qui travaillent au sein de l'hôpital et les élus municipaux éventuellement, le comité qui milite depuis des années pour préserver l'avenir de l'hôpital, le comité de relance, et tout ça, pourraient siéger sur ce conseil d'administration et s'assurer à la fois de la bonne qualité des soins et du maintien du caractère francophone de Lachine.

Parce que le ministre, M. le Président, essaie de dire que... Enfin, il affirme que la question des soins et la bataille pour le maintien du caractère francophone ne peuvent pas se faire en même temps. C'est très curieux M. le Président, comme conception des choses. Il a l'air à dire que, de se battre pour la langue française à l'Hôpital Lachine, ça met en péril la qualité des soins à l'Hôpital Lachine. C'est très, très curieux comme conception, ça, M. le ministre. Alors, sur le conseil d'administration autonome, pourquoi êtes-vous fermé à cette idée-là?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, c'est le contraire, moi, j'ai parlé des deux, là. J'ai parlé des soins aux patients d'abord et avant tout, puis également j'ai parlé de la langue française. Moi, je n'ai pas entendu tantôt, dans sa première intervention, le député parler des patients, des malades qui ont besoin de soins. Pourquoi? Parce qu'encore une fois c'est toujours ça, on en revient à ça, on tasse la substance puis on en vient toujours à ces éléments-là, et ça explique bien des choses du passé.

Maintenant, ce n'est pas une question de structure administrative ce qui se passe ou ce qui s'est passé à l'Hôpital Lachine, c'est une question de masse critique. Il n'y a tout simplement plus assez de patients puis plus assez de médecins, comme c'est là, dans cet hôpital-là, pour qu'il fonctionne de façon autonome, totalement autonome.

Prenons l'exemple des blocs opératoires. On a des blocs opératoires qui sont sous-utilisés, pas parce qu'on manque de personnel. Par rapport à d'autres situations ailleurs, ici il y a du personnel qui est disposé à faire plus de chirurgies dans ces salles d'opération là. Mais ce n'est pas vrai qu'on va dire à l'hôpital, aux chirurgiens de l'hôpital, du Centre universitaire de santé McGill: Écoutez, restez là-bas, là, puis, quand on aura, le lendemain, du temps opératoire pour vous, on va vous téléphoner, vous viendrez opérer. Ça ne fonctionne pas comme ça, une pratique médicale puis une pratique hospitalière. Alors, il faut donc absolument que le programme opératoire, que la planification administrative de l'établissement soit faits à travers les équipes médicales qui vont aller y participer puis à travers la structure administrative qui va le faire. La structure administrative, ce n'est pas un problème, il y aura des répondants pour s'occuper des problèmes spécifiques de ce centre hospitalier là.

Vous savez, c'est curieux, ce débat-là aussi parce que, là, j'entends le député s'inquiéter — puis il a raison, il faut s'inquiéter puis il faut le surveiller — de la question du français à Lachine, mais, de l'autre côté, il y a des

gens dans la communauté anglophone qui craignent que l'intégration de l'Hôpital de Lachine affaiblisse le caractère anglophone de l'institution. Alors, vous voyez dans quel monde on est, encore une fois dans un monde d'équilibre, puis, l'équilibre, on l'atteint ici très bien.

Alors, ce n'est pas une situation où il y a un hôpital complet, déjà en place, avec une masse critique de médecins et de patients. C'est un établissement qui actuellement survit à peine dans son état actuel et qui va survivre et même se développer, parce que qu'est-ce qui va arriver maintenant? On va avoir de l'enseignement de la médecine à cet endroit-là. On va avoir une résonance magnétique. On va avoir un programme chirurgical complet. On va avoir des liens scientifiques avec encore une fois une des facultés de médecine les plus réputées au monde. On a, à Montréal, deux universités qui sont parmi les 100 premières au monde. Sauf erreur, je pense que McGill est la 12e, hein? Alors, c'est assez paradoxal, je ne connais pas, là, d'autres juridictions où ce genre de situation là causerait un soupçon même de mauvaise nouvelle. C'est curieux, hein? Il faut qu'on soit rendu à une façon très particulière de pervertir les débats.

Bien sûr, on va s'assurer du français. Mais quelle bonne nouvelle, quelle excellente nouvelle pour le Québec! C'est quoi, la... Le député parlait de la vision du Québec. La vision du Québec, c'est également des gens qui travaillent ensemble, qui collaborent, qui s'ouvrent les uns aux autres, pas une vision où les gens restent chacun de leur côté, où on les étiquette. D'ailleurs, avec le projet de loi de la chef de la deuxième opposition, c'est ce qu'on a voulu faire, on étiquette les gens: parle français, citoyen; ne parle pas français, pas citoyen. C'est la même logique toujours. Nous, on est pour que les gens soient ensemble, travaillent ensemble, collaborent ensemble, puis ici, au service des patients, quelle belle façon de le faire, toujours dans le respect de nos principes, dont celui de la langue commune, qui est le français au Québec, mais également en se rappelant, en se rappelant, M. le Président, qu'il y a, je crois — 40 %, à peu près? — ...

Une voix: ...

M. Couillard: ...40 % du bassin de desserte qui n'est pas constitué de francophones à cet hôpital, actuellement.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met fin à ce bloc.

M. Drainville: Il me reste combien de temps?

Le Président (M. Kelley): Vous avez pris 21 minutes. Alors, le bloc est fini.

M. Drainville: Est-ce que je peux poser une dernière question qui sera prise sur mon prochain bloc?

Le Président (M. Kelley): Non. Je pense que je vais céder la parole à ma droite, parce que le bloc est... On essaie de garder ça...

M. Drainville: Est-ce que je peux demander le consentement de l'assemblée pour poser une dernière question qui m'enlèvera du temps sur mon prochain bloc? Ça m'éviterait de revenir sur le dossier, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): O.K. Parfait? Consentement. Dernière question, rapidement, s'il vous plaît.

M. Drainville: M. le ministre, vous avez parlé du CMDP et de la clause de révision. Est-ce qu'il y aura autre chose, dans cette entente, qui permettra de protéger le caractère francophone de Lachine pour l'avenir? Par exemple: protection des unités d'accréditation pour s'assurer que le critère de bilinguisme ne devienne pas un critère d'embauche. Est-ce qu'il y aura d'autres outils, disons, dans cette entente?

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

M. Couillard: M. le Président, ce n'est pas aujourd'hui qu'on va donner les détails de cette question-là. Ce sera connu lors de la décision du Conseil des ministres. La décision sera alors prise et sera exécutoire.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Avant de céder la parole à mon collègue de Laurier-Dorion, moi, je vais prendre le temps sur le côté ministériel juste de dire poliment au député de Marie-Victorin: Moi, j'étais là il y a 15 ans, au moment de la fermeture de l'Hôpital général Lachine, et je veux juste l'inviter de lire les assurances de Jean Rochon à l'époque à la communauté anglophone. Parce qu'ils ont perdu un hôpital dans l'échange, et l'Hôpital Lachine est le résultat de la fusion entre l'ancien Hôpital Saint-Joseph et le Lachine General Hospital. Il y avait des assurances que le nouvel Hôpital Lachine sera là pour avant tout la communauté francophone, qui est très importante, mais également pour la communauté anglophone, très importante, de la ville de Lachine.

Alors, je veux juste vous inviter de revenir dans l'histoire. Il y avait beaucoup d'assurance qui a été faite par le ministre de l'époque envers les communautés anglophones, qui étaient profondément touchées par le nombre d'hôpitaux qui étaient fermés par le Dr Rochon à l'époque. On pense au Queen Elizabeth, on pense au Reddy et les autres hôpitaux qui ont été fermés, le Jeffery-Hale également, ici, à Québec. Alors, c'est une communauté où plusieurs des institutions qui émanaient de la communauté anglophone... Ça ne veut pas dire qu'ils sont des hôpitaux anglophones, ils sont des hôpitaux québécois qui servent l'ensemble de la population. Mais il y avait certaines assurances qui étaient prises à l'époque envers les anglophones de Lachine pour s'assurer que la nouvelle institution, l'Hôpital de Lachine, va avant tout desservir la population francophone, mais, qu'il y a un élément très important de la population dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal qui tourne vers l'Hôpital de Lachine, donc qu'il y a une composante importante de la langue anglaise aussi dans la clientèle desservie par cet hôpital.

Sur ça, je suis prêt à céder la parole à mon collègue député de Laurier-Dorion.

Bilan de l'implantation des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseaux

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. Alors, bonjour à mes collègues. Je n'étais pas ici, hier, pour le début de vos travaux. Je salue le ministre et son entourage, vous, M. le Président, et mes collègues des deux oppositions et du parti ministériel.

Ma question va porter sur le bilan de l'implantation des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseaux. Évidemment, M. le Président, on sait qu'afin de désengorger les urgences l'accessibilité à des services de première ligne est essentielle. Les groupes de médecine de famille et les cliniques-réseaux répondent de plus en plus à cette demande de soins de première ligne. Connaissant l'importance de développer ces groupes de médecine de famille et les cliniques-réseaux, le ministre peut-il nous dresser un portrait de leur implantation et nous expliquer leur rôle complémentaire dans la dispensation des services, s'il vous plaît?

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

M. Couillard: Merci, M. le Président. Il s'agit d'un... D'ailleurs, ça fait partie des chantiers de... suite du rapport Castonguay, l'accès aux médecins de famille, qu'on avait également touché dans les négociations avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et auparavant par le déploiement de ces structures-là, qui sont d'ailleurs une création de l'époque du Parti québécois, les groupes de médecine de famille. Vous voyez, moi, je suis généreux, je suis capable de dire aux gens qu'ils font des bonnes choses. Ce qui est malheureux cependant, c'est qu'il n'y en avait que 17, pas 40, il y en avait 17 quand on est arrivés, en avril 2003, puis il n'y avait pas de crédits disponibles pour en accréditer d'autres. Alors, on a donc procédé sur une formule qui était une bonne idée. Je pense, c'est, quoi, c'est 2001 que la formule a été... 2001.

● (10 h 20) ●

Une voix: 2001-2002.

M. Couillard: Maintenant, tu sais, je ne lance pas nécessairement la pierre, là, ce n'est pas facile de démarrer quelque chose, tu sais, au début, avec les fédérations médicales, ce n'est pas évident, j'en sais quelque chose, là. Que ça ait pris quelques mois puis même deux ans pour se rendre à 17, ce n'est pas beaucoup, là, mais compte tenu de l'évolution des mentalités, on n'en est pas surpris. Mais la progression s'est faite par la suite.

Puis je veux juste rappeler aux collègues des trois partis que le gouvernement ne décrète pas des groupes de médecine de famille, le gouvernement ne peut pas dire: On va former, cette année, on va accréditer, cette année, 60, 80, 82, 44 groupes de médecine de famille, parce qu'il faut qu'il y ait des projets auxquels les médecins acceptent de participer qui soient présentés. Actuellement, il n'y a aucun projet de groupe de médecine de famille qui est rejeté sur des bases de crédits disponibles ou de budget. Tous les groupes qui sont jugés satisfaisants sur le plan de la formule — d'ailleurs on veut faire évoluer la formule avec les médecins omnipraticiens du Québec — tous ces groupes-là sont accrédités.

Il y a actuellement, M. le Président, aux dernières nouvelles, 157 groupes de médecine de famille accrédités, il y a plus de 1 million de Québécois qui sont déjà inscrits. Ce n'est pas rien. Il en faut plus, mais c'est quand même bien, une masse critique de patients qui est quand même bien. Il y en a sept qui sont en processus d'accréditation, et 45 projets ont été envoyés. Alors ça, ça montre le rythme de préparation des projets sur le terrain.

Pourquoi ça n'arrive pas plus vite que ça? On aimerait tous qu'il y en ait plus, on aimerait ça qu'il y ait

90 projets en préparation. Bien, c'est parce que la formule même, ce qui va me permettre de répondre au collègue, la formule même du groupe... Vous voulez que je répète les chiffres? M. le député, vous voulez que je répète les chiffres?

Une voix: ...

M. Couillard: C'est 157, sept en processus d'accréditation, 45 en préparation. On sait qu'ils sont en préparation dans la région.

Alors donc, on a ces formules qui se développent. Pourquoi on voudrait qu'il y en ait plus? Pourquoi il n'y en a pas plus rapidement et plus vite? Encore une fois, c'est que les médecins doivent déposer un projet. Puis il y a des obligations pour les médecins, dans ces formules-là; ce n'est pas quelque chose qui est gratuit. Ça a été voulu comme ça, puis c'est une bonne chose.

Qu'est-ce que c'est, un groupe de médecine de famille? C'est un groupe de médecins en nombre suffisant qui acceptent de prendre la responsabilité de suivi et de prise en charge d'une population inscrite, 15 000 personnes en moyenne par groupe de médecine de famille — puis on verra tantôt, dans nos discussions, comment on peut faire évoluer cette formule-là — et qui s'engagent également, qui s'engagent à leur donner une disponibilité d'accès continu pour éviter que ces gens-là aient à avoir à aller à la salle d'urgence.

D'ailleurs, je ne sais pas si les députés ont remarqué, il y a une légère chute de la clientèle ambulatoire dans les urgences, depuis deux ou trois ans, légère chute. C'est intéressant. Ça prouve que cette clientèle ambulatoire nécessairement va ailleurs. Alors, possiblement que le déploiement des groupes de médecine de famille a un impact là-dedans.

Ça, c'est le concept de groupe de médecine de famille. Donc, on demande cette disponibilité. En échange, en échange, il y a de l'équipement informatique et il y a du personnel infirmier, infirmières liaison, qui est fourni au groupe de médecine de famille. Mais c'est très important parce que des fois on reçoit des projets ou des ébauches de projet où on demande les avantages du groupe de médecine de famille sans nécessairement accepter de donner suite aux obligations qui y sont attachées.

La formule de clinique-réseau est une formule différente. C'est une formule que nous avons mise sur pied au cours du premier mandat du gouvernement, qui s'adresse à une population plus vaste, environ 50 000 personnes. C'est une formule qui assure à la fois la prise en charge et le repérage de personnes qui ont besoin de suivi par un médecin de famille, par exemple, notamment les plus vulnérables, mais à la fois les heures de clinique sans rendez-vous pour offrir une alternative à la salle d'urgence, avec également un accès à ce qu'on appelle le plateau technique. C'est quoi, le plateau technique? C'est, si vous toussiez, vous avez de la température, vous allez voir le médecin, bien il faut faire une radiographie des poumons, alors s'assurer qu'on trouve une façon d'avoir votre radiographie des poumons sans être obligé d'aller vous rasseoir à la salle d'urgence pour encore une fois attendre d'être vu par un médecin de l'urgence pour ensuite avoir votre radiographie des poumons. Parce que, sinon, le citoyen, il n'a aucun avantage, là, il va aller directement à la salle d'urgence. Alors, les cliniques-réseaux progressent

également bien. Je pense qu'on en a 24 actuellement, à Montréal.

Une voix: 29.

M. Couillard: 29?

Une voix: 29...

M. Couillard: 24 à Montréal, 29 au total. Ce qu'on remarque, et c'est encourageant, je pense que le député de Marie-Victorin particulièrement va être heureux de savoir ça parce que, pendant quelques années, il y a eu un retard, à Montréal, du développement des groupes de médecine de famille, on remarque deux choses, c'est qu'on est rendus à 16 groupes de médecine de famille à Montréal, deux en accréditation, neuf en préparation, donc il y a un intérêt accru pour les groupes de médecine de famille, premièrement; et, deuxièmement, souvent, les médecins maintenant font coexister les deux formules, c'est-à-dire qu'on a maintenant des GMF—cliniques-réseaux à la fois. Et souvent ce sont des cliniques-réseaux d'abord, et les gens s'approprient, les médecins s'approprient et décident qu'ils veulent également devenir un groupe de médecine de famille. Alors, ce sont des formules très intéressantes, très valables, d'ailleurs la qualité en a été confirmée par les évaluations universitaires, et qu'il va falloir bien sûr continuer à développer mais également adapter à certaines réalités — on pourra en reparler dans d'autres échanges, là — suite aux négociations qu'on a faites avec les omnipraticiens.

Le Président (M. Kelley): M. le député d'Orford.

Projet d'informatisation du réseau

M. Reid: Oui, merci, M. le Président. J'aimerais, si vous permettez, M. le Président, poser trois questions sur le sujet du Dossier santé: dans un premier temps, une question assez générale, ensuite une question sur le contrôle stratégique ou la gouvernance, si vous voulez, du projet et, dans un troisième temps, sur le contrôle des coûts.

Alors, je vais commencer par une question générale, M. le ministre. Premièrement, j'aimerais comprendre un petit peu, donnez-nous une perspective un peu historique. Premièrement, je sais que vous en avez parlé un peu, mais pourquoi est-ce qu'on a tant tardé à adhérer à Inforoute Canada? J'étais moi-même surpris, quand j'ai été... Avant d'être député au gouvernement du Québec, j'ai été haut fonctionnaire à Ottawa et j'étais surpris de voir qu'on ne bénéficiait pas ou on retardait à bénéficier de ces avantages-là. Et j'aimerais comprendre un petit peu pourquoi on a tant tardé. Et ensuite on a pris une décision. Est-ce que, M. le ministre, on est toujours aussi convaincu qu'on a pris une bonne décision en prenant cette décision-là? Et globalement est-ce que le déroulement du projet va dans la bonne direction? Est-ce qu'il y a eu des mauvaises surprises? Est-ce qu'il y a eu des changements importants? Est-ce que vous pourriez nous dresser un peu le portrait, là, globalement?

Par la suite, deux autres questions, j'aimerais qu'on aille plutôt, à ce moment-là, plus en détail dans la question de la gouvernance, donc du contrôle stratégique, et aussi du contrôle des coûts. Mais, pour commencer, de façon

générale, d'où c'est parti? Est-ce qu'on va dans la bonne direction? Est-ce qu'il y a des mauvaises surprises? Est-ce qu'il y a des changements importants?

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

M. Couillard: Bien, commençons par Inforoute Santé Canada. Je pense qu'effectivement c'est regrettable que le Québec ne se soit pas joint à cet organisme avant parce que, pendant ces années, il y a des subventions qui ont été dirigées dans d'autres provinces canadiennes plutôt qu'au Québec.

En fait, ça a eu deux impacts: ça a retardé l'informatisation du réseau de la santé du Québec puis d'autre part ça a donné lieu à une certaine anarchie sur le terrain parce que les établissements et les groupes, voyant que le gouvernement du Québec n'adhérait pas, se sont mis à faire des propositions directement à Inforoute Santé Canada, ce qui causait... ce qui a amené un développement encore une fois anarchique et non compris, dans son ensemble, de cet important projet d'informatisation.

Alors, il y a eu effectivement adhésion du Québec, avec un protocole d'entente particulier qui justement respecte les juridictions du Québec. Ce n'était pas difficile, il fallait le faire. Il aurait été très possible d'adhérer avant 2003, avec une entente similaire qui garantisse les compétences québécoises. D'ailleurs, je pense que notre collègue, l'autre jour, en parlant d'Inforoute Santé, disait qu'on adhérait à un réseau canadien. C'est totalement faux. Le dossier médical informatisé, ce n'est pas un dossier canadien. Le seul exemple dans lequel il y a une communication transprovinciale, c'est dans la santé publique, ce qui est bien naturel compte tenu des menaces à la santé publique, des épidémies et des choses comme ça. Mais le Dossier santé Québec ou le dossier médical, ce n'est pas un réseau pancanadien du tout. La beauté, c'est que le Québec peut développer, grâce à Inforoute Santé Canada, des produits ou des formules qui par la suite sont offertes aux autres provinces, la formule informatique elle-même. Mais ce n'est pas un réseau continu, du tout.

Alors, actuellement, sur 50 ententes, aux dernières nouvelles, 47, je crois, étaient signées, ou 46...

Une voix: 47...

● (10 h 30) ●

M. Couillard: 47 ententes sont signées, il en reste trois à préserver ou à continuer, à faire aboutir. Bien sûr, chaque fois, on vérifie chaque entente proposée et que la position d'Inforoute Santé Canada correspond à l'entente qu'on a signée entre le gouvernement du Québec et Inforoute Santé Canada.

Alors, de ce côté-là, évidemment, il y a un bénéfice énorme parce que le Québec maintenant, à nouveau, est vu comme un chef de file au Canada, d'abord en raison du cadre législatif qu'il a adopté, que nous allons d'ailleurs ajuster au cours de la session en cours, mais également par le fait qu'il participe de façon majeure au déploiement de l'informatisation du dossier médical avec des produits informatiques qui ont une valeur stratégique très élevée, tels que, par exemple, le visualiseur, le Dossier santé Québec et d'autres produits semblables.

Actuellement, en termes de progression, il y a, je dirais, un déploiement déjà de l'imagerie numérisée. J'étais au Lac-Saint-Jean, il y a quelques semaines, et

c'est la première région entièrement numérisée. En fait, c'est un exemple assez unique au Canada même d'une région sociosanitaire qui n'est pas informatisée hôpital par hôpital mais de façon conjointe et intégrée avec même quelques cliniques médicales. Ça permet de voir les radiographies sans film, sans négatif, sur l'écran de l'ordinateur. Le développement de ça, qui fait partie du vaste projet d'informatisation du réseau, à l'intérieur duquel se trouve le Dossier santé Québec, se fait sur tout le Québec, jusqu'en 2010. Donc, on devrait, région par région, voir ça arriver.

Je pense que l'Estrie... le député va être heureux d'apprendre que l'Estrie est la prochaine région où l'imagerie numérisée sera déployée. À Montréal, pour notre président, bien l'Hôpital du Sacré-Coeur a déjà installé le système, et tout le reste des hôpitaux de l'île de Montréal vont également développer cette stratégie-là.

On est actuellement dans la phase du projet pilote, dans la capitale nationale, qui devrait débiter ce printemps de façon progressive, et on va le suivre de façon très, très attentive. Et d'ailleurs et M. Castonguay, dans son rapport, et d'autres organismes — je pense qu'il y a le Vérificateur général, mais je ne suis pas certain du Vérificateur... oui — ont recommandé au gouvernement du Québec de ne pas déployer le Dossier santé Québec avant d'avoir fait l'expérience du projet pilote dans la capitale nationale.

Alors, je pense que c'est un dossier qui est difficile, excessivement complexe. Le député, qui est, dans ses origines, mathématicien, là, va comprendre que l'intégration de fenêtres informatiques puis de solutions informatiques aussi diverses présente un degré de complexité énorme. On ne parle pas de connecter une clinique à un hôpital, on parle d'une toile informatique panquébécoise qui permet à un citoyen de Montréal, lorsqu'il est en vacances en Gaspésie par exemple, que ses données soient disponibles pour le médecin qui aurait à le voir au cours de son séjour en Gaspésie. Alors, c'est un niveau de complexité qui est beaucoup plus élevé que ce qu'on a appris à voir au cours des dernières années, et c'est essentiel pour l'avenir du système de santé du Québec, et on va donc s'assurer que tout progresse normalement.

Et d'ailleurs, sur le plan de la gouverne et de la gestion, on a suivi des recommandations classiques là-dessus, et on sera intéressé de savoir que, dans le dernier rapport du Vérificateur général, il y a des commentaires élogieux sur la gouverne et la gestion des risques particulièrement, parce qu'encore une fois les risques sont élevés dans ce projet-là, mais je dois dire qu'il est géré de façon très professionnelle par les gens — qui sont derrière moi d'ailleurs — qui dirigent l'équipe du Dossier santé Québec.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Reid: Il reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Il vous reste cinq minutes.

M. Reid: Bon, alors, pour la deuxième question que je vais vous poser, je pense que c'est une bonne introduction, parce que justement je veux parler de contrôle stratégique. Le député de Marie-Victorin parle

souvent, quand il parle de ce projet-là, de contrôle de coûts, dépassement de coûts, et c'est effectivement un sujet très important. On n'a qu'à se rappeler deux grands systèmes, disons, informatiques, dont un a été abandonné, GIRES, GIRES qui a été annoncé à 100 millions de dollars, et, quand on l'a abandonné, c'est parce qu'on évaluait que ça allait coûter 1 milliard de dollars plutôt. Et GIRES, le Vérificateur général s'est prononcé trois ou quatre années de suite, a tiré la sonnette d'alarme au niveau du gouvernement précédent comme quoi c'était quelque chose qui semblait être devenu hors contrôle. Et en fait nous avons dû, en 2003, abandonner le projet parce qu'effectivement il y avait une impossibilité d'avoir un contrôle stratégique et de savoir où on s'en allait.

La gouvernance est donc un élément extrêmement important des projets. GIRES avait différents problèmes, mais le premier, c'était un problème de gouvernance, ce qui fait que les coûts de construction eux-mêmes n'ont pas été sous contrôle, et il n'y avait pas d'instance de contrôle stratégique pour voir à ramener le projet sur les rails. Nous avons tiré avantage de cette expérience quand nous avons remplacé le projet GIRES par un autre projet qui s'est appelé SAGIR, pour lequel le Vérificateur général, depuis deux ans, dit qu'il respecte ses échéanciers, etc., parce qu'il y a notamment un contrôle stratégique et une gouvernance très bien définie qui correspond aux règles de l'art.

Et le Vérificateur, comme le ministre disait, dans son rapport, mentionne que le Dossier santé a, lui aussi, mis en place un système de gouvernance, un système de contrôle stratégique qui tient l'eau. Sans tout lire, là, mais on dit, entre autres, dans son rapport, à la page 173: «Nous avons constaté que la structure actuelle — il parle de la structure de gouvernance — est conforme à plusieurs des principes reconnus de saine gestion.» Et le reste du paragraphe est positif là-dessus comme il l'a été pour SAGIR.

M. le ministre, moi, ce que j'aimerais, là, que vous nous disiez, c'est... Le contrôle stratégique, nous avons eu l'occasion, en commission, de parler du contrôle stratégique à partir du sous-ministre adjoint. Et d'ailleurs le Vérificateur dit que c'est extrêmement important et c'est une bonne décision d'avoir mis quelqu'un à la tête de ce projet-là, qui est à un niveau élevé du point de vue stratégique. Moi, j'aimerais savoir de quelle façon est-ce que le ministre lui-même, autrement dit, à la main haute sur le contrôle stratégique et de quelle façon est-ce que le ministre peut se sentir imputable des décisions, de l'évolution, des écarts, de ramener les écarts, etc., vis-à-vis de ce projet-là. Autrement dit, le ministre est-il le pilote de l'avion dans ce projet-là? Et comment est-ce que ça, c'est possible?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, dans la gestion de tous les grands projets, il y a d'abord une première erreur qu'il ne faut pas faire, c'est, pour l'élu qui assume la responsabilité ou l'imputabilité politique, de se déclarer de façon immédiate un expert soit en informatique soit en construction d'hôpitaux, ce que de toute évidence cette personne ne peut pas être. Il y a des erreurs classiques du passé qui s'expliquent en grande partie par ça, et on veut essayer de tout faire pour ne pas répéter les mêmes.

En général, on crée de nouvelles erreurs dans n'importe quelle structure, dans la vie, mais au moins on veut essayer de ne pas répéter celles du passé.

Donc, effectivement, il y a un bon degré d'autonomie qui est laissé à l'équipe de gestion mais également des rencontres d'information régulières au niveau du cabinet, souvent en ma présence, où l'état de progression des dossiers est annoncé, et il y a certaines orientations stratégiques qu'il faut décider. C'est particulièrement important de faire des choix. On arrive toujours à des embranchements ou des bifurcations, et il faut choisir un côté ou l'autre, et c'est ce qu'on fait.

Donc, effectivement, il y a une information continue en ce qui a trait au processus en cours, mais il faut réaliser qu'il est tout à fait inapproprié pour un élu... à moins qu'il n'ait lui-même la compétence, là. Notre collègue de La Peltrie a une formation préalable en informatique, il a été lui-même, je pense... il a travaillé lui-même dans ce domaine-là, alors, moi, je pense qu'il a, par exemple, toute légitimité pour dire, sur le plan technique: Ceci, ceci, cela, bien, je trouve qu'on devrait plutôt faire autre chose. Moi, je n'ai pas cette formation ni cette compétence, donc je dois m'appuyer sur les gens qui m'entourent, dont le sous-ministre, qui est à ma droite, et son équipe, parmi laquelle il y a Dr Simard, qui est un médecin également et quelqu'un qui a une grande importance ou une grande expérience dans l'informatique médicale.

Alors, il y a beaucoup de confiance, mais, comme je disais quand j'enseignais la médecine, la confiance n'exclut pas le contrôle. Donc, on doit avoir des rencontres fréquentes, se faire expliquer. Il faut m'expliquer souvent, à moi qui suis un peu un néophyte en termes de structure, d'architecture informatique, quels sont les choix, qu'est-ce que ça donne en pratique et qu'est-ce qu'on doit faire.

Pour juste donner une idée de la complexité, et voici comment, moi, je l'ai comprise, peut-être que le député de La Peltrie la comprend différemment, mais on a, quoi, huit solutions, huit solutions cliniques qui sont, chacune en elles-mêmes, des silos: les médicaments, les laboratoires, radiologie, etc. Et là c'est relativement, entre guillemets... ce n'est jamais facile, mais c'est relativement facile de développer chacune de ces solutions-là. Le grand défi maintenant, c'est de les intégrer dans une seule solution globale, et c'est ce que le projet pilote permet de faire et de tester.

Alors, c'est ce qu'on va commencer à déployer progressivement dans la capitale nationale, à partir du printemps, et on va suivre ça très attentivement. Comme je l'ai dit à nos deux collègues, on va le suivre également avec la Commission d'accès à l'information parce qu'il y a toute la question de la gestion du consentement qui s'est ajoutée suite au dépôt du projet de loi n° 70 et les conversations qu'on a eues à cet effet-là.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Ça met fin à cet échange. Je suis prêt maintenant à céder la parole, pour le deuxième tour, au député de La Peltrie.

Évaluation et amélioration de la performance

M. Caire: Merci, M. le Président. Je reviens aux chantiers qui ont été annoncés par le ministre dans la

foulée du rapport Castonguay. Un des chantiers... en fait, une des recommandations qui est au coeur du rapport Castonguay, je pense que le ministre va être d'accord avec moi, c'est la performance, toute l'évaluation de la performance de notre réseau de la santé, autant, bon, dans les études qui ont été publiées, qui comparent le système canadien à d'autres systèmes dans le monde — considérant que le système québécois se situe en milieu de peloton, on peut faire quand même des parallèles — autant d'autres études qui ont été annexées au rapport Castonguay et aux conclusions de M. Castonguay lui-même, où il disait que notre système de santé, eu égard à ce qu'il coûte, est sous-performant. Et c'est une conclusion qui n'a pas été rejetée par le ministre. D'ailleurs, je pense qu'il est d'accord avec ça.

Je l'ai dit d'entrée de jeu, lorsque le Commissaire à la santé est entré en fonction, un de ses premiers soucis, un de ses premiers mandats a été... ou devait être — parce qu'effectivement, moi, je l'ai rencontré au moment où il était à mettre en place, là, son organisation — l'élaboration d'outils de performance. Je constate qu'un des chantiers proposés par le ministre vise aussi à élaborer des outils de performance. Sur ce sujet-là, M. le Président, il est clair que nous sommes d'accord avec l'évaluation... avec la mise en place, c'est-à-dire, d'outils de cette nature parce que c'est fondamental. Il est impératif qu'on puisse évaluer la performance du réseau de la santé sous les différents aspects. Que ce soient les activités, que ce soient les processus, que ce soient les impacts, que ce soient les résultats, tous ces domaines-là doivent être évalués et doivent l'être d'une façon qui, autant que faire se peut, va être consensuelle.

Par contre, quand je regarde ce que le ministre de la Santé a annoncé, le questionnement qui me vient, c'est: Est-ce qu'il a mandaté d'autres personnes que le Commissaire à la santé pour élaborer les outils de performance? Est-ce qu'il s'en remet au Commissaire à la santé dans la poursuite de l'élaboration des outils de performance? Comment ça va se passer? Parce que, pour moi, c'est un peu ambigu, là, c'est un peu flou. Ou est-ce que ce que le Commissaire à la santé a commencé à faire va être transféré à d'autres personnes? Alors, je commencerais une première question, puis après ça on pourra élaborer là-dessus.

● (10 h 40) ●

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, merci, c'est un sujet... Je suis content d'ailleurs, on discute beaucoup, entre l'opposition officielle et nous, de sujets de fond, là, je trouve ça très intéressant, puis ça permet d'éclairer des compréhensions communes de certains enjeux ou parfois des différences qui sont importantes pour la population.

Effectivement, parmi les chantiers, je ne peux pas dire qu'un est nécessairement plus important que d'autres, là, c'est cinq domaines excessivement importants de transformation, mais on peut dire déjà qu'il y a des gains de performance qui ont été faits. Ce n'est pas comme si on inventait du jour au lendemain la notion de performance, il y a des... D'ailleurs, le député en connaît probablement des exemples ici même, dans la capitale, et ailleurs, de gains de performance importants. Mais ce qu'on veut, c'est bien sûr les étendre partout et les accélérer.

Donc, comment on fait pour accélérer? D'abord, il faut continuer à améliorer la performance, parce que l'erreur classique sur le plan de gestion, là, dans une situation comme ça, c'est qu'on concentre tous les efforts sur la mesure de la performance puis on arrête de l'améliorer. Alors ça, ça a l'air très fondamental, mais il faut éviter ça. Alors, il faut toujours être en mouvement, en amélioration pendant qu'on se dote d'outils de mesure.

En fait, il y a, je dirais, trois domaines. Si on regarde le concept de performance, on pourrait grossièrement le séparer en trois domaines. Il y a la performance du système au niveau national, et on peut dire même régional. Ça, c'est la responsabilité du Commissaire à la santé. C'est important. Il l'a dit lui-même et il a raison, le député de La Peltrie, il faut séparer les responsabilités, sinon tout le monde fait tout, et tout le monde fait tout en double. Alors, il faut s'assurer que chacun a son mandat dans ce domaine-là, et c'est ce qu'on est en train de faire, c'est de clarifier et d'unifier les mandats.

Donc, la mission de mesurer la performance du système de santé soit au niveau national soit au niveau régional, c'est le mandat du Commissaire à la santé et au bien-être, qui est d'ailleurs en travail là-dessus. Je pense qu'il est dans ses premiers rapports, parce que ça a été long à mettre sur pied, pour plusieurs raisons. Mais ses premiers rapports vont déjà nous éclairer sur une façon intéressante de mesurer la performance aux niveaux régional et national, où il va démontrer ce que beaucoup pressentent, mais qui va être démontré de façon, je crois, un peu plus visible, qu'il n'y a pas de corrélation directe nécessairement entre le niveau de performance et le niveau de ressources investies et qu'on peut même avoir des paradoxes assez intéressants où une région avec moins de ressources fait mieux qu'une région qui a plus de ressources. Et ça, c'est très important, parce que, dans les communications publiques qui entourent le système de santé, dès qu'il y a un problème, la réponse, c'est toujours: Bien, c'est parce qu'on manque de ressources. Alors, soyons sûrs — puis je pense que le député et son parti sont dans cette filière-là également — soyons sûrs que l'argent investi est investi de la façon la plus efficace possible. Donc, premier niveau de mesure, c'est le niveau national et régional.

Deuxième, c'est le niveau des établissements. En fait, les deux autres sont à développer conjointement entre le ministère et les établissements, à travers notamment leur association, l'Association québécoise d'établissements de santé et services sociaux, parce que, si le ministère développe unilatéralement un outil de mesure d'établissement qui n'est pas valide comme utile par les gestionnaires d'établissement, ce ne sera pas utile. Soit qu'ils vont nier sa validité, soit qu'ils vont eux-mêmes en développer un autre, puis là ça va être le capharnaüm complet. Donc, les deux outils à développer, c'est la mesure des... encore une fois, il existe des outils, il s'agit de les identifier et de les optimiser: la performance des établissements et également ce qu'on appelle les continuums de soins, parce qu'il ne faut pas juste regarder les établissements de santé. Comment est-ce qu'on s'occupe de la santé mentale dans une perspective de continuum de soins? Comment est-ce qu'on s'occupe de la perte d'autonomie? Comment est-ce qu'on s'occupe de la réadaptation, etc.?

Et il y a également des domaines plus spécialisés dans lesquels on va vouloir mesurer la performance: le cancer, par exemple, dont il a été question ces jours-ci,

la cardiologie tertiaire. Ça, c'est un domaine très riche en informations où on voit qu'il y a des différences de résultats, de niveau de complication entre les établissements et les régions, avec des ressources qui ne sont, ma foi, pas très différentes. D'ailleurs, *La Presse*, de façon intéressante, au cours des derniers jours, a jeté un éclairage à nouveau sur ce phénomène-là. C'était assez bien fait, je trouve, l'étude sur les services d'obstétrique, les maternités.

Puis clairement vous avez des établissements de santé qui sont dans des environnements budgétaires comparables et qui n'atteignent pas le même niveau de performance. Donc, on ne peut pas dire seulement: Bien, on est moins efficaces, on est moins performants parce qu'on manque de ressources. Alors, il faut nous doter d'outils de mesurer ça.

Donc, système national régional, établissements et continuum de soins; domaines spécialisés également: cardiologie tertiaire, cancer.

Un exemple, tiens, déjà fait — puis ça, je pense, ça va faire plaisir au député de Marie-Victorin parce que ça a été commencé il y a plusieurs années, sous l'ancien gouvernement libéral, et poursuivi sous le gouvernement du Parti québécois — c'est le développement du réseau de traumatologie. Le réseau de traumatologie, ça a fait l'objet de commentaires, là, dithyrambiques du Vérificateur général, là. C'est un exemple extraordinaire. On a diminué la mortalité des blessés de plus de 50 % à 8 %. Il faut quand même le faire. C'est quelque chose de majeur et c'est un exemple de mesure de performance d'un continuum de soins.

Donc, c'est la façon dont on envisage la démarche à faire. Et bien sûr on pourra également échanger avec nos collègues. S'ils ont eux-mêmes des idées, des suggestions à nous faire, des outils qu'ils connaissent qu'ils voudraient nous voir étudier, on est ouverts à toutes les suggestions. Parce que ce consensus sur la validité des outils de mesure, il faut, si possible, qu'il implique également la classe politique, c'est-à-dire que, comme les débats politiques se font sur largement des questions de perception de performance, à partir du moment où on a des outils qui sont plus efficaces pour la mesurer, il faut qu'on soit tous d'accord que l'outil est un outil valable.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Caire: Merci, M. le Président. Bon, si je résume, les outils d'évaluation de performance du réseau vont être développés par le Commissaire à la santé, les outils de performance et d'évaluation des établissements vont être développés par l'AQESSS en collaboration avec le MSSS, et les outils d'évaluation du continuum de soins, là aussi ça va être l'AQESSS avec le MSSS, là. Si je résume ce que le ministre vient de dire là, c'est exact?

M. Couillard: M. le Président, pas seulement l'AQESSS — je ne voudrais pas incommoder des gens qui liraient les galées — les autres associations qu'il est pertinent d'inclure, exemple l'Association des établissements de réadaptation, là, tu sais. Je ne voudrais pas qu'on ait l'impression, dans les citoyens qui nous écoutent ou qui liront, qu'on veut exclure certaines catégories d'établissements. Les associations qu'il est pertinent de recueillir ou d'obtenir.

M. Caire: Le ministre a en partie répondu à la question que je voulais lui poser. Parce que, bon, je ne conteste pas que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit être partie prenante, que les établissements... mais effectivement il m'apparaît que ces outils d'évaluation et de performance seront probablement très utiles pour l'ensemble des gestionnaires du réseau, mais il m'apparaît que, pour les parlementaires, ces outils-là vont être aussi très utiles. Le ministre de la Santé ne sera pas surpris si je lui dis qu'il y a des bonnes chances que, lorsque des bulletins qui émaneront de l'utilisation de ces outils-là seront rendus publics, il y a fort à parier qu'un futur ministre de la Santé et des Services sociaux devra répondre aux questions des parlementaires.

Et, d'entrée de jeu, j'ai dit qu'il m'apparaissait qu'il fallait que ces outils-là soient aussi... consensuels, pardon — je vais finir par le dire — consensuels que possible.

Donc, encore là, je vais demander au ministre, M. le Président, l'échéancier de réalisation, la procédure pour réaliser ça, parce que c'est un peu flou, et ce serait intéressant qu'on le sache, dans la mesure où on souhaite y participer.

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

M. Couillard: Bien, je pense que le député constatera que quand même, en quelques semaines, depuis la publication du rapport, ce n'est quand même pas si mal. Mais je vais céder la parole à notre collègue le sous-ministre en titre pour la question de l'échéancier.

Juste faire un bref commentaire sur le corollaire de la mesure de la performance qu'est la transparence. Parce que M. Castonguay et son groupe recommandent non seulement de mesurer la performance, mais recommande que l'on publie les résultats d'évaluation de la performance de façon très active et qu'on n'ait pas à faire des fouilles archéologiques de documents à chaque fois pour trouver, là, les dernières évaluations, ce qui sera fait, d'ailleurs. Je peux déjà dire que l'intention du gouvernement, c'est de publier les résultats de ces mesures de performance.

Mais il ne faudrait pas penser non plus qu'au Québec on est nécessairement en retard en termes de transparence et de communication de données par rapport à ce qui se fait dans le reste du pays. Je donne toujours le même exemple: aujourd'hui, si vous allez sur l'Internet, vous allez avoir un rapport de la situation des salles d'urgence dans l'ensemble des régions du Québec ou certainement les plus peuplées, là, qui sont très facilement accessibles. Faites l'exercice de trouver l'équivalent dans le reste du pays. Bonne chance! Ce n'est pas là. La publication des taux d'infection nosocomiale. On a fortement amélioré — puis on aura certainement l'occasion d'en parler au cours des débats, ici — le logiciel et la publication des résultats sur les listes d'attente de chirurgie. Je pense que c'est beaucoup plus valable, comme chiffres, ce qu'on a actuellement que ce qui était autrefois présenté.

Alors, il y a du progrès qui a été fait au niveau de la transparence, et ce qui manque maintenant, c'est de lier cette transparence à une mesure plus explicite de la performance. Ce n'est pas tout de dire qu'on a opéré 1 000 patients, il faut dire on les a opérés avec combien de ressources financières, combien de ressources humaines, développer un index qui permet de mesurer l'efficacité d'un système à l'autre. Par exemple, ce n'est pas normal

que, pour faire la même chirurgie, ça coûte trois fois plus cher dans une région que dans une autre, inexplicable... c'est-à-dire explicable, mais pas nécessairement normal.

Là, je m'excuse, je voulais juste rassurer le député, je ne veux pas nécessairement prendre son temps. Je sais que c'est l'effet que ça a, là, mais je suis comme ça, là, ça m'intéresse puis j'aime ça en parler.

● (10 h 50) ●

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Caire: Oui, M. le Président, bien, d'où...

M. Couillard: ...je n'ai pas laissé le temps au sous-ministre de parler de l'échéancier.

M. Caire: Oui, bien, c'est ça, j'allais reposer ma question, d'où l'importance d'avoir la réponse de M. Paquet.

Le Président (M. Kelley): O.K. Parfait. M. Paquet.

M. Couillard: Alors, avec consentement, là.

Le Président (M. Kelley): Avec consentement? Le sous-ministre peut témoigner? Consentement. M. Paquet.

M. Paquet (Roger): Alors, rapidement, M. le Président. Pour ce qui est du projet touchant l'évaluation de performance au sein des établissements et des continums de soins, notre objectif, c'est d'avoir complété des projets spécifiques d'ici la fin de juin pour que ces projets s'enclenchent par la suite en termes de réalisation. Nous voulons des démarches très concrètes, très opérationnelles d'évaluation de performance pour développer des outils, des standards et des démarches d'évaluation qui pourront être offerts et rendus disponibles aux autres établissements.

Très rapidement, lorsqu'on touche l'évaluation de performance dans notre réseau, on débouche sur aussi toute la question de l'organisation du travail, et nous aurons là aussi des projets de démonstration pour être capable de voir comment on peut faire évoluer l'organisation du travail pour qu'elle devienne un appui pour les éléments de performance dans notre système. Alors, d'ici fin juin, nous aurons des projets concrets, et des projets qui vont associer autant les associations d'établissements que leurs membres.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Caire: M. le Président... Merci, M. Paquet, pour les précisions. C'est important parce que, M. le Président, il est clair pour nous que notre participation à ça m'apparaît incontournable. Je ne suis pas moi-même un spécialiste de la performance en santé et je ne prétends pas l'être non plus, mais j'ai la chance d'en avoir pas trop loin, et on veut aussi s'assurer qu'on ne tentera pas de réinventer la roue.

Alors, dans ce sens-là, dans les évaluations, dans la mise en place de ce chantier, est-ce que, de façon préliminaire, le premier mandat des mandataires de ce chantier-là ne sera pas ou ne devrait pas être de regarder ce qui s'est fait, ce qui s'est fait ailleurs dans le monde? Je prends un exemple bien précis, là. *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé: principes généraux*, c'est un document extrêmement

intéressant qui est publié par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé évidemment du système de santé français, document qu'on a consulté, qui est extrêmement intéressant et qui pourrait peut-être nous faire sauver des pas. Je vais le répéter encore une fois, l'homme sage apprend de ses erreurs; l'homme vraiment sage apprend des erreurs des autres. Donc, c'est un souci qu'on a de s'assurer qu'on ne tentera pas de réinventer la roue, de s'assurer que, d'abord et avant tout, on progresse à partir de ce qui se fait de bien ailleurs.

M. Couillard: Bien, là-dessus, oui, d'ailleurs il faut toujours faire ça. Dès qu'on développe quelque chose, il faut regarder ailleurs ce qui se fait. Puis un contre-exemple de ça, c'est, je dirais, ce qui s'est passé collectivement ici, à l'Assemblée, lorsqu'on a adopté le projet de loi avec le vote de consentement d'«*opting in*». On s'est tous rendus au bout du processus législatif puis on s'est rendu compte, une fois le processus terminé, qu'on était les seuls au monde à faire ça. Bon. Il ne faut pas que ça arrive dans d'autres circonstances. Ça, je pense, c'est tout à fait justifié.

Merci de la communication de ce document-là. Je suppose qu'au ministère on l'a déjà, mais j'encourage le député à nous le communiquer. Juste l'informer du fait qu'on a créé, notre gouvernement a créé un colloque, aux deux ans, franco-québécois sur la santé. Le thème du dernier colloque, qui a eu lieu en France, était *Performance et qualité*. Donc, il y a un observatoire franco-québécois, comme il le sait, qui est dédié à l'organisation de ces colloques, entre autres missions, publication d'une revue également, et qui va certainement nous servir de lien pour échanger sur cette question-là.

Le Président (M. Kelley): M. le député, il vous reste trois minutes.

M. Caire: Trois minutes. M. le Président, je pense que, sur le grand principe de l'élaboration d'outils de performance, on va s'entendre, et il y aura certainement un souhait de participation. Maintenant, les outils de performance servent à évaluer, bien entendu, mais servent aussi à comparer. Il est clair que ces outils-là vont permettre de comparer deux établissements du réseau de la santé, par exemple, entre eux, et d'évaluer lequel des deux est le plus performant, et d'importer et exporter les meilleures pratiques.

Gestion d'établissements par des organismes privés

Ceci étant dit, hier, le ministre de la Santé et des Services sociaux a fermé la porte à ce qu'il puisse y avoir, dans le réseau de la santé, des hôpitaux gérés par un organisme privé, OSBL ou... En tout cas, il semblait dire que ce n'était pas souhaitable. Je dois dire que je trouve ça malheureux. Puis là je vois le ministre qui me fait non, puis tant mieux, parce que je vais lui poser la question, puis il aura l'occasion d'apporter la précision.

Parce qu'il m'apparaît qu'il est aussi souhaitable de comparer des modèles de gestion différents entre eux et que, si deux établissements du régime public peuvent être comparés et s'améliorer mutuellement, à plus forte raison un modèle différent, qui est le modèle de gestion

privée, qui répond à des impératifs différents que celui d'un hôpital strictement public quant à sa gestion, il m'apparaît que ça rendrait d'autant plus forts et d'autant plus pertinents les indicateurs de performance, et il y aurait un gain à mon avis extrêmement significatif pour l'ensemble du réseau de la santé. Je sais que le ministre va peut-être me trouver tannant, mais encore une fois 25 % des hôpitaux en France sont gérés par le privé, alors ce qui n'empêche pas que 75 % des hôpitaux sont gérés par le public, mais ça offre quand même un modèle différent, et de là les indicateurs de performance prennent un sens encore plus grand, encore plus fort, deviennent des outils encore plus pertinents parce que justement on peut comparer des modèles qui sont différents et qui peuvent mutuellement s'enseigner des choses.

Alors, le ministre semblait dire que j'avais mal compris lorsque je disais qu'il n'était pas très ouvert à l'idée d'avoir un hôpital en gestion privée, mais est-ce que le ministre donc est ouvert à cette possibilité-là? Et, si oui, est-ce qu'on peut penser que, dans un laps de temps court, il y aura des décisions ou des projets qui pourront être enclenchés dans ce sens-là?

Le Président (M. Kelley): Courte réponse, s'il vous plaît, M. le ministre.

M. Couillard: Bien, ouvert, oui; très ouvert, non. C'est-à-dire qu'il faut qu'on ait une raison de retirer la responsabilité de gestion à des administrateurs auxquels on fait confiance, là, et puis il faut faire du cas-par-cas. Et il faut noter, en passant, que ça a déjà été fait au Québec. Il y a déjà eu une expérience dans un hôpital, l'hôpital de Bellechasse, il y a quelques années. Je pense que c'est...

Une voix: ...

M. Couillard: ...oui, c'est effectivement, le Parti québécois qui maintenant... En tout cas, intéressant. Merci de me le rappeler.

Et le résultat a été, disons, mitigé. On verra d'autres expériences futures. Puis on n'est pas contre le principe. Moi, je ne veux pas de Griffintown, puis d'hôpitaux de 800 lits, là, puis d'hôpitaux privés, je ne veux pas ça, là, pour faire de la médecine privée. Mais de faire gérer une partie du réseau ou un établissement, pour des bonnes raisons, dans des cas particuliers, par une organisation autre que le système public, je ne suis pas contre le principe, mais il faudrait voir les raisons.

Puis notez également que la qualité des gestionnaires, là, elle n'est pas nécessairement en cause dans le système de santé, là. On aura une belle discussion à faire sur le pourcentage du budget de santé qui est affecté à l'administration, qui est beaucoup plus bas que ce que les gens pensent. Instinctivement, les gens, on a l'impression que c'est plein de bureaucrates puis d'administrateurs dans le système de santé; ce n'est pas exact. Mais qu'on puisse comparer, oui.

D'ailleurs, en passant, les 25 % d'hôpitaux gérés par le privé, en France, s'accompagnent d'un déficit égal à notre budget. Alors, tu sais, il faut quand même être prudent là-dessus. Bien oui, 16 milliards d'euros, en dollars canadiens, ça fait quasiment le budget de la Santé du Québec. Alors, la sécurité sociale est en déficit. Bien,

c'est parce que c'est un truc connu, hein, on pellette les déficits dans une autre enveloppe. C'est une technique reconnue internationalement.

● (11 heures) ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Ça met fin à cet échange. Je suis prêt à céder la parole maintenant au député de Marie-Victorin.

Dossier de santé du Québec

M. Drainville: M. le Président, compte tenu des risques élevés concernant le respect de l'échéancier du DSQ, bon, sans parler, là, des coûts qui s'ajoutent, et tout le reste, est-ce qu'il ne serait pas souhaitable, M. le ministre, de mettre en oeuvre le DSQ par morceaux? Par exemple, le profil pharmaceutique, vous avez déjà les données, pourquoi est-ce que vous n'allez pas de l'avant avec l'implantation d'un système qui permettrait aux médecins des urgences, par exemple, d'avoir le profil pharmaceutique des patients lorsqu'ils arrivent à l'urgence? Ça nous éviterait des complications, ça nous éviterait des erreurs médicales, et tout le reste.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, je suis content qu'on nous demande ça, c'est exactement ce qui est prévu. Alors, peut-être que le Dr Simard, avec consentement de l'Assemblée, qui, lui, est un expert du domaine, là, va pouvoir nous expliquer la stratégie de déploiement.

Le Président (M. Kelley): Avec consentement? Oui.

M. Couillard: Dr André Simard.

M. Simard (André): Merci, M. le Président. De fait, quand on parlait au niveau de la gestion des risques, en fait c'est le projet qui a soulevé le risque au niveau de l'échéancier. Et, dans les mesures qui ont été mises en place, il y a différents plans alternatifs qui vont nous permettre de déployer selon différents scénarios. Par exemple, quant au niveau du pilote, le premier champ d'information qu'on introduit, c'est médicaments. Et médicaments, de fait, on pourrait décider de le déployer provincialement, selon l'état d'avancement. On est en train de revoir toute la planification automne-hiver. Et il y a deux, ou trois, ou quatre scénarios alternatifs, où on prendra des décisions, septembre-octobre, là-dessus. Mais ce que vous mentionnez, tout à fait, est dans un des scénarios qu'on regarde.

M. Drainville: ...

Le Président (M. Kelley): Juste un instant, j'ai failli à ma tâche de vous bien identifier pour les fins de l'enregistrement. Juste vous identifier pour les fins de l'enregistrement.

M. Simard (André): Dr André Simard, directeur des projets, Dossier de santé du Québec.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Dr Simard.

M. Drainville: Donc, si je comprends bien, M. Simard, vous dites que vous êtes en train de regarder des scénarios alternatifs. Donc, est-ce que l'échéancier de 2010 pour la mise en oeuvre complète du DSQ à la grandeur du Québec tient toujours?

M. Simard (André): En date d'aujourd'hui, oui.

M. Drainville: O.K. Mais là ne jouons pas avec les mots, là, s'il vous plaît. Vous dites que vous regardez des scénarios alternatifs. Est-ce qu'il y a, parmi ces scénarios-là, des scénarios qui prévoient un déploiement au-delà de 2010?

M. Couillard: M. le Président, la réponse est non. Actuellement, l'équipe ne nous informe d'aucun changement à l'échéancier. S'il y en a, on les communiquera. Et c'est uniquement... c'est au contraire pour accélérer l'échéancier qu'on fait ce qu'a décrit Dr Simard. Tu sais, le député veut nous amener à faire une grande déclaration sur les échéanciers, il n'y en aura pas. Actuellement, on n'a aucune évidence que les échéanciers vont dépasser ce qui a été annoncé. Si ça change, on annoncera. Actuellement, ce n'est pas le cas.

Ce qu'on a devant nous, c'est un scénario de déploiement étagé, avec plusieurs options qui vont être évaluées à l'automne. Et, à ce moment-là, le résultat de ce déploiement différent peut être soit de conserver les échéanciers comme ils sont, soit de les rapprocher, soit de les éloigner. À ce moment-là, on le communiquera. Mais actuellement on n'a aucune évidence ou aucune information de l'équipe Dossier santé Québec en quoi les échéanciers doivent être modifiés. Mais les risques sont élevés. C'est sûr, les risques sont élevés.

M. Drainville: ...

M. Couillard: Bien oui, mais nommez-moi un projet informatique au monde où les risques ne sont pas élevés?

M. Drainville: C'est la première fois que vous l'admettez.

M. Couillard: Bien voyons donc!

M. Drainville: C'est la première fois que vous reconnaissez que les risques sont élevés.

M. Couillard: Voyons donc! Voyons donc! M. le Président, je l'ai dit à l'Assemblée, j'ai dit que c'était aussi compliqué que faire un Airbus. Tu sais, il y a des risques énormes dans ce projet-là, il y a des gros risques. Ce n'est pas pour rien que GIREs s'est planté sous le Parti québécois, il n'y avait aucune gestion de risques. Alors, ici, la gestion de risques, elle fait partie de la planification. D'ailleurs, c'est ce que le Vérificateur général note dans son rapport.

Alors, c'est la façon dont on gère ces risques-là qui est importante. Mais actuellement, sur la question des échéanciers, il n'y a aucune évidence ou aucune information de l'équipe Dossier santé Québec qu'ils doivent être modifiés. On se reverra au cours des prochains mois puis on fera le point. C'est certain qu'il y a deux éléments

majeurs, là, qui vont jouer: la réussite du projet pilote, d'une part, puis, d'autre part, des changements dans les stratégies de déploiement qui pourraient être faits à la grandeur du Québec. Mais ça, actuellement, on n'en est pas là aujourd'hui.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Sur le projet pilote, là, quand est-ce qu'on va pouvoir le voir fonctionner, là, le projet pilote? Quand est-ce que les gens qui nous écoutent vont pouvoir aller dans une clinique, là, et voir le visualiseur fonctionner, là, et voir le médecin avoir accès au dossier de santé? Quand?

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

M. Couillard: Bien, déjà, des députés de la commission, en primeur, ont eu l'occasion de voir le visualiseur.

M. Drainville: M. le ministre, s'il vous plaît!

M. Couillard: Et c'est une très bonne nouvelle, hein? Mais effectivement le projet pilote va être déployé progressivement. À partir du printemps, on déploie d'abord la solution médicaments...

Une voix: ...

M. Couillard: ... — c'est ça — sur une petite population. 3 000 ou 6 000...

Une voix: 3 000 à 6 000.

M. Couillard: 3 000 à 6 000 personnes. On fait ça pendant l'été. Pendant l'été, on continue à préparer le reste du déploiement, qui, à l'automne, prend en charge les laboratoires et également une population plus large, de même que les autres domaines. Peut-être, Dr Simard pourrait vous confirmer encore une fois, vous expliquer pourquoi on fait ça puis comment on le fait.

Le Président (M. Kelley): Dr Simard.

M. Simard (André): Encore là, pour la même raison, je pense qu'il y a une prudence où on veut déployer par étapes. Donc, l'infrastructure et médicaments, dans un premier temps. Ce qui est prévu au niveau du pilote pour printemps, c'est de fait quelques médecins, dans le territoire Saint-Vallier, à Québec, et le sous-groupe de la population couvert par le groupe de médecins de famille de ce territoire-là. Donc, on parle autour de 6 000 de population.

À l'automne, donc au retour du congé d'été, pour septembre, l'augmentation des clientèles visées, donc autour de 120 utilisateurs dans un premier temps, qu'on va augmenter selon le calendrier que la région de Québec va nous proposer. Actuellement, Québec travaille toujours sur le rythme dans lequel ils veulent aller... puis ça, c'est aussi un élément important. On est aussi dépendants du rythme que les régions veulent avoir au niveau de leur calendrier personnel. Et, pour la population, ça va être le territoire de Québec à l'automne. Donc, à l'automne, ce qu'on rajoute à médicaments, ça va être laboratoires.

Par prudence, encore là, question de gérer les risques, on n'a pas voulu amener imagerie tout de suite parce que, comme on mentionnait plus tôt, on est en déploiement massif au niveau d'imagerie pour l'ensemble de la province, puis on en a déjà 25 % de complété, et on est, là aussi, sur l'échéancier qui va nous amener à fin 2009 pour compléter la province.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Merci. Sur sept systèmes d'information qui doivent être déployés, là, sans compter celui sur la télésanté, le projet pilote prévoit le déploiement de seulement un système d'information, celui sur les médicaments. C'est un drôle de projet pilote, M. le ministre, que vous avez là, là.

M. Couillard: M. le Président, je m'excuse, là, c'est de la mauvaise foi totale, là. Tu sais, ce n'est pas ça que le Dr Simard vient de dire. Tu sais, c'est incroyable, là, déformer les propos de quelqu'un qui vient de parler. On a un professionnel qui est avec nous, qui nous explique en détail ce qu'il fait, puis, deux secondes après, qu'on dise le contraire de ce qu'il vient de dire. Voyons donc!

M. Drainville: Il vient de dire que, pour l'été, ça va être la solution médicaments qui va être déployée, puis...

M. Couillard: Et, à l'automne, l'ensemble des solutions. C'est quoi, ce qui se passe ici, là?

M. Drainville: Non, il a dit que, pour l'automne, ce seraient les laboratoires.

M. Couillard: Regardez, il n'est pas intéressé aux progrès d'informatisation du Québec, là, il est intéressé uniquement à faire des...

Le Président (M. Kelley): M. le ministre, ce n'est pas à la présidence...

M. Couillard: Alors, on va faire...

Le Président (M. Kelley): M. le ministre, ce n'est pas à la présidence d'évaluer ni la qualité des questions ni la qualité des réponses.

M. Couillard: La qualité des questions, elle est déjà connue, là.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre, je vais céder la parole au député, je pense que vous avez fait votre point. M. le député.

M. Drainville: Merci, M. le Président. M. le Président, le ministre, tout à l'heure, nous a déclaré: Le Québec est désormais vu comme un chef de file dans le dossier de l'informatisation de son réseau de santé. Dans le dernier rapport annuel d'Inforoute Canada, savez-vous où il est situé, le Québec? Quand on regarde le progrès dans les administrations publiques au 31 mars 2007, connaissez-vous le rang du Québec par rapport aux autres provinces?

M. Couillard: Vas-y, dis-le.

M. Drainville: Il est neuvième sur 10 provinces. Alors, vous jugez qu'être neuvième sur 10 c'est être un chef de file dans le dossier de l'informatisation du réseau de santé au Québec, ça?

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

M. Couillard: Une autre déformation grossière, M. le Président. Alors, c'est le président... c'est la direction d'Inforoute Santé Canada qui confirme que le Québec est à l'avant-garde de déploiement. La raison pour laquelle c'est le cas reflète uniquement le rythme de signature des ententes avec Inforoute Santé Canada. Le prochain bulletin va être totalement différent.

Mais, lorsqu'on va... parce que, nous, on y va dans le reste du Canada, ça nous fait plaisir de rencontrer nos compatriotes puis d'échanger avec eux. Lorsqu'on va dans les établissements ou dans les colloques d'Inforoute Santé Canada, je peux vous dire qu'il y a un immense respect actuellement, et je dirais même plus que du respect pour ce que le Québec est en train de faire, la façon dont le système est géré, le type de solutions qui sont proposées et que les autres provinces actuellement regardent avec intérêt. Ça ne veut pas dire qu'il ne se fait pas de bonnes choses ailleurs, mais le Québec vraiment, et par son cadre législatif et par le mode de déploiement et de gestion qu'il a choisi, suscite beaucoup d'admiration actuellement.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: M. le Président, c'est totalement inexact. Le ministre ne connaît pas son dossier. Si vous regardez le rapport annuel, ça n'a rien à voir avec la signature des ententes, ça a tout à voir avec le statut de déploiement de chacun des systèmes d'information. Il juge le statut en fonction de la catégorie Prévisions, Planification, Mise en oeuvre, Adoption ou Terminé, et, sur ces cinq catégories là, nous sommes neuvième. En fait, sur les sept systèmes d'information, il y en a seulement... il n'y en a aucun qui est en mode d'adoption ou terminé, il y en a six sur sept qui sont en mode mise en oeuvre, puis il y en a un qui est en mode planification, et c'est pour ça qu'on est neuvième sur 10 au Canada.

Et j'aimerais bien, M. le Président, poser la question au ministre: Combien d'argent Inforoute a-t-il versé au gouvernement du Québec jusqu'à maintenant pour la réalisation du Dossier de santé du Québec? Combien de millions on a reçus jusqu'à maintenant sur les 303 qu'on est supposé recevoir?

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

M. Couillard: Vous remarquerez, M. le Président, il est juste question d'attaquer le gouvernement fédéral. Il n'est plus question de patients, il n'est plus question de dossier santé, c'est juste de ça qu'on parle. Alors, si le député est intéressé à l'informatique canadienne, j'espère qu'il va aller rencontrer les gens d'Inforoute Santé Canada. Parce qu'encore une fois les gens d'Inforoute Santé Canada sont très satisfaits de ce qui se fait au Québec. Il y a un choix de déploiement au Québec qui est complètement différent de ce qui se fait dans le reste du pays, et c'est la raison pour laquelle on observe cette chose-là. Peut-être que Dr Simard, sur le plan technique, pourrait expliquer

les différences de choix au Québec par rapport à ailleurs.

M. Simard (André): Sans tomber trop dans le technique, ce qu'on déploie au Québec, c'est un dossier santé. Il y a des provinces qui ont fait le choix à date... Si vous prenez Ontario, Ontario n'a même pas commencé à déployer un dossier santé. Ontario fait des projets avec Inforoute Santé, par exemple, dans le domaine de l'imagerie médicale, dans le domaine de la télésanté, dans le domaine du laboratoire, notamment. Actuellement, les provinces... Il y a une province qui a déployé un dossier santé au moment où on se parle, c'est l'Alberta. L'Alberta a commencé, même avant Inforoute Santé, a commencé en 1999, l'Alberta a déployé un dossier santé. Il y a deux autres provinces qui ont un projet de dossier santé provincial: Colombie-Britannique et Québec.

Par la suite, vous avez des projets partiels. Dans les gens qui ont des projets partiels, il y a des gens qui ont déjà complété leurs composantes, c'est-à-dire il y a des provinces, par exemple, qui ont déjà déployé un registre «usager» ou un registre «intervenants». Mais c'est des approches qui sont totalement différentes. Ici, on a choisi de déployer un dossier santé en bloc, et nos projets sont en parallèle.

Et peut-être, sur un petit point technique. Quand on dit: Pour que médicaments soit disponible, ce que ça implique, c'est qu'il faut livrer huit des 12 composantes; pour que laboratoires soit disponible, il faut rajouter deux autres composantes, sans tomber dans le détail de ces composantes-là.

● (11 h 10) ●

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Moi, je vais donner la réponse au ministre parce que visiblement il ne la connaît pas, là. Au 31 décembre 2007, il y avait 97,7 millions de dollars qui avaient été dépensés pour le Dossier de santé du Québec et là-dessus il y avait seulement 4 millions de dollars qui avaient été versés par Inforoute Canada. Et donc ce qui se passe, M. le Président, c'est que le gouvernement du Québec actuellement paie la part qui devait être versée par Inforoute Canada, et la raison pour laquelle Inforoute Canada ne verse pas les sous, c'est que les livrables n'ont pas été réalisés, M. le Président. C'est ça, la nature même de l'entente entre Inforoute Canada et le gouvernement du Québec, c'est qu'Inforoute verse l'argent lorsqu'il y a des livrables. Et la raison pour laquelle on est neuvième, c'est parce qu'il n'y a pas de livrables, et c'est parce qu'on n'a pas de livrables qu'Inforoute Canada, au 31 décembre 2007, n'avait versé que 4 millions de dollars au gouvernement du Québec. Peut-être qu'il va m'arriver avec des nouveaux chiffres, là, mais, au 31 décembre 2007, c'est 4 millions que vous aviez reçus sur 100, tout près de 100 millions, et ça, c'est parce que vous vous traînez les pieds et c'est parce que le dossier n'est pas géré convenablement, comme le Vérificateur général nous l'a dit.

Alors, je vous repose la question: Comment vous pouvez accepter que le Québec paie actuellement la part du fédéral, hein? Il y a de l'argent qui est prévu pour le Québec par Inforoute, qui dort quelque part dans un compte de banque, puis c'est nous, les Québécois, les contribuables québécois, qui payons parce que vous n'avez pas su gérer ce dossier-là convenablement, M. le ministre.

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

M. Couillard: Alors, M. le Président, on va mettre les choses au point. Le parti politique qui a reçu zéro d'Inforoute Santé Canada, c'est le Parti québécois.

Une voix: Encore...

M. Couillard: Le parti politique qui a mis de l'argent à Toronto, c'est le Parti québécois.

Une voix: Encore...

M. Couillard: Il faut quand même réaliser... Ce qu'on entend, là, c'est une haine viscérale envers le système canadien. C'est ça qui sort actuellement. Ils ne sont pas capables de rien envisager encore une fois à travers un prisme différent: Vite, trouvons une façon de montrer que ça ne marche pas, le Canada, pour rescaper notre option défaillante, dont ils ne parlent plus d'ailleurs.

En fait, les chiffres récents, c'est près de 52 millions déjà qui sont rentrés, c'est normal, parce qu'il faut signer les ententes. Ça n'a rien à voir avec les livrables. Maintenant, le Dr Simard va expliquer comment se font les ententes de déboursés avec Inforoute Santé Canada.

Le Président (M. Kelley): Dr Simard.

M. Simard (André): Il y a un temps qui est relativement long pour en venir à une entente finale, là — puis sans tomber dans tout le processus, là — avec Inforoute santé entre le moment où il y a adoption au niveau du conseil d'administration et la signature finale.. Entre novembre passé et mars de cette année, comme mentionnait M. Couillard plus tôt, pratiquement toutes les ententes sont maintenant signées. Malgré que beaucoup de biens livrables étaient déjà faits, tant qu'il n'y avait pas de signature d'entente, Inforoute Santé ne pouvait pas verser d'argent. Les ententes prévoient qu'à la signature Inforoute verse 20 % du montant de l'entente jusqu'à concurrence des biens livrables qui sont fournis. Et de fait, actuellement, là, le montant révisé, en date d'aujourd'hui, est autour de 52 millions de dollars qui va être reçu d'Inforoute Santé.

Le Président (M. Kelley): M. le député. Il vous reste cinq minutes.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Alors, nous, tout ce qu'on tient à dire, M. le Président, c'est qu'on est très inquiets. On l'a dit à plusieurs reprises, ce Dossier de santé du Québec et le dossier des CHU, c'est l'héritage, une bonne partie de l'héritage sur lequel le ministre de la Santé sera jugé, M. le Président. Et, moi, je pense... M. le Président, il peut nous dire qu'il est rassuré, confiant, que tout va aller pour le mieux, mais, nous, nous ne le sommes pas. Et, savez-vous quoi, M. le Président? Je ne crois pas qu'il y croit. Je ne crois pas qu'il a encore cette confiance. Alors, je vais...

M. Couillard: Question de règlement.

Le Président (M. Kelley): Un instant. Question de règlement. M. le ministre.

M. Couillard: Je pense que vous connaissez très bien le règlement, je pense, vous devez le rappeler à notre collègue quant à la mise en question de la bonne foi des membres de l'Assemblée.

Le Président (M. Kelley): Effectivement, M. le député, la bonne foi se présume au Parlement et en commission parlementaire.

M. Drainville: Très bien. Merci, M. le Président. On va parler encore une fois, M. le Président, du privé, on va revenir à la question du privé dans le réseau de santé. D'abord, je tiens à dire que nous n'avons pas du tout été rassurés par les propos du ministre, hier. Lorsque je lui ai demandé: Est-ce qu'il envisagerait éventuellement d'ajouter aux hanches, aux genoux et à la cataracte la possibilité d'ajouter donc d'autres chirurgies qui pourraient faire l'objet d'une assurance duplicative?, il a été assez clair qu'il est prêt à le faire dès que les soins au sein du réseau public auront atteint un certain niveau de performance, il est prêt à envisager que d'autres chirurgies soient ajoutées aux trois qui existent déjà et qui font l'objet d'une assurance duplicative, M. le Président.

Alors ça, pour nous, ce n'est pas du tout rassurant et ça confirme les préoccupations et les inquiétudes que beaucoup, beaucoup de gens ont actuellement, au Québec, à l'effet que, malgré son beau discours sur la protection, le développement, le renforcement du réseau public de santé, il va lui-même, comme ministre, ou son successeur ou sa successeure éventuellement, ajouter à la liste des chirurgies qui pourraient faire l'objet d'une assurance duplicative.

J'aimerais lui poser la question, M. le Président. On a beaucoup parlé, on a beaucoup entendu, tout à l'heure, le porte-parole de l'ADQ et le ministre sur la question des chantiers que le ministre a mis de l'avant, mais il y a d'autres chantiers qui ont été proposés au ministre, des chantiers sur la réorganisation du travail au sein du réseau de santé. Et, nous, M. le Président... Le ministre disait, hier: Votre position sur le privé, elle n'est pas claire. Notre position sur le privé est très, très claire, M. le Président. On trouve qu'il y en a déjà suffisamment et on pense que dans certains cas il y en a effectivement trop. Par exemple, sur la question des agences privées d'infirmières, on pense qu'effectivement, plutôt que de mettre de l'argent dans des agences privées, on devrait essayer de trouver des façons de faire en sorte que nos infirmières restent au réseau public. Et, savez-vous quoi, là-dessus, M. le Président? Le ministre est d'accord avec nous, il trouve qu'il y en a trop, de privées également là-dessus. Il trouve qu'effectivement ce n'est pas normal que les établissements, les hôpitaux aillent chercher leurs infirmières dans des agences privées. Bon.

Alors, sur la réorganisation du travail, M. le ministre, pour rendre justement ce réseau public plus efficace, pour faire en sorte qu'on en ait davantage pour notre argent et pour éviter qu'on envoie dans des cliniques privées comme Rockland MD, par exemple, des chirurgies qui pourraient être faites dans les salles d'opération de Sacré-Coeur qui sont inutilisées, hein, pour éviter cela, qu'est-ce que vous prévoyez mettre en oeuvre pour justement favoriser cette réorganisation du travail à laquelle un certain nombre de groupes sont prêts à participer en toute bonne foi?

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

M. Couillard: Bien, je remercie le député. J'avais prévu que cette question me serait posée par les députés ministériels, mais, comme elle est posée maintenant, je vais être heureux d'y répondre. Effectivement, il y a plusieurs actions en cours dans le domaine de la réorganisation du travail, d'abord du côté des infirmières, et ce n'est pas terminé parce que la table va remettre son rapport final et il y aura d'autres projets par la suite qui vont s'ajouter. Il y a trois projets qui ont été lancés sur l'introduction d'infirmières auxiliaires notamment, qui a déjà eu comme impact dans plusieurs hôpitaux de diminuer le recours au temps supplémentaire, et là on veut également diminuer le recours aux agences privées. Ça n'a rien à voir avec Rockland, en passant, là. Rockland, c'est une bonne chose pour le système de santé du Québec. Et il n'y en aura pas trop, mais il va y en avoir d'abord pour les patients, qui sont opérés plus rapidement.

Maintenant, pour ce qui est du reste de l'organisation du travail... D'ailleurs, c'est intéressant, je fais un petit retour en arrière, ils n'ont jamais dit clairement s'ils sont pour ça ou pas, les cliniques associées. Ils sont mal pris parce que le député de Rousseau, avant l'élection de 2003, il a dit qu'il était pour, dans un document qui a été publié à l'époque. C'était le temps de faire des choix après neuf ans de gouvernement, alors, ils avaient dit: Bon, là, on est d'accord qu'il faudrait faire des ententes avec les cliniques privées. Ils n'osent pas se prononcer là-dessus, et c'est assez... je pense, un témoin du débat interne probablement qui doit faire rage à l'intérieur même du Parti québécois.

Mais j'ai reçu avec beaucoup, beaucoup d'intérêt l'appel public des centrales syndicales sur leur désir de participer avec nous à des travaux sur la réorganisation du travail. Et, M. le Président, j'ai moi-même rencontré les présidents, la présidente de la CSN et le président de la FTQ, au cours du mois d'avril, et déjà nous sommes au travail avec des P.D.G. d'agence, des directeurs d'établissement pour lancer, avec ces deux centrales syndicales, des projets, sur le terrain, de réorganisation du travail. Nous avons également déjà ciblé des établissements où nous allons le faire. Et j'ai noté avec beaucoup de plaisir, beaucoup de plaisir, beaucoup d'ouverture et un changement assez important, je dirais, par rapport à ce qui était historiquement perçu — je ne dis pas que c'était nécessairement la réalité, mais ce qui était perçu — de la part du mouvement syndical. Et ce que je leur ai dit, c'est que déjà j'ai fait le pari de les intégrer dans nos réflexions et nos actions, et chaque fois le pari a été gagné. On l'a fait pour les techniciens ambulanciers, avec le rapport Gauthier, et on a eu raison de faire participer les syndicats à ces travaux-là parce qu'ils sont arrivés avec des bonnes idées. On l'a fait avec la table des infirmières, qui termine actuellement ses travaux, et on a eu raison de le faire parce qu'ils sont arrivés avec des bonnes idées, en étant conscients également des finances publiques et de la nécessité du déploiement. On va le faire également avec ces deux centrales syndicales sur le terrain. Et je reçois avec beaucoup d'enthousiasme leur intérêt à participer avec nous à ces travaux-là.

● (11 h 20) ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Ça met fin à cet échange. Je suis prêt à reconnaître le député d'Orford.

M. Reid: Merci, M. le Président. J'aimerais revenir un petit peu sur donc la question du Dossier santé et sur le contrôle des coûts. Le député de Marie-Victorin a souvent parlé de contrôle de coûts. Selon son habitude, et on l'a vu tout à l'heure, là, c'étaient des accusations: se traîner les pieds, etc. On a eu droit à différentes façons de fonctionnement et de questionnement du député de Marie-Victorin, et c'est souvent... malheureusement, ce n'est pas toujours selon des données et selon des façons de faire qui sont celles qui se trouvent dans le domaine du développement des systèmes.

Sans vouloir faire un cours universitaire, je ne reviendrai pas sur mes cours de bac ou de maîtrise que j'ai donnés pendant des années là-dessus, mais j'aimerais peut-être souligner quelques éléments. Et on peut voir, à la lumière de ces éléments-là, un système comme GIRES, par exemple, qu'est-ce qui a été bien fait et qu'est-ce qui a été mal fait, un système comme SAGIR, qui remplace le GIRES aujourd'hui et qui est déjà bien avancé, qu'est-ce qui a été bien fait là-dessus et pourquoi ça fonctionne bien. Et on pourrait regarder, à la lumière de ça, un peu le système Dossier Québec et pourquoi le député de Marie-Victorin, quand il parle de contrôle des coûts, ne semble pas s'ajuster sur les bons types de coûts.

D'abord, les deux conditions fondamentales pour contrôler les coûts, c'est, la première condition, d'avoir une bonne gouvernance. On en a parlé tout à l'heure. Pourquoi une bonne gouvernance? Et je reviens un peu sur les discussions de tantôt: parce que d'abord un système informatique, surtout d'une certaine ampleur, ça comporte des risques. Est-ce qu'il y aura des imprévus? Est-ce qu'il y aura des problèmes? Ça, c'est une certitude qu'il y en aura, il y en a toujours. Qu'est-ce qui fait la différence entre un bon système, un bon développement de système et un développement de système déficient? C'est la structure de gouvernance, c'est la capacité de réagir, c'est la capacité de remettre le système sur les rails, le projet sur les rails quand il y a un imprévu, quand il y a quelque chose. Et donc, là-dessus, il est clair que la gouvernance est une condition fondamentale.

La deuxième condition, c'est la structure de coûts du système: qu'est-ce qu'on identifie comme les coûts du système, qu'est-ce qu'on oublie ou qu'est-ce qu'on met en trop. Et je ne vais pas rentrer dans des tas de détails, il y a seulement... je vais vous parler de deux catégories de système et deux sources budgétaires. Deux catégories de coûts: d'abord, il y a les coûts de construction d'un système et ensuite il y a les coûts de mise en place. Si on prend GIRES, par exemple, GIRES, les coûts de construction ont augmenté de 100 millions, où ils avaient été annoncés, à plus de 600 ou 700 millions de dollars de coûts de construction. Mais on n'avait jamais parlé des coûts de mise en place; des coûts de construction. Et, quand, en 2003, on a évalué les coûts de mise en place de GIRES, au-delà des coûts de construction, on arrivait à un montant qui était presque 1 milliard de dollars, ce qui nous a obligés à dire: On va abandonner ça et on va repartir sur des meilleures bases.

Quand on a fait SAGIR, qui a remplacé GIRES, on est arrivé à différentes étapes et on a ajouté les coûts d'implantation. Pourquoi il faut ajouter les coûts d'implantation? Parce que, quand on met en place un système, il y a de la formation, il y a des éléments à refaire, il y a des ajustements à faire avec les systèmes qui existent

déjà, etc., donc il y a des coûts importants d'implantation et qui sont souvent de l'ordre de 20 %, 30 %, 40 % des coûts totaux. Dans le contexte de GIRES, il y a... Pardon.

Le deuxième point, c'est les sources de budget. Les sources de budget pour un projet, il y a des budgets qui sont celui du projet lui-même, un budget spécifique du projet. Dans le cas du Dossier santé, on parle d'un budget de 562 millions de dollars, un budget spécifique qui est payé en partie par le fédéral, en partie par le Québec, mais il y a aussi les coûts... il y a des sources budgétaires qui sont des sources du budget régulier.

Pour illustrer un peu ça, prenons le cas de la formation lors de l'implantation. Lorsqu'on fait l'implantation d'un système, il y a des coûts qui s'ajoutent aux coûts réguliers. Par exemple, dans SAGIR, il y a des équipes qui sont là pour aller dans les ministères, et montrer aux gens des ministères, et les accompagner pendant plusieurs mois. Quand le système sera implanté, ça va être fini. Ce sont des coûts qui sont nouveaux et qui s'ajoutent aux coûts réguliers. Mais il y a des budgets réguliers, à chaque année, pour la formation du personnel, et ces budgets-là sont utilisés pour la formation du personnel dans le projet comme tel. Et donc, ça, il s'agit de coûts réguliers, de coûts qui sont couverts par des budgets réguliers, et c'est des coûts qui, dans le rapport qui avait été déposé au Vérificateur général au niveau du Dossier santé, avaient été appelés des coûts prérequis. Ce sont des coûts qui sont couverts par les budgets réguliers, dans le cas présent, du ministère et des agences régionales.

Dans le cas de GIRES, GIRES avait mentionné et mentionnait l'augmentation des coûts de construction du système. GIRES avait omis de mentionner les coûts d'implantation, c'était une erreur majeure. Mais GIRES ne parlait pas des coûts supplémentaires qui étaient couverts par les budgets réguliers, donc des coûts qu'on appelle ici prérequis, et ça, c'était correct parce que c'est comme ça que ça se fait. Ce ne sont pas des coûts associés à un projet, ce sont des coûts réguliers d'une organisation. SAGIR, lui, couvre les coûts de projets de développement, c'est correct. Il couvre les coûts d'implantation, c'est correct. Et il ne parle pas non plus des coûts dits prérequis, ce qui est correct.

Revenons maintenant au Dossier santé. Le Dossier santé parle du coût de 562 millions qui touche à l'implantation et à la construction du système et ne parle pas en soi, dans le coût de projet, des coûts prérequis, et c'est correct. Cependant, ces coûts-là ont été identifiés. Autrement dit, il y a 250 millions de dollars, autour de 250 millions de dollars qui feront partie des dépenses qui vont être des dépenses couvertes par des budgets réguliers et des crédits réguliers. Et, vous me voyez venir, M. le ministre, M. le Président, je voudrais ici que le ministre nous confirme, puisqu'on parle des crédits, que ces sommes-là de 250 millions de dollars sont des sommes qui vont venir des crédits qui sont des crédits généraux du ministère et qui ne sont pas spécifiques. Et là-dessus il me semble très important d'arrêter de faire peur au monde — et je pèse mes mots, M. le Président — de faire peur à la population, de créer des inquiétudes fausses parce que nous avons eu des démonstrations, à la commission parlementaire, pendant plusieurs heures, qu'il y a un système de gouvernance qui contrôle, nous en avons parlé encore ce matin, et, quand on parle de 250 millions de coûts prérequis, ce sont des coûts qui ne font pas partie des coûts d'un système.

La seule chose importante à savoir, pour ne pas parler de dépassement de coûts — ce que le député de Marie-Victorin fait allègrement, et je pense que c'est tout à fait à tort, je pense que c'est peut-être par ignorance, je le souhaite que ce n'est pas par mauvaise foi — et ces coûts-là ne font pas partie des coûts de système, la seule chose importante pour la population, c'est: Est-ce que ces coûts qui sont couverts normalement donc par les budgets généraux du ministère, les crédits généraux du ministère, est-ce que ces coûts-là sont prévus et seront bien couverts par les crédits du ministère? Il y en a cette année, je suis sûr que ça s'échelonne sur un certain nombre d'années. Alors, c'est ça, ma question: Est-ce qu'on a cette couverture-là? Auquel cas, M. le Président, il faut bien arrêter de dire qu'il y a des dépassements de coûts, là, parce qu'on parle totalement en l'air et dans quelque chose qu'on ne connaît absolument pas, ceux qui disent ces choses-là.

Le Président (M. Kelley): Avant de céder la parole au ministre, juste en rappelant toujours que la bonne foi se présume. M. le ministre.

M. Couillard: M. le Président, c'est très important de faire la... je vais le dire comme quelqu'un le disait souvent, la part des choses, parce que, de la même façon qu'il faut différencier le Dossier santé Québec du plus vaste projet d'informatisation — c'est deux choses, l'une étant dans l'autre, qui sont différentes — il faut également distinguer, comme on le fait dans toutes les annonces gouvernementales, l'infrastructure et les équipements. Par exemple, lorsqu'on annonce — je vous donne un exemple très précis — le centre d'oncologie à Charles-Le Moyne, bien il y a 56 ou 60 millions de construction à laquelle s'ajoutent 30 millions d'équipements. C'est certain qu'on ne fera pas de radiothérapie sans installer des machines de radiothérapie. Donc, on annonce ultérieurement le coût ou les investissements en équipements. C'est la même chose ici.

Parce que de toute façon, chaque année, le réseau de la santé fait des investissements de mise aux normes et de rehaussement de ses infrastructures. Par exemple, il existe un réseau de transmission, dans le système de santé, qui s'appelle le RTSS, qu'il faut rehausser pour lui permettre d'avoir la capacité de faire cheminer le volume d'information que le Dossier santé Québec va engendrer, de même que l'imagerie numérique. Alors, le plan du gouvernement de toute façon était d'aller vers le rehaussement de ce RTSS, et des budgets avaient déjà été réservés pour cette raison-là. C'est pour ça qu'il faut bien faire la différence entre le Dossier santé Québec et ces investissements en infrastructures qui sont réguliers et financés à même les programmes réguliers.

Ça m'a fait un peu sourire, là — je le dis sans méchanceté — l'autre jour, le député de Marie-Victorin a dit qu'il avait découvert ça, alors qu'en mai 2007 il y a un document de planification stratégique qui a été publié, qui identifiait toutes les zones de ce qu'on appelait les coûts hors portée du Dossier santé Québec. Par la suite, le ministère a fait l'évaluation de ces coûts-là pour s'assurer qu'ils étaient couverts par les programmes d'investissements réguliers, et c'est ce qui a donné lieu aux documents qu'il a obtenus, qui auraient de toute façon été publiés et qui sont publiés actuellement sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dans la fenêtre du Dossier santé Québec.

Alors, actuellement, on envisage un investissement qui présume cependant, et c'est la différence entre le chiffre de 327 millions et le chiffre actuel qui est de 250 millions, qui présume, même s'il ne faut pas le faire, qui présume de l'adoption par l'Assemblée nationale du projet de loi n° 70 et du changement de mode de consentement. Cet investissement requis est de 250 millions. Le 327 aurait été pourvu de toute façon, mais le vrai chiffre est plutôt de 250 millions.

● (11 h 30) ●

Par exemple, il faut ajouter et remplacer des postes de travail informatique, de toute façon on fait ça à chaque année. Il faut remplacer des périphériques, de toute façon on fait ça à chaque année; rehausser le réseau; mise en oeuvre de mesures de sécurité informatique dans le réseau... C'est bien la moindre des choses. Vous souvenez-vous, il y a eu une attaque par... je pense que c'était un ver informatique ou un virus — je ne sais plus la différence entre les deux, là — il y a quelques mois, dans le réseau de la santé, l'an dernier, je crois? Alors, il faut rehausser la sécurité informatique. Rehaussement, mise à jour, adaptation des systèmes, application de logiciels, aménagement physique d'établissements, etc., formation du personnel du réseau, pour un total de 250 millions de dollars. Alors ça, c'est les coûts prévus actuellement, et ils sont couverts par les programmes d'investissement annoncés en infrastructures.

D'ailleurs, quand on a fait l'annonce des 7,1 milliards sur le projet de 30 milliards que le gouvernement entend consacrer au système de santé et de services sociaux, là-dedans il y avait une somme de 100 millions ajoutée au plan d'infrastructure pour les besoins en information, qui couvrirait effectivement les dépenses requises pour développer l'infrastructure parallèlement au développement de Dossier santé Québec.

Parce qu'effectivement le rapport du Vérificateur général est, je dirais, dans un dossier aussi complexe, assez satisfaisant, là, pour l'équipe en place. L'autre jour, je disais au député de Richelieu, je crois, qui me posait la question, qu'il devait verser des larmes de nostalgie en comparant ce rapport avec le rapport du Vérificateur général pour le projet GRES. Je pense qu'il aurait bien aimé avoir un rapport semblable à l'époque. Je ne me souviens pas qu'on parlait de qualité de gestion, qu'on parlait de qualité de gestion de risque, etc. Il est certain que le niveau de risque est élevé, et ce qu'on dit, c'est que ce n'est pas...

Il n'y a jamais de certitude dans la vie. Je le disais hier, là, rien ne m'effraie plus que la certitude. Ce qu'on doit faire, c'est prendre des mesures pour mitiger les risques, les amenuiser et s'en tenir au budget convenu. C'est ce qui est en place, et c'est ce qui est en place de façon correcte. Il faut dissocier les deux, et c'est ce qu'on fait, et c'est ce qu'on va continuer à faire. Et, s'il y a des nouvelles informations au cours des prochaines années, elles seront communiquées. Disons que, dans trois ans, il apparaît une nouvelle technologie, bien on voudra peut-être l'intégrer au plan de déploiement, on verra à ce moment-là.

M. Reid: Il reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Il vous reste huit minutes.

Projet d'informatisation du réseau (suite)

M. Reid: Alors, je voudrais peut-être terminer ma ronde de questions par une quatrième question liée à l'informatisation de la santé. C'est en fait... D'abord, ça fait longtemps qu'au Québec on réalise que c'est extrêmement important, et ça l'est plus que jamais, d'utiliser les possibilités et le potentiel de l'informatique et des technologies parce que c'est un outil exceptionnel de productivité. On le réalise de plus en plus au niveau du secteur manufacturier. La productivité du secteur manufacturier québécois n'est pas en avance par rapport à d'autres, et une des causes de ça, c'est les investissements en technologie.

La productivité, ce n'est pas évidemment de sortir un fouet et puis de demander aux médecins de faire 70 heures par semaine, d'autant plus que maintenant on sait qu'avec l'arrivée de femmes mères de famille la conciliation travail-famille a fait en sorte qu'il y a un équilibre un petit peu plus... disons, un meilleur équilibre dans la vie souvent des médecins par rapport à l'image traditionnelle qu'on s'en faisait. Et la productivité, en fait c'est lié à une bonne organisation des ressources humaines en général — je pense que le ministre en a parlé tantôt, toute la question de la réorganisation en particulier qui a été faite et qui est encore en train de se faire — et aussi aux investissements.

Je dis que ça fait longtemps qu'on en parle au Québec parce qu'il y a eu un projet qui a suscité d'immenses espoirs il n'y a pas si longtemps, qui s'appelait la carte santé. Et j'aimerais peut-être, M. le ministre, si c'était possible... sans faire de longs exposés mais nous montrer en quelques mots pourquoi les espoirs, cette fois-ci, de tous ceux... Et j'entends souvent les informaticiens, des gens qui ont travaillé en informatique ici, autour du gouvernement, au gouvernement, dans la capitale — je pense qu'on a déjà eu une conversation avec le député de La Peltre là-dessus, également — les informaticiens savent le potentiel que l'informatique peut apporter dans les travaux dans le système de la santé, dans le travail et dans la productivité. Et pourquoi est-ce qu'on peut compter maintenant... Quelles sont les différences qui existent, qui font en sorte que maintenant on peut avoir un espoir ou enfin on peut penser que les espoirs de tous ceux qui pensent effectivement que c'est quelque chose qui va apporter une plus grande productivité intelligente dans le système de santé, que ces espoirs-là ne seront pas déçus?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, effectivement, ça fait partie du jalon historique, là, qui nous amène avec le... des jalons historiques qui nous amènent au déploiement du Dossier santé Québec. Cependant, je veux quand même préciser que, ce projet n'ayant pas vu le jour pour plusieurs raisons — et je vais y revenir — il y a quand même des éléments de travail qui ont été utilisés dans le projet Dossier santé Québec. Il y a des gens dans la salle qui ont participé à l'époque à ces travaux-là, et leurs travaux nous ont permis d'alimenter le travail législatif qu'on a fait dans la loi n° 83, par exemple.

Alors, il faut dire qu'il y a du travail important qui a été fait à l'occasion de ce projet-là. Mais malheureusement ce projet-là avait fort peu de chances d'aboutir parce que... Et je fais souvent la comparaison, encore

une fois n'étant pas moi-même informaticien. Il y a deux raisons finalement... ou, je dirais, trois raisons pour lesquelles ça n'a pas abouti. La première raison, c'est une raison de structure et de gestion de projet. C'est un peu comme si je vous donnais une clé pour une maison qui n'a pas été construite. C'est-à-dire que, si on n'a pas d'architecture de transmission de données, si on n'a pas décidé quelles données on met, comment elles sont transmises juridiquement, bien le fait d'avoir une carte à puce, ça ne sert à rien. Ça ne veut pas dire qu'un jour, dans l'avenir, on ne réappropriera pas cette idée pour la joindre au Dossier santé Québec, je ne le sais pas. Actuellement, ce n'est pas ce qui est prévu comme mode d'accès, c'est une clé publique, là, avec la structure publique. Alors, première raison, c'est ça, le fait de ne pas avoir fait précéder d'une réflexion et d'une décision sur l'architecture et ce qu'on voulait faire comme bâtiment avant de donner la clé.

La deuxième raison, c'est que malheureusement ça a été beaucoup présenté à l'époque — ce n'était pas le souhait que ce soit perçu comme ça — comme un projet administratif, alors que, de notre côté, nous avons voulu dès le début que ce soit un projet clinique, un projet pour les patients et les professionnels et les autres personnes qui les traitent. Donc, on a commencé par les besoins cliniques sur le terrain pour en faire... par la suite donner lieu à un projet qui répond à ces besoins cliniques là.

Et la troisième raison qui a fait que ça n'a pas abouti, c'est que ça a été perçu un peu — je m'excuse du terme anglais, ça date d'un écrivain bien connu — Big Brother, hein, c'était une sorte d'impression d'une immense banque de données centrale qui contrôlait tout et qui avait toutes les données médicales sur tout le monde. Et ça, les citoyens à l'époque — il faut regarder les débats de commission, là — étaient extrêmement préoccupés par ces questions-là, avec justesse.

Alors, qu'est-ce qu'on a retiré de ça? D'abord, c'est la notion importante de développer la maison avant de donner la clé, développer l'architecture et le besoin clinique avant de faire le reste, ensuite c'est d'en faire un projet clinique avant tout et ensuite d'éviter ce modèle à grande banque de données centrale et unique qui a causé tant de préoccupations. Ce qui nous a amenés vers des technocentres régionaux. En fait, l'architecture a évolué, puisqu'on parlait au départ de banques de données régionales qui ont été par la suite regroupées en technocentres régionaux partout au Québec, de façon à ce que les patients, les citoyens de tout le Québec soient couverts. Alors, je pense que c'est la façon dont on a pu récupérer le travail qui a été fait, qui est immense. Il y avait beaucoup de travail, beaucoup d'argent qui a été investi à l'époque dans ce projet-là, et, pour les raisons que j'ai expliquées, il n'a pas vu le jour.

Est-ce que dans l'avenir on pourrait... dans 10 ans, 15 ans? Qui sait ce que la technologie va apporter à ce moment-là. Est-ce que le mode d'accès pourrait revenir à une technologie de type carte intelligente, là? On verra à l'époque. Mais c'était prématuré de le faire comme ça au début et malheureusement pas ordonné en termes de gestion de projet, et ce n'est pas surprenant que ça n'ait pas pu voir le jour. Mais encore une fois on a récupéré une partie du travail, une bonne partie du travail qui a été fait.

M. Reid: Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Ça met fin à la deuxième ronde des blocs. Il nous reste un petit peu moins de une heure. Je propose, dans ce troisième tour, 20 minutes pour l'opposition officielle, 15 minutes pour le deuxième groupe d'opposition et le restant du temps à ma droite. Alors, s'il y a... Ça va avec tout le monde? M. le député de La Peltrie.

Évaluation et amélioration de la performance (suite)

M. Caire: Merci, M. le Président. Mon Dieu! je pense que je vais être le seul à ne pas parler d'informatique autour de la table. Mais, mais, M. le Président, je veux revenir sur les questions de performance, parce que, bien que je considère que l'informatisation du réseau est très certainement quelque chose d'éminemment souhaitable dans une perspective de performance, il y a d'autres éléments qui retenaient mon attention. Je veux revenir sur la dernière question que j'ai posée au ministre concernant la possibilité d'avoir des hôpitaux gérés au privé.

D'abord, peut-être faire une petite correction, parce que le ministre a laissé sous-entendre que le déficit de la sécurité sociale pouvait être attribuable au fait que 33 % des lits des hôpitaux français étaient en gestion privée, je vais lui laisser l'occasion de corriger, parce qu'il sait très bien que ça n'a rien à voir. Et, pour en avoir parlé avec M. Duriez, qui est au commissariat à la santé, ça n'a rien à voir avec la gestion des hôpitaux par le privé.

● (11 h 40) ●

Autre chose aussi qu'il m'apparaît important de préciser, M. le Président, suggérer qu'un hôpital puisse être géré par le privé n'est pas un désaveu de nos gestionnaires publics, c'est une question d'introduire des modèles de gestion différents. Puis à la limite c'est peut-être même un défi que certains hôpitaux déjà en place pourraient avoir le goût de relever. Ce n'est pas impossible, ça pourrait être intéressant de la part du ministre de s'informer au niveau du réseau.

Ceci étant dit, M. le Président, je reviens un peu sur le principe que j'énonçais, à savoir: offrir un modèle de gestion qui est différent du modèle public. En fait, ça amène la notion de concurrence et, dans le système dans lequel on vit, c'est une notion qui est fondamentale. Je veux dire, la performance, très souvent, pour ne pas dire presque à tout coup, est basée sur la concurrence, et ce qu'on constate, c'est: moins il y a de concurrence, très souvent — je ne veux pas en faire une généralité qui s'applique à tous les cas — très souvent, moins il y a de performance.

Je reviens au rapport Castonguay, M. le Président, parce que, oui, le rapport Castonguay recommandait l'élaboration d'indicateurs de performance, mais, dans l'acquisition de ces gains de performance, le rapport Castonguay a identifié différentes façons d'y arriver. La gestion d'hôpitaux par le privé était un élément. La mixité de la pratique était un élément. Des assurances duplicatives, c'était un élément. L'achat de services était un élément. D'ailleurs, il y a un chantier spécifique là-dessus, j'aurai l'occasion d'en reparler avec le ministre.

Mais je veux rester sur les premiers éléments parce que le ministre a eu une réponse à mon avis qui était un peu floue, là, ça ressemblait vraiment à du: Je ne suis ni pour ni contre, bien au contraire. Est-ce que le

ministre fait le même constat que M. Castonguay, c'est-à-dire qu'il y a des gains de performance significatifs à y avoir dans le réseau? Et, si, dans son plan de match, il a éliminé déjà la possibilité d'avoir les différents éléments que je viens d'élaborer, outre l'indicateur de performance, comment pense-t-il qu'il va être en mesure de faire performer notre système dans son mode de fonctionnement actuel? C'est-à-dire, est-ce qu'il a l'impression que la simple évaluation va être de nature à augmenter de façon significative notre performance au niveau souhaité par M. Castonguay, c'est-à-dire avec une pression à la baisse des dépenses de programmes? Et, si oui, bien dans quel échéancier est-ce qu'il pense y arriver?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, en introduction, je dirais qu'effectivement, là, il ne faut quand même pas se voiler la face devant la réalité, si on dit qu'on envisage de confier la gestion de certains de nos établissements comme ça, là, au privé, c'est un désaveu des administrateurs du réseau. J'encourage le député à tester ça avec la situation des D.G., puis d'appeler le premier D.G. qui va être concerné pour lui dire qu'il est mis à la porte puis que c'est une compagnie privée qui va gérer son hôpital, puis il aura peut-être une meilleure perception de ce dont il s'agit.

Ces gens-là sont compétents. Puis ils ne sont pas en très grand nombre, en passant. Il y a une pénurie d'administrateurs, dans le réseau, qui s'annonce, qui est également préoccupante. Bien sûr, il y a le personnel clinique, mais, du côté des administrateurs également, on a à préparer une relève. On a à préparer une relève en leur donnant un milieu de travail qui est stimulant et qui les encourage à se joindre au système de santé. Est-ce qu'il pourra dans certains cas être nécessaire de faire ce dont parle le député? Pourquoi pas. C'est pour ça qu'on a dit qu'on était ouverts en principe à cette recommandation dans des cas choisis et particuliers, pas comme politique d'ensemble.

Ce que je disais sur la France, c'est que c'est une relation causale qui est impossible à faire d'un côté ou de l'autre. Le député ne peut pas dire que ce qui va bien en France va bien parce qu'il y a de la gestion privée, puis on ne peut dire que ça n'a pas rapport. Ce sera toujours une zone grise qu'il va être difficile de départager parce qu'il y a tellement de facteurs qui entrent en compte que c'est très, très difficile de le faire.

Bien sûr, il y a des gains de performance à faire, puis il y en aura toujours. Je prévois que, dans 15 ans, 20 ans, 25 ans, alors que nous serons tous sur nos galeries en train de nous bercer — pour ma part en tout cas — et profiter de bons moments, il y aura encore, dans les commissions parlementaires de l'Assemblée nationale du Québec, de vigoureux débats sur le financement du système de santé et les gains de performance à avoir, ce qui fait qu'on doit être dans une perspective de progrès continu et non pas de révélations finales, là, d'un côté ou de l'autre. On est toujours en mouvement, un mouvement qui a déjà commencé. Il y a des choses qui se sont faites avant nous puis des choses qui se feront après nous et qui doivent aller dans la même direction.

Sur la question de la concurrence, là, je voudrais quand même aborder cette question-là parce qu'évidemment

le citoyen entend ça puis il dit, puis c'est intuitif: Effectivement, lorsqu'on applique les lois du marché, s'il y a un phénomène de concurrence, ça peut être au bénéfice de la personne qui obtient les services ou le consommateur. Puis d'ailleurs, dans les grands déterminants du système de santé du XXI^e siècle, là, si on regarde les grandes tendances, avec la technologie, avec les médicaments, avec les changements démographiques, il y a également la mise en place de l'action du citoyen obtenant les services, de type de celle qu'on observe chez les consommateurs. L'approche de consommateur au système de santé — de façon positive, je dis ça — c'est-à-dire une personne qui fait des choix parmi différentes options et qui peut exercer ces choix-là, va être un des déterminants des changements qui vont être mis en place au cours des prochaines années.

Mais, lorsqu'on parle de systèmes de santé, par exemple, européens — et je reviens toujours aux différences fondamentales entre les deux systèmes — où on peut mettre en place... en Angleterre, par exemple, où il y a des expériences très intéressantes que le député connaît probablement, où on évalue les hôpitaux puis on publie leur performance, puis ça a des conséquences très pratiques pour les équipes de gestion qui sont dans ces hôpitaux-là s'ils sont mal gérés, puis le citoyen, il peut aller d'une rue à l'autre ou d'un village ou d'une ville à 30 km de l'autre pour obtenir le service dans un hôpital qui est plus performant, une des grandes différences de la réalité québécoise par rapport à la réalité européenne, c'est la taille des territoires puis la présence des régions. Alors, quand, par exemple, dans une région comme Montréal, vous avez des hôpitaux partout — je caricature à volonté — le terme de «concurrence» ou d'«émulation», moi, je pense que c'est valable parce que ça a une conséquence concrète sur le terrain. D'où l'idée d'engager le réseau dans des réflexions sur les coûts unitaires avec des expériences comme la clinique Rockland et d'autres qui verront le jour, pour que les gens se comparent et visent à être plus performants. Mais, quand vous êtes un citoyen du Bas-Saint-Laurent ou de la Côte-Nord, ça ne veut plus dire grand-chose parce que, là, vous avez votre hôpital régional, puis, quel que soit le jugement que le Commissaire à la santé ou d'autres portent sur sa performance, c'est là que vous allez aller obtenir des soins parce qu'il n'y a pas d'autre dispensateur de soins. C'est la logique même, le terme de la concurrence, ça marche quand il y a plusieurs dispensateurs à proximité qui offrent des services. Alors, dans un environnement urbain, certainement que c'est un concept qui peut trouver une traduction réelle.

C'est pour ça également, à cause de cette question des régions, qu'il faut être très attentifs aux impacts des politiques qu'on propose sur les régions. On reparlera de la mixité de pratique, j'en suis certain, au cours des débats des crédits, on va en parler beaucoup sur le plan des citoyens, les pénuries d'effectif, etc. Mais il y a un autre point, là. Puis j'ai hâte qu'on ait la discussion de fond sur la mixité de pratique; moi, je suis toujours prêt à la faire. Puis je pense que ce n'est pas exact de dire que je n'ai pas fait une discussion de fond là-dessus. Je pense que j'exprime mes principes, ce à quoi je crois, puis le député peut les partager ou pas, mais il y a déjà eu un début de discussion de fond là-dessus. Mais, lorsqu'on annonce à la profession médicale qu'il va y avoir une mixité de pratique, attention! on annonce à certains médecins qu'ils

auront la possibilité d'avoir une pratique mixte. Parce que, de la même façon que je le disais pour les hôpitaux, pour le médecin spécialiste qui va s'installer dans le Bas-Saint-Laurent ou la Côte-Nord, la mixité de pratique, là, concrètement, là, ça ne veut rien dire concrètement. Alors, il faut être conscient de ça. La mixité de pratique, le résultat, c'est de permettre à certains médecins — et il y a des bagarres, croyez-moi, pour avoir vu les hôpitaux européens, il y a des bagarres sévères entre les médecins pour savoir qui va accéder à cette tarte attrayante — de permettre à certains médecins de traiter certains patients, et ça a une connotation différente en région.

Donc, ceci étant dit, on a quand même des outils qu'on peut utiliser, qu'on peut utiliser pour bâtir cette émulation: en milieu urbain, éventuellement la pratique mixte en milieu urbain, en faisant bien attention des impacts en région. C'est pour ça que la mise en garde de M. Castonguay est si importante. En région, ça doit être différent, il n'y a pas les mêmes types d'émulation ou de compétition.

Qu'est-ce qu'on a mis en place et qu'on doit continuer à faire? D'ailleurs, M. Castonguay en parle dans son rapport: les incitatifs, les incitatifs à la fois pour les établissements et pour les gestionnaires. Alors, il parle, par exemple, de donner des incitatifs aux établissements qui mettent en place des nouveaux environnements de travail. Bonne idée. On a déjà commencé en ajoutant la circulaire qui gère l'attribution des bonis de rendement aux directeurs généraux, l'obligation pour le conseil d'administration de tenir compte non seulement uniquement des résultats financiers de l'établissement, mais également des résultats en termes d'accessibilité et de sécurité de services: engorgement des salles d'urgence, évolution des listes d'attente, situation des infections nosocomiales. Et on peut prévoir que cet aspect incitatif de la rémunération des gestionnaires va se développer au cours des prochaines années, c'est d'ailleurs parti de ce que recommande M. Castonguay.

Un autre élément qui va aller vers l'augmentation de la performance et une certaine émulation, c'est les mesures correctes, bien sûr, mais également l'introduction progressive du financement par activités plutôt que par budget historique, parce que, là, on pourra très bien comparer. Mais on sera toujours devant cette limite fondamentale — je termine là-dessus, M. le Président: on aura beau dire, on aura beau dire qu'un hôpital est moins performant qu'un autre, ça veut dire quelque chose de très différent selon qu'on habite à Baie-Comeau ou à ville Saint-Laurent. Il faut toujours se souvenir de ça.

● (11 h 50) ●

Le Président (M. Kelley): M. le député de La Peltrie.

M. Caire: Merci, M. le Président. Sur la question du désaveu, M. le Président, je pense que, là, il y a un manque de logique, parce qu'on dit: On va comparer deux hôpitaux entre eux, donc deux groupes de gestionnaires entre eux, et, à partir de là, on verra qui fait le meilleur travail. Donc, par définition, on est prêts à faire des comparaisons. Alors, il n'est pas question de dire à un gestionnaire... Qu'on compare avec le public ou qu'on compare avec le privé, je veux dire, du moment où on dit: On va comparer votre travail, ce n'est pas une question de désaveu, c'est une question d'être capable de voir

l'efficacité à travers le travail de nos gestionnaires. Et, ceci étant dit, je pense que, dans cette perspective-là, un hôpital privé amène un autre modèle de gestion. Donc, on peut comparer deux établissements publics entre eux puis on peut comparer un établissement public avec un établissement privé. Ça amène des modèles différents, ça amène une forme de concurrence différente. Puis, moi, je pense que c'est tout à fait sain de faire ça.

Ceci étant dit, j'ose croire que le principal obstacle à ça, ce n'est pas de dire à un directeur général qu'il va perdre son emploi, là. J'ose croire qu'on ne va pas empêcher le Québec d'aller dans cette voie-là parce que ça pourrait amener le gouvernement à dire à un directeur général: Tu vas perdre ton emploi. Bon. J'imagine qu'il y en a qui vont prendre leur retraite bientôt, là, hein? On peut peut-être trouver des façons de contourner cet infranchissable obstacle à la performance.

Autre chose, M. le Président, il n'est pas question de dire que le centre-ville de Montréal vit exactement la même réalité que Matane. Ceci étant dit, je ne partage pas complètement le point de vue du ministre, qui dit que la mixité n'est applicable qu'en centre urbain. Et je reconnais que la mixité peut être plus attrayante en milieu urbain mais plus attrayante ne signifie pas exclusive, hein? D'ailleurs, je reprends encore le modèle français, la mixité ne se pratique pas qu'en centre urbain. Le ministre, qui a étudié le modèle, sait très bien que ça se fait aussi dans les régions plus rurales.

Mais au fond ce qui ressort de tout ça, M. le Président, c'est que l'idée générale du principe de la mixité, mixité dans la gestion des hôpitaux publics versus un hôpital privé, mixité dans la pratique des médecins en régime public versus le régime privé, amène différents éléments, d'un part le choix, puis ça, je sais que le ministre le reconnaît, je sais qu'il voit dans la mixité la possibilité pour le citoyen d'avoir un choix; amène aussi l'émulation, la performance, les modèles différents. Et ça, M. le Président, ça se vérifie dans différentes études. L'OCDE en a publié une intéressante, je suis convaincu que le ministre l'a déjà vue. Il y a d'autres études qui ont été déposées récemment, dont on a fait état au début de l'année. Et encore une fois ce qu'on constate, c'est que — et on a eu des échanges là-dessus avec le ministre — ce qu'on constate c'est que les régimes, les systèmes de santé qui font appel à la mixité sont plus performants, plus performants que les systèmes qui n'y font pas appel. Et là ça va peut-être vous surprendre, M. le Président, mais j'inclus ceux qui ont des monopoles publics aussi bien que ceux qui ont une prédominance du privé qui est trop forte. Et ce qu'on constate aussi, M. le Président, c'est qu'il y a une convergence: autant les pays qui ont des monopoles d'État en santé publique tendent vers un plus grand accès au privé, autant les pays qui ont une connotation privée très forte tendent vers un peu plus de public. Et je prends pour exemple les États-Unis, où le débat se fait, où le débat fait rage et où on incite le gouvernement à investir plus dans un régime de santé public.

Donc, je pense que la proposition que nous soumettons, qui a été reprise d'ailleurs dans le rapport Castonguay, va dans ce sens-là. Et il m'apparaît, puis je le dis en tout respect, mais il m'apparaît que le ministre se prive d'outils importants dans sa démarche en limitant l'émulation de la performance aux seuls outils d'évaluation. Il m'apparaît... Puis effectivement, sur la mixité, je

souhaite qu'on puisse réserver un bloc spécifiquement à ça, donc peut-être réserver sa réponse sur des commentaires plus généraux parce que j'ai l'intention de revenir sur la mixité, M. le Président. Mais il m'apparaît que ces outils-là, et c'est le sens du rapport Castonguay, c'est que l'ensemble de ces outils-là doivent être mis en place pour aller chercher le gain de performance maximum.

Et le ministre va reconnaître avec moi que les systèmes de santé auxquels j'ai fait allusion... Je fais beaucoup référence à la France parce que c'est celui que j'ai étudié le plus, mais que ce soit l'Allemagne, que ce soit la Finlande, que ce soient les Pays-Bas, que ce soit l'Angleterre, qui a connu des grosses difficultés et qui justement a procédé à un redressement important, tous ces systèmes-là font appel à la mixité, mais à la mixité au sens large. Et j'essaie de comprendre la logique par laquelle nous arriverons au même niveau de performance mais en gardant des monopoles d'État, en restant bien cloisonnés dans notre régime public. Moi, je veux bien qu'on protège le régime public, j'ai toujours dit que je voulais qu'on protège le régime public, mais je pense qu'il ne faut pas faire abstraction à ce qui se fait de mieux dans le monde. Puis je pense que, quand on est tout seul à posséder la vérité, c'est peut-être qu'on ne possède pas la vérité.

Le Président (M. Kelley): Un dernier commentaire, M. le ministre. Vous avez à peu près une minute et demie.

M. Couillard: Ah bien, une minute et demie, je n'aurai pas vraiment le temps de répondre de façon correcte au député. Puis je doute que le député de Marie-Victorin veuille voir amputer son temps de parole, alors je vais me limiter sur quelques remarques très brèves. Et je sais qu'on aura l'occasion... Pourquoi ne pas y consacrer un bloc entier, à une discussion de fond sur la question de la mixité? J'aimerais pouvoir exprimer mon opinion correctement et de façon explicite là-dessus.

La seule chose que je dirais, de façon brève, là, c'est qu'à mon avis — et gentiment, là — je pense que le député fait une faute logique lorsqu'il fait un lien causal entre le fait qu'il y ait une mixité et la performance accrue de ces systèmes ouest-européens. Moi, je crois que le système canadien et québécois a entrepris — et on a aidé à entreprendre cette marche — une longue marche vers un système de santé éventuellement de type ouest-européen, avec les adaptations nécessaires au contexte régional et au contexte nord-américain.

Mais de dire que c'est parce qu'il y a une pratique mixte dans les pays européens qu'il y a plus d'accès, c'est un raccourci à mon avis. Parce que, je répète encore une fois, si vous regardez les données publiées, tous ces systèmes ont eu comme caractéristique d'avoir des niveaux d'investissement dans le réseau public encore plus élevés que le Québec en termes de pourcentage — c'est plus de 9 % en moyenne en Grande-Bretagne, dans le réseau public, dans le NHS, National Health Service — ont tous comme caractéristique d'avoir des nombres de médecins beaucoup plus élevés que le Québec et le Canada, ces médecins étant non pas des entrepreneurs libres dans les établissements publics, mais des salariés. Il n'y a pas d'exemple... C'est un exemple unique. On ne peut pas regarder juste un côté de l'équation, il faut regarder toute l'assiette.

Je le mets au défi de me citer un système de santé où il y a des établissements publics, ailleurs dans le monde, là, ailleurs qu'en Amérique du Nord, où les médecins sont des travailleurs autonomes. En Europe, les médecins sont des salariés, soit d'établissement soit de l'État. Ils peuvent en plus faire de la pratique privée. Alors, il y a des différences fondamentales qui existent. Il ne faut pas raccourcir à un côté de l'équation. Moi, je veux voir les deux côtés. Oui, il y a des bénéfices à la mixité, puis on y reviendra, mais c'est faux de dire que la mixité est l'origine de tous les gains de performance qu'on observe dans d'autres systèmes de santé.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, ça met fin à cet échange. M. le député de Marie-Victorin, pour un bloc de 15 minutes.

Application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux

M. Drainville: Merci, M. le Président. Alors, je vais demander la collaboration du ministre et, moi, je vais m'imposer la plus grande des disciplines pour essayer de couvrir trois questions fort importantes.

Les centres médicaux spécialisés et la loi n° 113, la loi n° 113 qui prévoit la mise en place d'un comité de gestion des risques, divulgation de tout accident à un usager, déclaration des incidents et accidents, mise en place d'un registre local des incidents et accidents. Est-ce que la loi n° 113, M. le ministre, s'applique aux centres médicaux spécialisés?

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

● (12 heures) ●

M. Couillard: Bien sûr que non, M. le Président, il ne s'agit pas d'établissements du réseau, ce serait absurde de le faire. Cependant, l'encadrement de la qualité de la pratique existe maintenant — alors qu'il était inexistant auparavant — par la nomination d'un directeur médical, par un processus d'agrément. Ce processus d'agrément va bien sûr incorporer, entre autres, la question de la sécurité des soins et la divulgation des incidents à la clientèle. Mais on n'a pas voulu créer une nouvelle catégorie d'établissement public, là, soyons clairs, à moins que ce soit la nationalisation des cabinets privés qui est sous-entendue par cette question. Ce n'est pas dans cette direction qu'on veut aller.

M. Drainville: Bien, moi...

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Moi, je ne trouve pas ça du tout absurde, M. le Président, puisque le ministre prétend depuis le départ que les centres médicaux spécialisés, ce sera le prolongement de l'hôpital. À partir du moment où c'est le prolongement de l'hôpital, je ne vois pas pourquoi la sécurité dont bénéficient les usagers et les patients s'arrêterait aux murs de l'établissement. Et pourquoi, si on signe une entente avec un centre médical spécialisé, qui est dans le prolongement du fonctionnement de l'hôpital, si on transfère de l'hôpital

à un centre médical spécialisé ou affilié des chirurgies, pourquoi est-ce que la loi n° 113 ne s'appliquerait pas? Mais j'ai pris note de votre réponse, M. le ministre, puis je vous remercie.

Coût unitaire des chirurgies

Sur la question des coûts unitaires, M. le ministre, alors, dans le cas de Sacré-Coeur et... Dans le cadre en fait de l'entente entre Sacré-Coeur et RocklandMD, il y a une étude qui a été faite des coûts réels d'une chirurgie, les coûts unitaires. Est-ce qu'il serait possible d'obtenir une copie de cette étude-là?

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

M. Couillard: En fait, l'évaluation réelle est en cours, elle n'est pas faite. C'est les évaluations préliminaires basées sur des données intuitives, ça n'a aucune valeur réelle.

Ce qu'on a fait, avec l'expérience de Rockland, c'est qu'on l'a doublée d'une évaluation, on l'a doublée d'une évaluation d'abord pour la satisfaction de la clientèle. Ce n'est pas anodin comme critère, et je soupçonne qu'elle sera bonne, comme elle l'est d'ailleurs dans nos établissements publics. Tu sais, d'entendre quelqu'un qui est hautement satisfait de son expérience de soins dans les hôpitaux publics, ça m'arrive régulièrement. Ça va être la même chose, puis on va pouvoir comparer.

Également, la question de la comparaison des coûts, alors il y a une firme de comptables, là, ou d'administrateurs qui est habituée à faire ça, qui, de conjoint avec l'établissement, va faire la comparaison des coûts unitaires des interventions dans les deux milieux. Ça va être très intéressant. Parce que c'est ce que Michel Clair disait — je ne veux pas prendre trop de temps au député, je sais qu'il a juste 15 minutes, là — quand Michel Clair a fait son rapport, en 2000-2001, il insistait beaucoup sur la nécessité pour le réseau de faire ce virage vers les coûts unitaires, qui est un élément de la compétition, puis de l'émulation, puis de la performance dont parle le député de La Peltrie. Et ce qui est sidérant, c'est à quel point souvent ces coûts unitaires ne sont pas connus. C'est seulement lorsqu'on commence à faire des investissements pour, par exemple, des chirurgies additionnelles qu'on engage la réflexion, et paradoxalement c'est seulement lorsqu'il y a des approches pour des ententes avec des cliniques associées qu'on se met à faire du travail sérieux sur les coûts unitaires. Il n'y a pas une organisation au monde de cette taille-là qui peut fonctionner avec des budgets semblables sans connaître ses coûts unitaires. Ça ne marche pas là, c'est impossible. Alors, c'est un virage qu'il est important et urgent de faire.

Et il faut également rappeler deux choses. D'abord, les centres médicaux spécialisés — rapidement — ce n'est pas le prolongement de l'hôpital, à moins d'avoir un contrat d'association, ce qui n'est pas le cas de tous les centres médicaux spécialisés. Lorsqu'il y a un contrat d'association, les mécanismes de traitement de plaintes deviennent intégrés avec ceux de l'établissement. Il y a quand même, là, eu un souci.

M. Drainville: ...

M. Couillard: Pour les plaintes médicales, c'est le CMDP de l'établissement qui prend en main le jugement

de la plainte médicale. Donc, c'est légiféré. Il regardera le texte de la loi là-dessus.

M. Drainville: ...c'est important, là, M. le Président.

M. Couillard: Bien oui, mais c'est connu, là, ça fait des mois que c'est légiféré, cette affaire-là, là.

M. Drainville: Non, non, mais ce que vous me dites, c'est que, dans le cas des CMS, la loi n° 113 ne s'applique pas, mais, dans le cas des cliniques médicales affiliées, qui font l'objet d'une entente entre un établissement public et une clinique privée, comme c'est le cas dans le cas de RocklandMD, dans ce cas-là, la loi n° 113 s'applique.

M. Couillard: Pas la loi n° 113, le traitement des plaintes. C'est deux choses différentes.

M. Drainville: O.K.

M. Couillard: Le processus d'examen des plaintes. Mais je voulais terminer sur d'autre chose, là. Le processus d'évaluation des coûts, il va falloir garder là-dessus un aspect quelque peu confidentiel, là. Pourquoi? Parce qu'il y a d'autres négociations qui ont lieu puis qui vont avoir lieu, là. Alors, l'État doit garder son pouvoir de négociation et son rapport de force dans les négociations, puis il y a des données qu'on va vouloir préserver pour avoir des négociations utiles. C'est un comportement responsable de faire ça, puis n'importe quel gouvernement ferait ça aussi.

Mais disons qu'on sera en mesure de faire, je dirais, des commentaires généraux sur les comparaisons de coûts puis encore une fois engager le réseau — puis c'est très important — dans une mesure d'évaluation de ses coûts unitaires. Il faut qu'on sache combien ça coûte enlever la vésicule biliaire à Hull, combien ça coûte à Montréal, combien ça coûte à Trois-Rivières, combien ça coûte à Québec.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: O.K. Je comprends, M. le Président, qu'il faille garder un élément de confidentialité pour s'assurer de bien protéger l'intérêt des contribuables. En même temps, c'est très difficile, M. le ministre, d'avoir un débat public éclairé sur l'avantage soit-disamment comparatif de transférer des chirurgies à une clinique comme RocklandMD si on ne connaît pas le coût unitaire de nos chirurgies dans le domaine public, au sein des établissements. Et je vous dirais que ça déborde le cadre de la discussion avec RocklandMD ou une autre clinique médicale affiliée, éventuellement. Je pense que, dans la grande discussion qu'on veut avoir sur l'amélioration de l'efficacité au sein du réseau public, ça va être important, M. le ministre, qu'à un moment donné on sache c'est quoi, le coût unitaire des chirurgies.

Comment est-ce qu'on peut contourner la difficulté? Mettons de côté RocklandMD. Je pense que, pour ce qui est d'accroître la performance du réseau, on a besoin, à un moment donné, de connaître les coûts unitaires. Comment est-ce qu'on pourrait s'y prendre pour les avoir sans mettre en péril d'éventuelles négociations?

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

M. Couillard: Bien, on est vraiment là-dessus. Puis je remercie le député d'aborder la question de cette façon, parce qu'il raison, si on veut avoir un élément de comparaison, il faut... D'ailleurs, vous allez voir bientôt, je pense, le Commissaire à la santé va aborder beaucoup cette question dans ses premières évaluations. Il faut qu'on soit en mesure de le faire, d'autant plus que, si on va en achat de services même à l'intérieur du réseau public, la question du coût de revient puis des coûts unitaires devient essentielle.

Bon, le député soulève un défi qui est important, puis on va trouver une façon d'y répondre. Il faut qu'on concilie l'information et l'information utile à la performance du réseau avec le maintien du pouvoir de négociation de l'État. On trouvera une façon de le faire correctement, là. D'ailleurs, la même question va se poser dans les projets de PPP, que ce soient les projets routiers ou les projets hospitaliers, il y a un niveau de divulgation d'évaluation de coûts où il faut être très prudent parce que ça handicape les négociations subséquentes. Alors, c'est un problème qui va être récurrent au cours des prochaines années.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

Protection de la propriété des cliniques de radiologie

M. Drainville: O.K. M. le Président, changement de sujet. Vous avez reçu, M. le ministre, le 6 mars... enfin, une lettre datée du 6 mars 2008, signée par le Dr Barrette, le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, et également signée par le président de l'Association des radiologistes du Québec, M. Desjardins. Dans cette lettre-là datée du 6 mars 2008, les deux signataires vous demandent d'amender la Loi sur les laboratoires pour protéger la propriété des médecins d'ici, propriété donc des cliniques de radiologie et des laboratoires d'imagerie médicale de façon générale.

Je voulais savoir: Est-ce que vous êtes favorable, vous, à un amendement à la Loi sur les laboratoires pour vous assurer justement que la propriété de nos cliniques de radiologie soit assurée et pour s'assurer donc que ce ne soient pas des intérêts étrangers qui mettent la main sur ces laboratoires-là? Je sais qu'il y a des discussions entre vous et M. Barrette là-dessus. Je voulais savoir: C'est-u possible de savoir un peu où est-ce que vous en êtes rendus et dans quelle mesure est-ce que vous envisagez un changement législatif qui permettrait donc de protéger la propriété des médecins d'ici, de ces laboratoires qui sont ici? Parce qu'ils sont... selon cette lettre-là, dont nous avons obtenu copie, il y a un risque, actuellement, il y a... Je cite la lettre, là: Il y a «une nouvelle tendance au sein du réseau des cabinets de radiologie [qui fait] en sorte que, dans leur recherche de meilleur financement, les radiologistes propriétaires s'associent à des gestionnaires non médecins souvent actionnaires majoritaires». Et là donc on pose la question de la propriété et du contrôle médical des laboratoires de radiologie.

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

M. Couillard: Donc, M. le Président, c'était une suggestion très bienvenue et, je dois dire, intéressante de la part de la fédération, je dirais même un changement

assez intéressant d'attitude, là, parce qu'ils réalisent que les modalités d'encadrement des centres médicaux spécialisés sont importantes à plusieurs titres. Le premier de ces titres, c'est la protection de la qualité des services, à raison du directeur médical, etc.

Le deuxième élément — et ça vient d'être soulevé par le député de Marie-Victorin — c'est la question de la propriété et de la protection contre des prises de contrôle étrangères. Et c'est pour ça qu'on a légiféré, en passant, parce qu'avant la loi n° 33 il n'y avait aucune protection, une chaîne de cliniques américaine aurait pu venir acheter une chaîne de cabinets médicaux au Québec sans qu'on soit capable d'intervenir. Alors, comme on a pris en compte, dans la loi n° 33, la configuration de la propriété, qui demande que ce soit plus de 50 % qui soient des médecins pratiquant au Québec, des médecins détenant un permis d'exercice au Québec, membres du Collège des médecins du Québec, c'est un élément de protection.

Et en fait ce que demande la Fédération des médecins spécialistes du Québec, c'est de recevoir dans les cabinets de radiologie le même niveau de protection qui maintenant est présent dans les cabinets de médecins spécialistes ou ceux qui font les procédures listées sur la fameuse liste dont nous avons discuté. À cet élément important s'ajoute, je le rappelle également — il ne faut pas le sous-estimer — la question de qualité de services. Et on est là-dessus très heureux de cette suggestion. Je dirais qu'on réagit très favorablement. Et, oui, on peut dire qu'on envisage de modifier la loi pour rendre les cabinets de radiologie sous le... leur donner le même type d'encadrement qui existe pour les centres médicaux spécialisés.

● (12 h 10) ●

Le Président (M. Kelley): M. le député, il vous reste quatre minutes.

M. Drainville: Combien?

Le Président (M. Kelley): Quatre.

M. Drainville: C'est assez pressant, M. le Président, c'est assez pressant. Et dans le fond, nous, notre question, M. le ministre, c'est: Est-ce que vous êtes prêt à bouger assez rapidement là-dessus?

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, nous sommes dans un Parlement de cohabitation, alors, tu sais... Puis c'est une bonne chose, on a l'occasion de discuter de projets législatifs ensemble. Il y a déjà des projets législatifs sur la table, il le sait, qui sont importants également. Ça n'empêche pas d'en ajouter un autre. Mais on va vouloir avant avoir un consensus avec les deux partis d'opposition. Moi, idéalement, idéalement, si on peut obtenir l'unanimité de la Chambre sur une question semblable, j'en serais très heureux. Mais je suis d'accord pour qu'on ait des conversations préliminaires avec l'opposition, techniques, au ministère et autres, là, pour voir quel est le périmètre qu'on veut dégager et si on peut le faire de façon consensuelle et rapide... Parce qu'il faut également, M. le député de Marie-Victorin et M. le député de La Peltrie, mettre nos leaders dans le coup, là, parce qu'il faut, si on engage un processus législatif, qu'on soit capables de garantir — sans qu'on ne puisse jamais le faire totalement — la finalité du processus.

M. Drainville: Alors, M. le Président, avec le temps qu'il me reste, je...

Le Président (M. Kelley): Trois minutes.

M. Drainville: Le sens de mes questions, M. le Président, est bien, bien clair. Nous offrons notre collaboration au ministre. S'il veut bouger là-dessus, nous sommes prêts à le faire. Il y a un projet de loi omnibus déjà, le projet de loi n° 67, qui est sur la table. Je ne sais pas si on pourrait l'amender pour y ajouter un changement à la Loi sur les laboratoires. Je souhaite ardemment que notre collègue de La Peltrie se penche sur la question et qu'il nous offre à son tour, je le souhaite, sa collaboration pour que nous puissions protéger tous ensemble les intérêts de nos cliniques et la propriété québécoise de nos cliniques.

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

M. Couillard: Bien, M. le Président, très heureux d'entendre cette suggestion. La suggestion du véhicule du projet omnibus est bonne. Cependant, le corollaire de cette suggestion, c'est bien sûr, de notre côté, qu'on fasse un mémoire complémentaire puis qu'on fasse acheminer une proposition d'amendement. Comme c'est un amendement qui est distinct des sujets qui sont traités dans le projet de loi initial, techniquement il faut repasser par un processus d'approbation gouvernementale comme si c'était un nouveau projet de loi.

Mais, ceci étant dit, une fois qu'il est incorporé comme amendement au projet de loi omnibus, le corollaire logique de la suggestion, qui est bonne, c'est qu'il faut que le projet omnibus soit adopté. Si on rentre des amendements dans le projet omnibus, puis que le projet omnibus n'est pas adopté au printemps, on n'a toujours pas de législation sur l'encadrement. Je crois comprendre que, dans le projet omnibus, il n'y a pas de problème majeur qui sépare les trois formations politiques, alors, moi, je n'ai pas d'objection, d'autant plus que c'était la suggestion même du président de la fédération qui est lui-même radiologue. Alors, je pense qu'on a un niveau de validation qui m'apparaît important.

M. Drainville: Alors, je regarde mon collègue de l'ADQ qui me dit qu'ils sont prêts à regarder ça. Alors, sans présumer de son appui — évidemment on va les laisser regarder ça — je pense que ce serait une bonne idée, M. le Président, que nous nous penchions là-dessus le plus rapidement possible. Et, s'il me reste une minute ou deux...

Le Président (M. Kelley): Une minute.

M. Drainville: ...prière de l'ajouter à mon bloc de mardi prochain. Merci.

Le Président (M. Kelley): Parfait. Merci beaucoup. Et je note une volonté des trois formations autour de la table d'examiner cette possibilité. Je pense, ça résume bien l'esprit de la discussion. M. le député de Notre-Dame-de-Grâce, il vous reste 18 minutes.

M. Copeman: Merci, M. le Président. Je dois avouer, M. le Président, qu'au début de la commission, ce matin, avec le préambule du député de Marie-Victorin

en citant des oeuvres de Pierre Elliott Trudeau, le fonctionnement du fédéralisme, je pensais: Peut-être que je me suis trompé de commission, je pensais qu'on était à la Commission des institutions, en train d'examiner les crédits du ministre responsable des Affaires intergouvernementales canadiennes. Mais évidemment ça ça a abouti à une question sur l'Hôpital de Lachine. J'étais fort heureux, M. le Président.

D'ailleurs, je note, après presque six heures de débat, je n'ai pas entendu — peut-être que ça va venir, M. le Président — ni le député de Marie-Victorin ni le député de La Peltrie dire que les crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux étaient insuffisants ou qu'il manquait de l'argent. Je présume, M. le Président, qu'on va avoir un vote unanime, à la fin de notre processus, sur les crédits, M. le Président, parce qu'effectivement on vote, on vote sur les...

M. Drainville: J'ai déposé une motion de blâme.

M. Copeman: Oui, je comprends, mais on a essayé de vous convaincre, hier, M. le député, que vous vous êtes trompé dans votre motion de blâme, qu'à 1,3 milliard de dollars les coûts de système sont amplement couverts et on fait du développement. Alors, moi, j'anticipe un... peut-être que je suis irréaliste, un peu naïf, M. le Président, mais j'anticipe un vote unanime autour de la table d'ailleurs sur les crédits, parce qu'évidemment on a abordé des sujets fort intéressants sur l'avenir du système, la vision, la qualité de gestion, ainsi de suite, mais fondamentalement, M. le Président, comme vous le savez, on va voter sur les crédits, dans le livre des crédits. Alors, ce serait fort intéressant de voir les résultats ultimes des votes.

Unités de médecine familiale

Je voulais revenir sur un sujet qu'on a abordé un tout petit peu plus tôt et peut-être un deuxième qui est les UMF, mais les GMF, cliniques-réseaux et UMF. Je pense que c'est vous, hier, M. le Président, qui avez constaté qu'il ne manque pas d'acronymes au Québec, hein? C'est peut-être pareil ailleurs, là, mais on a énormément d'acronymes, les groupes de médecine de famille, les cliniques-réseaux, les unités de médecine familiale.

En premier lieu, peut-être une discussion brève sur les GMF. On l'a abordé hier un peu puis aujourd'hui, plus tôt, moi, je trouve, une formule absolument... vraiment intéressante. D'ailleurs, je pense que le dernier groupe de médecine de famille sur l'île de Montréal a été inauguré dans le comté de Notre-Dame-de-Grâce. J'ai eu le plaisir de le faire il y a quelques semaines.

Une voix: ...Saint-Laurent.

M. Copeman: Ah! Saint-Laurent après. Bon, on a été l'avant-dernier.

M. Couillard: ...l'annonce, M. le Président.

M. Copeman: Bon. Voyez-vous, M. le Président, même en l'espace de quelques semaines il y a des nouvelles annonces tout partout. Alors, je suis déjà dépassé par la rapidité avec laquelle ces GMF se déploient sur l'île de Montréal.

Une voix: ...

M. Copeman: Oh non, au contraire, ça fait... Oh! que le député de Notre-Dame-de-Grâce soit dépassé? Non, ça m'arrive parfois. J'ai effectivement assez d'humilité pour me dire que parfois je suis dépassé par des choses.

M. le Président, cette formule m'apparaît très, très avantageuse pour les patients parce qu'il s'agit évidemment... le but fondamental, c'est d'améliorer la qualité de soins et de services aux patients. Et le fait... Je prends l'exemple de celui... l'ancien Hôpital Reine Elizabeth, qui est maintenant le Centre de santé Reine Elizabeth, où on a inauguré un GMF, un regroupement de trois cabinets privés, accès à un plateau technique, des services rehaussés à des patients.

Je peux en témoigner personnellement, M. le Président, qu'au lieu d'aller à l'urgence j'ai eu l'occasion d'utiliser les services du GMF. Au lieu d'attendre inutilement à l'urgence et engorger inutilement, parce que mon cas n'était pas manifestement urgent, j'ai pu utiliser les services du GMF. L'organisation me paraît intéressante, c'est-à-dire que le ministère de la Santé, le système de santé donne des ressources supplémentaires aux médecins qui sont associés à un groupe de médecine de famille, infirmières, plateau technique, soutien administratif, pour que les médecins puissent travailler mieux, M. le Président. Le GMF en tant que tel n'a pas augmenté le nombre de médecins présents dans le comté de Notre-Dame-de-Grâce, mais les gens qui se sont associés au groupe de médecine de famille sont convaincus, eux, sur le terrain, les médecins, que ça va améliorer leur productivité, leur efficacité, c'est-à-dire qu'ils vont être capables de traiter plus de patients dans la même période de temps, ce qui sera un gain évidemment pour le système.

Parallèlement aux groupes de médecine de famille, il y a cette notion d'unités de médecine familiale qui s'implantent dans des régions. Peut-être le ministre pourrait nous décrire qu'est-ce que ça mange en hiver, une UMF, quel est l'objectif des UMF et à quel rythme est-ce qu'on compte qu'elles vont se développer.

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

● (12 h 20) ●

M. Couillard: Bien, M. le Président, c'est vrai qu'il y a beaucoup d'acronymes dans le paysage public québécois. D'ailleurs, le député de NDG le sait très bien.

Pour revenir aux groupes de médecine de famille, brièvement, avant de passer aux unités de médecine de famille, c'est vrai que ça n'augmente pas le nombre de médecins. Le jour où on annonce un GMF, il n'y a pas plus de médecins là. Cependant, ça a deux effets. D'une part, ça rend les médecins plus productifs parce qu'ils libèrent du temps, notamment avec le lien avec l'infirmière. D'ailleurs, quand on a fait l'évaluation des GMF, le point le plus satisfaisant pour la pratique professionnelle des médecins, c'était la présence de l'infirmière de collaboration, une autre belle... une belle réalisation du Parti québécois...

Une voix: Encore une...

M. Couillard: ...mais une idée non réalisée complètement que nous avons bien sûr, comme d'habitude, fait progresser.

L'autre exemple, également, c'est de servir d'outil d'attraction pour les médecins. Les jeunes médecins maintenant diplômés, on sait que les habitudes de vie changent, ils hésitent beaucoup à se joindre ou de démarrer des pratiques solos, ou à deux, ou à trois, pour des raisons essentielles de charge, de disponibilité puis de qualité de vie. Alors, souvent, maintenant, les jeunes médecins vont demander, vont rechercher, comme lieu de pratique en médecine familiale, une clinique avec un statut de groupe de médecine de famille.

Pour le concept d'unité de médecine de famille, c'est un concept un peu différent. Le groupe de médecine de famille, c'est un concept de soins; l'unité de médecine de famille, c'est un concept de formation. Et d'ailleurs ça donne lieu parfois, dans certaines régions, à des méprises, parce qu'on annonçait, par exemple, dans une ville de région, l'ouverture d'une UMF, et les citoyens pensaient qu'il y avait des nouveaux médecins qui venaient d'arriver en ville et ils se précipitaient pour avoir un rendez-vous avec ces nouveaux médecins pour constater, d'une part, que c'étaient les mêmes médecins que ceux qui étaient déjà là et que, comme c'était un milieu de formation, ça ne donnait pas nécessairement lieu à plus de disponibilité pour des plages de rendez-vous, des fois oui, des fois non.

Alors, c'est un milieu donc où les étudiants en médecine diplômés, c'est-à-dire qui ont fait leur cours de médecine et qui choisissent de s'orienter en médecine familiale, peuvent faire leur formation de médecine de famille, qui est une formation de deux ans après le cours de médecine, trois ans si on désire se concentrer plus sur les soins dans les salles d'urgence. Mais en général c'est deux ans. Alors, il est tout à fait possible de faire ce type de formation là dans une région, et c'est même beaucoup plus enrichissant parce que ça met l'étudiant ou le résident ou la résidente en contact avec une diversité de pratiques probablement plus grande que ce qu'on obtient dans les milieux urbains puis un degré d'autonomie également plus grand, tout en ayant le bénéfice supplémentaire de les exposer à la pratique régionale, à la vie régionale. Des fois, il y a des histoires d'amour qui naissent en UMF, et les gens décident de rester à l'endroit où ils sont, où elles sont. D'ailleurs, chaque fois que je vais dans ces régions, je leur demande toujours de se doter d'une agence de rencontre en même temps qu'ils accueillent des résidents ou des résidentes en médecine de famille. Ce n'est pas anodin, je fais une blague, mais ce n'est pas anodin, souvent le problème du conjoint et de l'emploi du conjoint est un problème important dans les installations de médecins en région.

Alors, entre 2005 et 2007, il y a eu neuf nouvelles unités de médecine de famille qui ont été mises sur pied. Je vais dire les endroits parce que c'est important pour les citoyens qu'ils le sachent: à Baie-Comeau, en lien avec l'Université Laval — alors, par définition, comme c'est un milieu de formation, chaque fois qu'il y a une UMF il y a une université qui est en association; Amos-La Sarre, l'Université de Montréal; Trois-Rivières, l'Université de Montréal; Alma-Roberval, l'Université de Sherbrooke; Maria, l'Université de Montréal; Bas-Saint-Laurent—KRTB — là un autre acronyme — Université Laval; Shawinigan, Université de Montréal; Joliette, Université Laval; Richelieu-Yamaska, Université de Sherbrooke.

Il y a neuf existantes déjà qui ont été rehaussées, c'est-à-dire augmenter la capacité d'accueil, ce qui nécessite

parfois des investissements en infrastructures: Beauce-Etchemin, Rimouski, Maizerets, Gaspé, Estrie, Hôpital Laval, Gatineau, Laurier — c'est au CHUL, ici — et Chicoutimi. Et il y a trois demandes déposées de création de nouvelles UMF: le Grand-Littoral de la Rive-Sud de Québec avec l'Université Laval; Rouyn avec l'Université de Sherbrooke; et Le Gardeur avec l'Université de Montréal. Alors, on va donc donner suite à ces projets-là lorsque l'analyse sera complétée. Et, à Rouyn, ça a été fait, on me dit. Et on va finaliser l'analyse des demandes de rehaussement des UMF des réseaux de Laval et de Montréal, parce qu'il y a également toujours des demandes de rehaussement de financement, et on fait un bilan continu de ce déploiement-là, M. le Président. Ça fait partie des stratégies qu'on a pour attirer les étudiants, et c'est nécessaire de le faire — on aura l'occasion d'en reparler dans ces crédits — plus dans la médecine de famille qu'ils ne font habituellement.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Copeman: J'imagine, entre autres, M. le Président, que l'objectif de ces unités de médecine de famille, comme a indiqué le ministre, c'est d'exposer des gens à une pratique en région dans l'espoir de vouloir les retenir en région également. Le facteur des PREM en est un pour assurer une pratique équitable à l'intérieur du Québec mais, comme les antennes de facultés de médecine qui font le même effort, c'est-à-dire exposent des gens à la pratique en région, permet peut-être, pour les jeunes médecins, de développer un engouement, de rester dans ces régions-là et de s'établir en pratique. Est-ce que c'est également l'objectif des UMF?

M. Couillard: Oui, je dirais que c'est un bénéfice ajouté. Encore une fois, c'est d'abord et avant tout un outil de formation, mais le résultat de la formation en région est souvent l'implantation des médecins en région. On l'avait déjà vérifié pour les UMF et on le vérifie maintenant, on va le vérifier également, j'en suis convaincu, pour les antennes de facultés de médecine, quand les premiers gradués vont en sortir.

Alors, je ne peux pas citer de mémoire des exemples concrets, malheureusement je n'ai pas les chiffres sous la main, mais souvent, quand je vais visiter les UMF, on dit... Bien, d'ailleurs, dans la cohorte de l'an dernier, sur six, il y en a quatre qui ont décidé de rester dans notre région. Alors, c'est très fréquent. Justement parce que ces gens sont exposés à la réalité régionale, ils développent des complicités avec ceux qui sont leurs professeurs aujourd'hui et qui seront leurs collègues quelques mois plus tard, qui les amènent souvent à choisir de s'installer en région.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Laurier-Dorion.

Lutte contre le tabagisme

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. J'aimerais amener, avant la fin de notre bloc, le ministre sur la question du tabagisme. Et évidemment nous savons tous, autour de la table, que le tabagisme est un grave problème de santé publique, surtout que les nouveaux fumeurs sont massivement des jeunes personnes, des jeunes Québécois. On sait que le tabagisme est de loin la principale cause

de décès évitable au Québec, plus de décès que la somme de ceux liés à l'alcool, au sida, aux drogues illicites, aux accidents de la route, aux suicides et aux homicides.

On sait que le taux est en diminution par rapport à 1997, on savait que le taux était de 37 %; en 2003, il était de 25 %. Et on sait que la législation constitue la stratégie de premier plan évidemment pour lutter d'une façon efficace contre le tabagisme. On sait qu'en 1998 il y a eu une loi adoptée à l'unanimité à l'Assemblée nationale, la Loi sur le tabac, qui a offert un cadre législatif pour mener cette lutte. En 2005, à l'unanimité également, plusieurs mesures ont été adoptées pour renforcer cette loi, qui ont permis, entre autres, l'extension de l'interdiction de fumer dans les lieux fermés, par exemple les bars, la limitation d'installation de fumeurs et des chambres fumeurs à des lieux d'hébergement, l'interdiction de fumer, par exemple, sur les terrains d'école.

Nous apprenons par contre récemment, la recherche suggère que les élèves québécois de niveau secondaire sont de plus en plus à laisser la cigarette mais à aller vers les cigares, la consommation de cigares. C'est assez troublant, je crois, puis on ne serait pas plus avancé si c'est le cas. Est-ce que le ministre peut nous dire quelles mesures le gouvernement prendra pour contrer cette tendance?

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

M. Couillard: M. le Président, il y a, autour de la question du tabagisme, curieusement — le député de La Peltrie va être surpris d'apprendre ça — un lien avec la discussion de fond qu'on aura sur la mixité, parce que c'est un projet de loi où l'État légifère pour interdire des choses. Alors, la réflexion de fond, elle est là: Quand est-ce que l'État légifère pour interdire? On aimerait beaucoup mieux toujours légiférer pour permettre, mais parfois on légifère pour interdire, dans une notion de bien commun, et c'est là l'équilibre à faire. On y reviendra en faisant des différences et des gradations, là, ce qui nous amènera éventuellement à la discussion de la pratique mixte des médecins.

Sur la question de la lutte contre le tabagisme, il y a des progrès au Québec. Ce sont des progrès collectifs de toute la société puis de tout le corps politique. Parce qu'autant en 1998 — en 1998, je crois, oui — lorsque mon collègue, M. Rochon, à l'époque, avait adopté la première loi, que la loi que nous avons adoptée, dans les deux cas, je crois, sauf erreur, elle a été adoptée à l'unanimité de l'Assemblée nationale parce qu'elle correspondait à un consensus social. Et c'est intéressant de voir l'évolution de la norme sociale. Lorsque M. Rochon a adopté sa première loi, il y a eu des débats immenses, qui expliquent pourquoi il n'a peut-être pas pu aller aussi loin qu'il aurait voulu aller dans une première étape.

Par exemple — je le cite comme exemple, je l'ai déjà fait en commission — on annonçait la disparition imminente des pharmacies au Québec parce qu'on interdisait la vente de tabac dans les pharmacies. Donc, il y a eu des pressions publiques, dire que, si on fait ça, c'est catastrophique, les pharmacies vont disparaître. Alors, c'est à mettre en rapport avec certains commentaires qu'on entend dans les progressions législatives.

Donc, deuxième loi qui nous permet d'aller plus loin. Quels sont les résultats collectifs de ça, avant d'aller

sur les règlements et les projets à court terme? C'est que le taux de tabagisme est en baisse constante au Québec. 1997, c'était 37 %, 2003, 25 %, et maintenant autour de 19 %, ce qui est un progrès très intéressant. Attention, parallèlement et de façon souterraine à cette baisse du tabagisme, se produit une augmentation de la consommation de cigarettes obtenues de façon illégale, la contrebande. Alors, il y a un phénomène parallèle à ça qu'il faut considérer.

● (12 h 30) ●

Qu'est-ce qui est prévu comme développement à court terme dans le domaine de la lutte contre le tabac, et à moyen terme? À court terme, bien, d'abord, il y a la mise en place de ce qui était déjà prévu de façon législative au 31 mai, qui est la fin de l'étalage public des produits du tabac — c'est les grands murs d'étalage qu'on a dans les commerces — et, deuxièmement, la disparition des fumeurs dans les lieux de travail, et ça, c'est pour la fin mai, 31 mai 2008. En passant, le Québec, en faisant ça, ne va pas plus loin que les juridictions voisines. L'Ontario met en place une législation semblable au même moment. Il y a également en cours de prépublication — et la consultation là-dessus prend fin le 17 avril — un règlement qui introduit deux éléments importants... en fait trois éléments importants.

La question des produits unitaires. Dans les médias, on parle des cigarillos, c'est-à-dire qu'on a un déplacement de la mise en marché des compagnies de tabac vers les jeunes, en utilisant les cigarillos en vente unitaire. Alors, on a statué, par règlement qui sera adopté après la période de consultation, que ces produits doivent être vendus en paquet de 10 et qu'il n'est permis que de vendre des produits du tabac dont la valeur unitaire dépasse 5 \$, de façon unitaire, pour protéger bien sûr la vente des cigares, là, qui est un produit légal consommé et importé. Donc, premièrement, la question des cigarillos.

Deuxièmement, la mise en garde sur la publicité. Les publicités directes des compagnies de tabac avaient cessé dans l'anticipation des décisions judiciaires finales, incluant la Cour suprême, qui ont reconnu le droit aux compagnies de tabac de faire de la publicité. Ayant maintenant cette confirmation, on peut s'attendre à ce qu'il y ait un retour de la publicité des compagnies de tabac. On doit donc intervenir pour obtenir des mises en garde — et ce sera fait — obligatoires sur les publicités de produits de tabac, un peu à l'image de celles qu'on retrouve sur les paquets de cigarettes.

Et bien sûr il y a d'autres éléments plus mineurs, mais ce sont les deux éléments principaux. Donc, cette consultation prend fin le 17 avril, ce qui devrait par la suite nous permettre d'adopter ce règlement. À moyen terme, il est prévu, de la même façon...

Le Président (M. Kelley): En terminant.

M. Couillard: Et je termine là-dessus. De la même façon que nous avons entrepris, en 2003, une révision de la Loi sur le tabac votée en 1998, il est prévu qu'en 2010 nous entreprendrons une nouvelle révision de la Loi sur le tabac et qu'il y aura peut-être des modifications législatives à ce moment-là, mais pas d'ici là.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. Comme père des enfants qui travaillent dans

les restaurants, ils sont toujours très heureux du fait qu'on a enlevé les cigarettes dans ces restaurants, dans les établissements. Ce sont des filles étudiantes qui gagnent un petit peu de leur argent dans les restaurants.

Je vais juste mentionner à mes collègues de L'Assomption et Marie-Victorin si on peut tenir une très, très, très courte séance du comité directeur pour régler une chose.

Sur ça, j'ajourne nos travaux au mardi le 15 avril, à 9 h 30, dans la salle du Conseil législatif, pour poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires 2008-2009 relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux. Bonne fin de semaine pour tout le monde. Et go, Habs, go!

(Fin de la séance à 12 h 33)