



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
de la santé et des services sociaux**

**Le lundi 8 juin 2015 — Vol. 44 N° 56**

Étude détaillée du projet de loi n° 20 — Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (6)

**Président de l'Assemblée nationale :  
M. Jacques Chagnon**

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	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  
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles  
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85  
Québec (Québec)  
G1A 1A3

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

**Commission permanente de la santé et des services sociaux**

**Le lundi 8 juin 2015 — Vol. 44 N° 56**

**Table des matières**

Étude détaillée (suite)	1
Décision de la présidence sur la recevabilité d'un sous-amendement	14

**Intervenants**

M. Marc Tanguay, président

M. Gaétan Barrette  
Mme Diane Lamarre  
M. Jean-François Lisée  
Mme Chantal Soucy  
Mme Lorraine Richard  
M. Sylvain Rochon  
M. Marc H. Plante  
M. Guy Bourgeois  
M. Pierre Giguère  
Mme Caroline Simard  
M. André Drolet  
Mme Julie Boulet



Le lundi 8 juin 2015 — Vol. 44 N° 56

**Étude détaillée du projet de loi n° 20 — Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (6)**

*(Quatorze heures dix-huit minutes)*

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, bienvenue à tous. À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes présentes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Le mandat de la commission est de procéder à l'étude détaillée du projet de loi n° 20, Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements?

**Le Secrétaire :** Oui, M. le Président. M. Iracà (Papineau) est remplacé par Mme Boulet (Laviolette); M. Habel (Sainte-Rose), remplacé par M. Bourgeois (Abitibi-Est); Mme Montpetit (Crémazie), remplacée par M. Drolet (Jean-Lesage); et Mme Hivon (Joliette), remplacée par M. Rochon (Richelieu).

**Étude détaillée (suite)**

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, lors de la suspension de nos travaux... et les travaux qui avaient précédé à ceux de vendredi nous indiquent ce matin, en ce début d'après-midi, que l'objet du débat est le sous-amendement de la collègue de Taillon à l'amendement du ministre à l'article 3 intégré de l'article 1. Alors, c'est l'objet de notre débat.

Nous sommes à organiser, donc, nos travaux, nous avons corrigé le tir quant à l'objet qui était, la dernière fois que nous nous étions laissés, à l'article 7. Alors, très candidement, je demande à la collègue de Taillon : Est-ce que nous sommes prêts à poursuivre? Sinon, je peux très facilement suspendre. Mais vous êtes prête à poursuivre le débat?

**Mme Lamarre :** Oui, je suis prête à poursuivre, M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay) :** La parole est à vous, chère collègue.  
• (14 h 20) •

**Mme Lamarre :** D'abord, je veux remercier le ministre et son équipe ministérielle pour la session d'une heure et demie que nous avons eue, d'information sur le cadre de gestion qui est prévu et qui nous a apporté un éclairage concret sur les choix qui avaient été faits pour l'organisation des soins. Et donc je pense qu'à la lumière de ça, ça va nous permettre d'avoir effectivement une capacité de mieux travailler l'article 3 du projet de loi n° 20.

Nous en sommes, là, à un amendement où il me reste très peu de temps, une minute d'intervention. Il prévoyait... Donc, l'amendement, le sous-amendement que j'avais proposé, c'était d'assurer avec d'autres médecins des heures d'activités médicales cinq soirs par semaine et les fins de semaine. Alors, je crois qu'on a appris qu'il y avait énormément de choses positives dans cette entente. Malheureusement, cet objectif de garantir un accès vraiment... Vraiment, le mot «garantir» un accès le samedi après-midi, le samedi soir, le dimanche après-midi, le dimanche soir, moi, je ne l'ai pas vu, là. Il y a des mesures pour améliorer et suivre davantage l'occupation et les heures de disponibilité des médecins, mais rien qui garantit que, dans les GMF, on va avoir des médecins le samedi après-midi et le dimanche après-midi. Alors, je maintiens mon sous-amendement qu'on mettra aux voix.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. M. le ministre.

**M. Barrette :** Bon, bien, je remercie la députée de Taillon de ses commentaires. Maintenant, moi, je fais évidemment une interprétation différente de ce qui a été présenté pendant la dernière heure et demie quant au cadre de gestion des groupes de médecine de famille, qui, dans mon interprétation, contient tout ce qu'il faut pour garantir l'accès que recherche plus formellement la députée.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci. Y a-t-il d'autres interventions? Collègue de Rosemont, la parole est à vous.

**M. Lisée :** Bien, brièvement, puisque je pense que ça dispose du débat, mais, compte tenu de la présentation qu'on nous a faite et le degré de certitude assez grand du ministre et de son équipe qu'on va atteindre cet objectif-là, il me semblerait normal de renforcer... de juste... de préciser, et d'affirmer, et d'enchâsser cet objectif-là dans la loi puisque c'est la finalité qui est visée, et le ministre a un bon niveau de certitude de l'atteindre. Donc, je fais un dernier appel à la cohérence entre la loi et l'application du cadre de gestion GMF. Puisqu'on va y arriver, alors, où est le risque?

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, là, ici, évidemment, c'est une question d'interprétation encore une fois. Moi, je considère que les éléments qui sont dans le projet de loi actuellement atteignent l'objectif qui est visé par tout le monde et je ne vois pas la pertinence de rajouter ce sous-amendement.

**Le Président (M. Tanguay) :** 30 secondes, collègue de Rosemont. Non? Ça complète? Collègue de Saint-Hyacinthe, la parole est à vous.

**Mme Soucy :** On aimerait déposer un amendement pour l'article 3.1, alors, qui se lirait comme suit...

**Le Président (M. Tanguay) :** Je vous demande, s'il vous plaît, peut-être d'attendre un peu plus tard. Nous ne pouvons pas aller au-delà d'un sous-amendement. Alors, un article, un amendement, un sous-amendement. Nous sommes...

**Mme Soucy :** O.K. On avait...

**Le Président (M. Tanguay) :** On ne peut pas sous-amender un sous-amendement.

**Mme Soucy :** O.K. Excusez-moi, je pensais que... Dans ma tête, on avait déjà...

**Le Président (M. Tanguay) :** On n'a pas encore disposé...

**Mme Soucy :** ...on avait voté à la...

**Le Président (M. Tanguay) :** Non.

**Mme Soucy :** O.K. C'est beau.

**Le Président (M. Tanguay) :** Pas de problème. On va y aller tranquillement.

**Mme Soucy :** Vendredi, je pensais qu'on avait voté ça.

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, je suis réellement prêt à recevoir des interventions sur le sous-amendement de la collègue de Taillon. Y a-t-il d'autres interventions? Sinon, effectivement, vous avez raison, j'appellerai le vote. Alors, je constate qu'il n'y a pas d'autre intervention. Alors, je mets aux voix le sous-amendement de la collègue de Taillon à...

**Mme Lamarre :** ...M. le Président, un vote par appel nominal.

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui, un vote par appel nominal. Alors, M. le secrétaire, nous allons maintenant voter sur le sous-amendement de la collègue de Taillon à l'amendement du ministre à l'article 3 intégré de l'article 1. Le sous-amendement est-il adopté? Appel nominal.

**Le Secrétaire :** Donc, Mme Lamarre (Taillon)?

**Mme Lamarre :** Adopté.

**Le Secrétaire :** Pour, contre ou abstention?

**Mme Lamarre :** Pour.

**Le Secrétaire :** Pour. M. Lisée (Rosemont)?

**M. Lisée :** Pour.

**Le Secrétaire :** Mme Richard (Duplessis)?

**Mme Richard :** Pour.

**Le Secrétaire :** M. Rochon (Richelieu)?

**M. Rochon :** Pour.

**Le Secrétaire :** M. Barrette (La Pinière)?

**M. Barrette :** Contre.

**Le Secrétaire** : M. Plante (Maskinongé)?

**M. Plante** : Contre.

**Le Secrétaire** : M. Bourgeois (Abitibi-Est)?

**M. Bourgeois** : Contre.

**Le Secrétaire** : M. Giguère (Saint-Maurice)?

**M. Giguère** : Contre.

**Le Secrétaire** : Mme Simard (Charlevoix—Côte-de-Beaupré)?

**Mme Simard** : Contre.

**Le Secrétaire** : M. Drolet (Jean-Lesage)?

**M. Drolet** : Contre.

**Le Secrétaire** : Mme Soucy (Saint-Hyacinthe)?

**Mme Soucy** : Contre.

**Le Secrétaire** : M. Tanguay (LaFontaine)?

**Le Président (M. Tanguay)** : Abstention.

**Le Secrétaire** : Rejeté.

**Le Président (M. Tanguay)** : Alors, le sous-amendement est rejeté. Nous revenons donc à l'objet du débat, qui est l'amendement du ministre à l'article 3 intégré au 1. Y a-t-il des interventions? Oui, collègue de Saint-Hyacinthe.

**Mme Soucy** : Alors, on aimerait déposer un amendement à l'article 3.1. Alors : Insérer, après l'article 3 proposé à l'article 1 du projet de loi... Donc, il se lirait comme suit : «Pour que les Québécois puissent...»

**Le Président (M. Tanguay)** : Il faut qu'on fasse les choses dans l'ordre. Nous sommes... L'objet du débat est l'amendement du ministre à l'article 3.

**Mme Soucy** : Exactement.

**Le Président (M. Tanguay)** : On me confirme que ce n'est pas 3.1 qui est l'objet du débat. Alors, on devrait attendre que ça devienne... Après 3. On doit d'abord disposer de l'article 3.

**Mme Soucy** : ...nouvel article.

**Le Président (M. Tanguay)** : Pardon? Vous voulez introduire un nouvel article, le nouveau 3.1, alors nous devons disposer... À moins qu'il y ait consentement, mais l'objet du débat est l'amendement du ministre à l'article 3. On va en disposer, et la collègue... Alors, je vous demande : Y a-t-il consentement pour suspendre le 3 et aller à un 3.1 ou nous continuons sur le 3?

**M. Barrette** : Pas de consentement.

**Le Président (M. Tanguay)** : Alors, il n'y a pas de consentement. Donc, on y arrivera...

**Mme Soucy** : ...le déposer au 3.

**Le Président (M. Tanguay)** : Pardon?

**Mme Soucy** : Pourquoi qu'il n'y a pas de consentement? Parce qu'on va...

**Le Président (M. Tanguay)** : Ah! bien on ne pourra pas... On ne commencera pas à...

**M. Barrette** : ...déposer une proposition de 3.1...

**Le Président (M. Tanguay) :** Aussitôt qu'on a fini 3, ce sera recevable.

**Mme Soucy :** O.K.

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, hâtons-nous lentement. Chers collègues, y a-t-il des interventions sur l'amendement du ministre à l'article 3? Je suis prêt à recevoir des interventions. Collège de Taillon.

**Mme Lamarre :** ...déposer un sous-amendement qui se lirait comme suit : Article 1, article 3 : Modifier l'amendement à l'article 3, introduit par l'article 1 du projet de loi, par l'ajout des mots suivants après les mots «groupe de médecine de famille,»... Donc, pour le positionner, dans l'article 3, le deuxième paragraphe, celui qui commence par «1° assurer, individuellement ou avec d'autres médecins au sein d'un groupe de médecine de famille...» Et l'ajout du sous-amendement se lit ainsi : «...la prise en charge de l'ensemble de la population sur un territoire géographique donné et le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients...»

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, un choix, deux options. On peut suspendre le temps que des photocopies soient distribuées ou, M. le ministre, êtes-vous prêt à débiter le débat?

**M. Barrette :** Moi, je peux évidemment commenter immédiatement, là. Alors, c'est un paragraphe, hein?

**Une voix :** Oui.

**M. Barrette :** Alors, le premier paragraphe, M. le Président, fait référence aux groupes de médecine de famille. Or, sur un territoire, il peut y avoir des médecins qui ne sont pas dans un groupe de médecine de famille. Alors, on ne peut pas assigner ou demander d'une façon légale à seulement les groupes de médecine de famille de prendre en charge toute la population sur un territoire donné. Parce que le paragraphe en question fait référence aux groupes de médecine de famille.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collège de Taillon.

• (14 h 30) •

**Mme Lamarre :** Oui. On se rappelle, dans le fond, que, lorsqu'on a parlé du taux d'inscription à un groupe de médecins de famille, et le ministre et la FMOQ ont dit cibler un taux de 85 % en disant que le 15 % restant n'avait pas nécessairement besoin naturellement, spontanément d'aller chercher un médecin de famille. Mais personne n'a jamais nié le fait que 100 % de la population devait avoir une prise en charge au moment où elle en aurait besoin et que, comme on est à planifier l'organisation — donc, c'est l'anticipation des besoins de la population — le fait de dire : Il faut qu'on soit capable de répondre à une prise en charge éventuelle de l'ensemble des citoyens d'un territoire donné, je pense que ça va très bien dans l'esprit de ce qui nous a été présenté ce matin au niveau des GMF, donc pas seulement assurer le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients. Alors, on est vraiment dans une question, là, de compréhension de la responsabilité d'un GMF. Et ces modèles de groupe de médecine de famille sont souvent, dans d'autres pays, dans d'autres provinces, orientés vers une responsabilité d'une population sur un territoire donné, alors qu'ici on met l'exigence seulement sur le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients.

Alors, moi, je trouve que cette proposition-là vient assurer que les groupes de médecine de famille... puis on dit «assurer, individuellement ou avec d'autres médecins au sein d'un groupe de médecine de famille», donc ça implique que les médecins qui continuent à travailler en solitaire, là, qui sont encore tout seuls dans leur bureau, les médecins qui travaillent dans d'autres contextes et les médecins au sein d'un groupe de médecine de famille sont tous potentiellement inclus. Mais ils devraient, à l'intérieur, par exemple, du DRMG, à l'intérieur de d'autres instances, prendre la responsabilité d'offrir des soins à l'ensemble des habitants d'un territoire donné. C'est ça que la population veut, et ces soins-là, bien, ils seront variables. Si on a un jeune de 30 ans en santé, ça sera sûrement moins. Ça sera probablement quelque chose qui sera plus circonstanciel, mais ce sera une porte d'entrée. Ce jeune de 30 ans là, le jour où il aura un symptôme important, où il y aura une protubérance qui lui poussera sur le bras, il saura qu'il peut entrer quelque part dans le système et où il doit entrer.

Alors, c'est cette dimension-là de responsabilisation sociétale, donc non pas juste d'un nombre... On n'est pas dans le calcul de 500 patients, ou 242 patients, ou 5 000 patients, on est dans une prise en charge de l'ensemble d'une population selon un territoire donné. On vient de changer, avec la loi n° 10, toute la répartition de nos établissements, qui sont devenus de grands établissements sur une base territoriale. Donc, les responsabilités des médecins par rapport à la prise en charge nous apparaissent être tout à fait cohérentes de la mettre... Il nous apparaît cohérent, là, de mettre ça en lien avec cette obligation-là pour éviter justement qu'on ait ce qu'on a malheureusement trop souvent actuellement, un service à la pièce, c'est-à-dire qu'un médecin choisit un petit peu de ces patients-là, un petit peu de ceux-là, mais, quelque part, personne ne se sent imputable d'assurer la prise en charge de l'ensemble des habitants d'un territoire donné. Donc, je crois que c'est une... Ça m'apparaît quelque chose de très positif.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, là, je vais réitérer simplement que la demande qui est faite par la députée de Taillon, bien que je comprenne, évidemment, qu'elle nous propose une vertu... Mais la vertu, ici, serait absolue. Je ne

peux pas mettre dans un texte de loi... qui viendrait introduire une contradiction à ce qui est écrit là. La prise en charge de l'ensemble de la population, c'est 100 % du monde, et moi-même, dans le projet de loi, on parle de 85 %, là, et la prise en charge, là, ça signifie un certain nombre de choses. Ça signifie l'inscription, et ainsi de suite, là. Alors, ici, le texte initial a été écrit en fonction de certains paramètres, le 85 %, 80 % d'assiduité, et ainsi de suite, et là on vient pousser cette intention-là à l'extrême.

Alors là, ici, ça m'apparaît être quelque chose qui est d'abord antinomique par rapport à ce que l'on veut faire. Donc, ça introduit une contradiction dans la loi qui n'est pas, à mon avis, de bon aloi, d'une part, et d'autre part, lorsque la députée de Taillon nous explique sa position, on parle d'une offre de service. Bon, une offre de service, par définition, c'est sûr que c'est une offre. C'est une offre, mais ce n'est pas la même chose une offre qu'une prise en charge. Alors, ce texte-là, pour moi, n'est pas recevable.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Rosemont.

**M. Lisée :** Alors, ici, la volonté, c'est de bien marquer que le groupe de médecine familiale est responsable pour une population qu'il dessert et la population qui souhaite avoir des soins. Alors donc, il n'y a pas de possibilité de refus de pratique, il n'y a pas de possibilité de vouloir faire des niches à l'intérieur de la population, d'exclure tel ou tel autre groupe. Ça, c'est le but de l'amendement, du sous-amendement.

On est bien prêts à discuter des termes pour arriver là, mais on a déjà entendu le ministre dire : Oui, effectivement, c'est une responsabilité populationnelle à laquelle on veut adhérer. Nous constatons qu'elle n'est pas exprimée dans le projet de loi, donc nous voudrions l'insérer. Est-ce qu'on peut l'insérer autrement? Est-ce qu'on peut... Si le ministre a des suggestions à nous faire, on peut suspendre puis discuter du libellé, mais l'idée que, écoutez, à partir du moment où le GMF a son code de gestion, il y a une population à servir, il ne peut pas refuser de servir les membres de cette population qui demandent à être servis et il est responsable de cette population-là, on aimerait la voir inscrite dans la loi. On pense que c'est là; ça peut être écrit autrement. Est-ce que le ministre est ouvert à cette discussion?

**M. Barrette :** M. le Président, ce n'est pas que je ne suis pas ouvert à la discussion, c'est que le projet de loi est construit d'une telle manière qu'on arrive à ça, selon des paramètres X qui reviennent, parce qu'ils sont multiples, les paramètres, et ils sont traités à divers endroits dans le projet de loi. Mais là on me demande de rajouter une phrase qui dit une contradiction par rapport à l'esprit du projet de loi et qui est en soi aussi une quasi-impossibilité, là. Il faut choisir les mots. Les mots ont un sens dans le projet de loi là.

«...la prise en charge de l'ensemble de la population...» «L'ensemble», là, c'est la totalité. Ce n'est pas une partie de la population, c'est l'ensemble. C'est un synonyme de totalité. Une prise en charge, c'est le suivi médical, là. C'est ça que c'est, là, c'est un synonyme, ça aussi. Alors, on vient introduire dans la loi une obligation absolutiste en termes de ce que l'on recherche. Et on l'a dit et on a passé récemment, dans les dernières deux heures, beaucoup de temps à expliquer, puis on l'a fait avant, qu'il y a des gens qui ne veulent pas être pris en charge au sens de la terminologie de la chose, au sens sémantique de prise en charge. Ils veulent être là — ça, c'est une offre de service — ponctuellement avoir un service, et ça, c'est ce que le projet de loi fait.

La prise en charge de l'ensemble, ce n'est pas ce que vise le projet de loi parce que la population ne veut pas totalement être prise en charge au sens de ce que signifie «prise en charge». Alors là, il y a un problème, là. On comprend le côté tout à fait louable de l'intention de l'amendement, mais ça devient, un, une contradiction et ça devient absolument contraire à l'essence du projet de loi. Alors là, l'essence du projet de loi est de faire en sorte que ceux qui veulent avoir un médecin soient pris en charge, et c'est ce que le projet de loi fait. Et c'est dit clairement à plusieurs endroits, mais là on vient introduire une phrase qui dit : Bien là, ce n'est pas juste ceux qui veulent, mais c'est aussi ceux qui ne veulent pas, puis on sait que ça, c'est impossible.

Alors, je ne dis pas non puis je ne dis pas que je ne veux pas en débattre. Je dis simplement que cette manœuvre-là vient faire en sorte que la loi se contredit, s'autocontredit, si on l'adoptait... viendrait s'autocondredire si on l'adoptait. Conséquemment, ce n'est pas contre la finalité que j'en ai, mais contre le fait que ce qu'on me propose, c'est quelque chose d'impossible.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Richelieu.

**M. Rochon :** Je n'arrive pas à très bien suivre le ministre, M. le Président, parce que là je l'ai d'abord entendu dire que la proposition de la députée de Taillon allait dans le sens du projet de loi. Je l'ai ensuite entendu dire qu'elle entrait en contradiction avec le projet de loi. Je l'ai enfin entendu dire qu'il ne disait pas non. Je ne suis plus, là, je ne vous suis plus.

**M. Barrette :** Je vais recommencer, M. le Président. Je vais le faire rapidement.

**M. Rochon :** Oui, recommencez donc.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** Alors, j'ai dit que je n'étais pas contre la vertu absolue qui est proposée par l'amendement. J'ai dit par la suite que cette vertu était, comme souvent sont les vertus, inatteignable et j'ai dit que le projet de loi prenait compte de l'impossibilité d'atteindre ce niveau de vertu parce que rien, même dans la littérature mondiale, ne montre

que 100 % de la population veut être prise en charge et qu'ici l'amendement proposé exigerait dans la loi que 100 %, la totalité, de la population soit prise en charge, ce qui est une vertu, alors que ce n'est pas ce que 100 % de la population demande nulle part sur la planète.

Or, si on n'atteint pas 100 % par la volonté de la population, on est en bas de 100 % et, si on est en bas de 100 %, on est dans le projet de loi qui ne demande pas 100 %. Il n'est donc pas nécessaire de mettre ça. Et non seulement ce ne serait pas nécessaire, mais ça serait en contradiction avec tout le projet de loi qui, lui, ne vise pas 100 %. Alors, c'est un amendement qui viendrait en quelque sorte invalider le reste du projet de loi. Bien que je sois d'accord avec la perfection visée par l'amendement, je choisis de rester dans la réalité qui est celle de l'imperfection.

**Le Président (M. Tanguay) :** Mme la députée de Taillon.

• (14 h 40) •

**Mme Lamarre :** Oui. Alors, M. le Président, ce qu'on a compris avec l'entente : on comprend qu'il y a une pondération, qu'il y a un taux d'assiduité, qu'il y a une répartition de responsabilités d'un certain nombre de patients par GMF. Ça fait beaucoup de chiffres, ça fait effectivement des cibles concrètes à atteindre mais ça fait des chiffres.

Moi, dans ma pratique, j'ai entendu souvent... et ma grande crainte par rapport aux orientations réglementaires qui ont été déposées, c'était d'entendre des médecins de bonne volonté qui disaient : Moi, je vois mes 1 200 patients qui sont prévus en respect avec les besoins du GMF, la pondération, le taux d'assiduité. Moi, je vois mes 1 200 patients puis je m'en occupe bien, et les autres, malheureusement, qui ne sont pas récupérés, je ne suis pas responsable de ces autres-là. C'est l'organisation des soins qui en est responsable, de faire en sorte que ces gens-là aient accès au système de santé, et cette organisation des soins là, bien, on est en train de la définir actuellement.

Alors, je pense qu'on se rejoint, que peut-être quelque part... Et j'entends le ministre, sur le fond, qui semble relativement d'accord. C'est peut-être le mot «prise en charge» qui mériterait d'être nuancé, et là on est dans «assurer, individuellement ou avec d'autres médecins, au sein d'un groupe de médecine familiale». Actuellement, on a seulement le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients. Alors, si on laisse ça comme l'a là, on peut retomber dans le même piège que celui où on est actuellement. Et je suis prête à assouplir mon sous-amendement et à dire : «...assurer, individuellement ou avec d'autres médecins au sein d'un groupe de médecine familiale, une offre de service...». «Une offre de service», M. le Président. Donc, je redis, parce que je veux être sûre de capter l'attention, donc : Assurer une offre de service à l'ensemble de la population d'un territoire géographique donné et le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients.

Là, je pense qu'on est exactement dans l'esprit de ce que le ministre souhaite et de ce que la... qui donne des bonnes garanties à la population qu'on n'aura pas cette réponse-là, là, de dire : On est un groupe de médecins, de 10 médecins, on a chacun nos 1 200 patients, puis les 2 000 qui attendent à la porte, on n'a pas de responsabilité par rapport à ces gens-là. C'est ça qu'il faut éviter dans le projet de loi n° 20 si on veut en faire une valeur ajoutée par rapport à toute la constitution mathématique qu'on essaie d'en faire pour essayer de trouver des ratios, et des pondérations, et des taux d'assiduité. Tout ça, ça vise ultimement à ce que tous ceux qui sont dans la population sentent qu'ils ont une offre de service raisonnable.

Alors, je propose donc que, si le ministre, en échange, est d'accord, je serais prête à retirer mon sous-amendement et à remplacer «prise en charge» par «offre de service à l'ensemble de la population d'un territoire géographique donné».

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** Bien là, compte tenu de l'évolution de la chose, est-ce que je comprends qu'on retire le sous-amendement à la faveur d'un autre sous-amendement?

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** Si vous avez une certaine réceptivité, on pourrait suspendre et le rédiger.

**M. Barrette :** Bien là, on peut suspendre un instant, là. Ce n'est pas... Suspendons donc.

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, voilà. Nous suspendons.

(Suspension de la séance à 14 h 44)

(Reprise à 15 h 15)

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, nous sommes de retour, et je cède la parole à la collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** Merci beaucoup, M. le Président. Donc, nous avons eu des échanges avec le ministre et nous souhaitons à ce moment-ci... Pour essayer de bien répondre à sa préoccupation des obligations légales qui pourraient découler du choix du mot «prise en charge», on est d'accord pour retirer le sous-amendement et de déposer un autre sous-amendement qui dira cette fois-ci : Assurer «une offre de service à l'ensemble de la population d'un territoire géographique donné et», et donc, à ce moment-là, on réinsère cette phrase à l'intérieur de la grande phrase. Donc, ça se lirait : Assurer... Alors, je dépose le sous-amendement. Je retire mon premier sous-amendement.

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, pour y aller dans l'ordre, oui, alors, deux choses. La première, considérant que vous avez un nouveau sous-amendement, vous demandez le consentement pour retirer l'actuel sous-amendement pour pouvoir en déposer un autre...

**M. Barrette :** Consentement.

**Le Président (M. Tanguay) :** ... — alors, il y a consentement — et retirer votre précédent sous-amendement. Vous avez donc le texte, que l'on pourrait faire photocopier, d'un nouveau sous-amendement qui s'inscrit dans le débat que nous avons. Voulez-vous en faire la lecture officielle, chère collègue, et l'expliquer? Et, dès que la lecture en sera terminée, peut-être, s'il vous plaît, donner à notre page une copie, nous la ferons circuler.

**Mme Lamarre :** D'accord. Alors, le sous-amendement se lit ainsi, M. le Président :

Article 1 (article 3) : Modifier l'amendement à l'article 3, introduit par l'article 1 du projet de loi, en ajoutant les mots suivants après les mots «groupe de médecine de famille,» au premier paragraphe. Et les mots ajoutés : «une offre de service à l'ensemble de la population d'un territoire géographique donné et».

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci. Alors, nous allons faire des photocopies. Aviez-vous des commentaires sur votre sous-amendement?

**Mme Lamarre :** Bien, comme la population n'a pas pu profiter, dans le fond, des différents échanges qu'on a eus pendant la période où on était hors d'ondes, tout simplement dire que ce qu'on a vécu, ce que la population a vécu comme situation réelle, c'est des médecins qui disaient : Bien, moi, j'ai atteint mes cibles d'inscription, j'ai un bon taux d'assiduité — même si les médecins n'en étaient pas tout à fait conscients, déjà ils pouvaient voir qu'ils remplissaient, dans le fond, toutes les conditions — et beaucoup, beaucoup de familles nous ont dit, et m'ont dit à moi, que, dans le fond, leur troisième enfant, là, bien, il se faisait dire par le médecin : Non, moi, j'ai atteint mes cibles, j'ai atteint mon nombre de patients inscrits donc, malheureusement, je ne prends pas votre troisième enfant. Alors, si on est dans l'esprit d'un groupe de médecine de famille, il y a définitivement un avantage d'avoir toute la famille qui est prise en charge par le médecin ou, en tout cas, par son équipe de médecins et ne serait-ce que pour identifier des maladies qui ont des origines semblables. Un enfant dont les parents sont asthmatiques, on sait qu'il a plus de risques d'être asthmatique, il y a différents paramètres qui peuvent être prédits.

Et donc ce qu'on veut éviter, c'est cette situation où, à la suite de la conformité où un médecin dirait : Bien, moi, je regarde mes statistiques, là, puis je suis conforme dans mon taux d'inscription, je suis conforme dans mon taux d'assiduité, je suis conforme dans la pondération donc, à ce moment-ci, je considère que j'ai rempli tous mes devoirs envers l'État, et, malheureusement, les patients qui viendraient s'ajouter, ce n'est pas de ma responsabilité, c'est la responsabilité de l'organisation des soins... Et, comme on est à réfléchir sur cette organisation des soins à la lumière de ce que les gens ont vécu comme situation difficile... Et des parents qui se sont fait dire ça, là, il y en a beaucoup, alors il faut essayer de trouver une solution. C'est la même chose quand on disait : Les heures d'ouverture, ce que les gens ont déploré, c'est que le samedi après-midi, le dimanche après-midi, le samedi soir, on ne peut pas trouver un médecin de famille ailleurs... trouver un médecin ailleurs qu'à l'urgence.

On essaie, par ce projet de loi n° 20 là, de faire mieux que ce qu'on a. Le médecin... le ministre a apporté de bonnes suggestions, je pense qu'il y en a un certain nombre qui vont avoir un impact, mais ces deux enjeux-là, qui sont des enjeux cruciaux, qui sont vraiment des irritants importants et aussi qui ont un impact sur l'accessibilité réelle des patients et des familles à un médecin de famille, bien, ça, on n'y répond pas.

Alors, on cherche une solution, et je pense que la proposition de parler d'offre de service, ça amène une responsabilité. Beaucoup des pénalités qui sont prévues dans le projet de loi n° 20 ou dans l'entente sont des pénalités de nature économique. Alors, on va baisser la rémunération du médecin de 10 %, 20 %, 30 %, mais il y a des gens qui ne sont pas si sensibles que ça à la baisse de leur rémunération, qui disent : Moi, bien, au lieu de faire 150 000 \$, si je fais 100 000 \$ puis que je fais un peu plus les choses que je veux, ça va être correct. Alors là, ce qu'on veut s'assurer, c'est que c'est l'ensemble d'un groupe de médecins... on ne parle pas individuellement, chaque médecin être responsable, mais que l'ensemble d'un groupe de médecins, sur un territoire donné, se donne la responsabilité, donc pas juste une pénalité économique, mais une responsabilité populationnelle, donc, d'assurer une offre de service à l'ensemble de la population d'un territoire géographique donné.

Je pense que, plus on pense à favoriser... On donne de beaux incitatifs pour du travail d'équipe, mais, à travers cette équipe-là, il faut qu'il y ait de la place pas seulement pour remplir un bon de commande avec le nombre d'actes qu'on doit faire et le nombre de patients à qui on doit les faire, mais d'avoir une offre de service pour l'ensemble des gens sur un territoire donné au fil des besoins de ce territoire-là. C'est l'esprit de mon sous-amendement, M. le Président.

• (15 h 20) •

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, effectivement, en dehors des ondes, on a eu une excellente discussion de part et d'autre de notre table, et, bon, j'ai quand même pu faire valoir un certain point. On comprend très bien l'idéal qui est visé par la députée de Taillon. Maintenant, je soumettrais à la députée, là, et à tous les membres de l'opposition qu'on ne peut pas prendre des cas de figure d'aujourd'hui pour justifier la mise en place d'un texte qui est un idéal. L'idéal, dans un texte de loi, en général, on ne le met pas parce que ce n'est pas atteignable. Et, d'autre part, le projet de loi comme tel vient corriger,

là... C'est fait pour corriger les cas de figure qui sont présentés comme arguments, utilisés comme arguments pour justifier l'amendement. Alors, moi, je peux assurer la population que ce texte de loi là, s'il est mis en application, va régler des problèmes, c'est pour ça qu'on le fait et c'est pour ça que tout le monde y travaille ici autour de cette table, mais il ne faut surtout pas penser que la présence ou non de ces amendements-là va changer quoi que ce soit à la finalité, à l'impact de la loi.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** ...que la loi, le fait de travailler sur un projet législatif comme celui qu'on fait avec le projet de loi n° 20, ça vise à éviter que se répètent les écueils qu'on a rencontrés, qui sont des écueils très concrets, et je crois qu'on a intérêt à les préciser, et à vraiment les confronter, puis vraiment se mettre en situation... confronter ces écueils-là et se dire : Comment on peut se donner des garanties un peu meilleures? Alors, on a un processus qui resserre des règles, mais, à travers ces règles-là, le resserrement des règles ne nous garantit pas qu'on va demander une responsabilité populationnelle au niveau des médecins. Moi, ce que je me dis à ce moment-là, c'est qu'il faudra, à ce moment-là, prévoir que d'autres professionnels pourront combler cette offre de service là si on ne peut pas la demander à des médecins.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** D'ailleurs, dans la dernière heure et... pas dans la dernière heure et demie, parce que le temps passe, là, mais, avant notre séance d'aujourd'hui, il y a eu une longue démonstration qui montrait à quel point le cadre que nous mettons en place favorisait le travail interdisciplinaire. Et, peut-être, M. le Président, vous me permettez de réitérer — et peut-être aussi pour la population qui nous écoute — le côté particulier de la situation actuelle, puisque, dans les derniers mois, j'ai été très fortement et vertement critiqué de vouloir augmenter la charge de travail des médecins, notamment en faisant passer la moyenne de patients pris en charge de 700, 750 à 1 500 pour un médecin qui ne fait pas d'hôpital, et là, aujourd'hui, essentiellement, on propose des amendements qui ont une finalité d'aller plus loin encore.

Alors, dans le débat auquel la population du Québec assiste actuellement, on est passés d'un mauvais projet de loi, parce qu'il était jugé excessif, à une prise de position, en commission parlementaire, qui veut aller plus loin que ce qui avait été jugé comme étant excessif. J'en suis très heureux parce que ça vient valider la position que j'ai mise sur la table depuis le mois de novembre 2014 et j'ose espérer que, dans cette session-ci, nous aurons la chance d'adopter le projet de loi, puisque, manifestement, il va au moins suffisamment loin, puisqu'on voudrait qu'il aille encore plus loin.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Taillon... Collègue de Rosemont.

**M. Lisée :** Taillon d'abord.

**Le Président (M. Tanguay) :** Taillon.

**Mme Lamarre :** En fait, il y a quelque chose qui reste identique par rapport à la situation actuelle, c'est que la clé pour entrer dans le système de santé demeure l'inscription auprès d'un médecin. Ça, ça n'a pas été changé, M. le Président, c'est la clé. Et, si on n'a pas cette clé-là, si on n'est pas inscrit auprès d'un médecin et si le médecin a comblé son taux d'inscription attendu, bien, il n'y a pas de clé, actuellement, pour les patients pour rentrer dans ce système-là, et donc on va se retrouver avec la même situation qu'actuellement, c'est-à-dire que ces gens-là vont n'avoir que l'urgence pour entrer. Alors, l'inscription est la clé.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** ...ce n'est pas ça du tout, puisque — et ça, ça a été dit à moult reprises — ce que nous mettons en place, c'est une loi qui vise à encadrer le travail du médecin en équipes interdisciplinaires, mais dans un cadre qui est soit de groupes de médecins de famille, qui sont à proximité des citoyens et des citoyennes, soit dans un intermédiaire entre l'urgence et le groupe de médecine de famille, qui est la superclinique.

Alors, je l'ai dit à plusieurs reprises, les gens vont s'en rappeler, la superclinique étant un intermédiaire, un miroir de l'urgence, il a été dit clairement et à plusieurs reprises que ce sont les endroits où on ira potentiellement préférentiellement, là. Potentiellement, on peut aller sans rendez-vous dans notre groupe de médecine de famille, mais, si l'accès n'est pas là, contrairement à ce que vient de dire la députée de Taillon, l'idée ici de cette réforme n'est pas de faire en sorte que le patient s'en aille à l'urgence, mais bien dans la superclinique, qui aura, pour les cas mineurs, toutes les ressources nécessaires pour être investigués et être traités sans aller à l'urgence.

Alors, c'est faux de dire qu'après le groupe de médecine de famille le seul accès possible est l'urgence, c'est exactement le contraire, et ça — je pense que la députée de Taillon me le rendra — ça a été dit à plusieurs reprises.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci. Collègue de Rosemont.

**M. Lisée :** Bien, juste sur la remarque précédente du ministre, j'ai remarqué qu'il avait parfois une écoute sélective sur notre position sur le projet de loi. Nous avons décrit pas la finalité du projet, c'est-à-dire d'avoir l'accès, mais nous mettions en doute, avec énormément des intervenants qui sont venus ici, sinon la quasi-totalité, que les moyens qu'il utilisait, qu'il proposait allaient conduire là. Et j'ai remarqué que ma collègue de Taillon, depuis le début, favorise une autre

approche pour arriver à la même fin, qui est l'approche populationnelle, sur laquelle repose les amendements qu'elle dépose maintenant, c'est-à-dire qu'on devrait plutôt partir des 8 millions de Québécois, et de voir, bien, qui va leur permettre de voir un médecin, un groupe de médecine familiale ou une superclinique, et de donner une responsabilité collective aux médecins et à leurs groupes de médecins de rendre des services à cette population-là. Alors, c'est une approche qui a été avancée par plusieurs des personnes qui sont venues nous voir en commission parlementaire. Elle n'apparaît pas dans la philosophie du ministre. Il veut atteindre les mêmes objectifs autrement, et c'est ce qu'il dit, mais je vais simplement signaler qu'il y a une cohérence dans les critiques et les propositions de l'opposition officielle depuis le début de ce processus.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** Alors, évidemment que je ne suis pas d'accord, puisque ce n'est pas une approche que la députée de Taillon me propose, ce n'est pas une contre-approche, au contraire, c'est d'aller dans l'approche qui est proposée par le projet de loi n° 20, mais d'en augmenter la sévérité de certains paramètres. C'est ça qui est en jeu ici, pas la finalité. Ce n'est pas une approche qui dit : On va partir des 8 millions. Les 8 millions sont la finalité, les 8 millions de citoyens qu'on doit desservir correctement... servir correctement.

Alors, on a la même approche actuellement. Je n'ai pas entendu ni le député ni la députée de Taillon proposer une approche nouvelle. Ce qu'on débat, c'est le niveau de sévérité des paramètres qui sont dans la construction du projet de loi n° 20. Et, contrairement, encore une fois, à ce que le député de Rosemont vient de dire, ce à quoi on assiste, c'est à une évolution de la pensée, du côté de l'opposition officielle, qui va, dans les derniers mois, qui va aujourd'hui d'un passage des derniers mois, qui était «mauvais projet de loi» à «un projet de loi qui semble manifestement aller dans la bonne direction», puisqu'on veut en accroître la sévérité de certains paramètres. Et c'est très bien, moi, j'en suis très, très, très fort aise, mais ce n'est certainement pas une nouvelle approche.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Rosemont.

• (15 h 30) •

**M. Lisée :** ...a parfaitement illustré ce que je voulais dire par «écoute sélective». Évidemment, de son point de vue, toute modification qu'on fait à son projet de loi apporte de la sévérité à ce qu'il avait déjà. De notre point de vue, on essaie d'introduire une autre approche dans son projet de loi. Évidemment, si on l'avait écrit, on l'aurait écrit autrement. Et je comprends pourquoi il trouve que c'est un peu bancal : on essaie d'introduire une partie de notre approche dans une autre approche. Il ne le voit pas, je ne le lui reproche pas. Je comprends qu'il est dans sa logique et qu'il voit mal comment notre logique est une logique différente. Il voit seulement l'impact de notre tentative d'introduire un peu de responsabilité et d'imputabilité populationnelle à l'intérieur d'un projet de loi qui, lui, approche la question par des mécanismes de contrôle du travail des médecins.

C'est une approche qui est différente. S'il ne la voit pas, ce n'est pas plus grave que ça, mais reste que, dans le travail que nous faisons de tenter de corriger le projet de loi qu'il nous apporte — et c'est bien parce qu'on le trouve imparfait qu'on essaie de le corriger — il nous semble que de dire à la population : a, que le projet de loi vise à garantir une amélioration, ça nous semblait normal; deux, qu'il assure des services de soir et de fin de semaine, ça nous apparaît normal; et de faire en sorte qu'aucun citoyen d'un territoire donné ne peut se voir refuser des services par les médecins du territoire, qu'ils soient en GMF, en cabinet ou en superclinique, d'ailleurs, hein... une approche populationnelle, qu'il ne puisse y avoir aucun cas de figure où, sur les 68 heures prévues, un patient ne puisse pas être inscrit, ne puisse pas être vu parce qu'il n'y a pas un médecin qui décide de le prendre parce qu'il a fini... Et même en particulier le cas de fratrie que la députée de Duplessis et la députée de Taillon amènent nous conduit à penser qu'on devrait spécifiquement interdire à un médecin de faire un refus de voir la fratrie. On parle du point de vue populationnel. Le ministre dit : On va tout faire ça autrement, faites-nous confiance. Mais lui-même nous dit souvent que, comme il n'a pas confiance en la nature humaine, il prévoit des sanctions importantes, alors, là-dedans, nous sommes en convergence. Et voilà. Mais, bon, je comprends qu'il n'est pas ouvert à ce qu'on mette ces évidences-là dans les objectifs de ce qu'est un projet important pour réformer la santé de façon explicite, je le constate, alors on peut simplement procéder.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci. M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, je n'ai pas le choix de faire quelques commentaires additionnels parce qu'un des grands talents qu'a le député de Rosemont est de construire un argumentaire sur ses propres interprétations et d'en faire des axiomes. Alors, le projet de loi va faire ce que le député de Rosemont veut faire, mais le député de Rosemont, lui, voudrait introduire des textes extrêmement rigides, et je vous dirais qu'il peut le faire parce que le député de Rosemont, lui, jouit d'un luxe que nous n'avons pas de ce côté-ci de la Chambre, c'est-à-dire le luxe d'aller plus loin que ce qui est raisonnable légalement... devrait permettre à un législateur, ce qui fait en sorte que nous, on se retrouve dans une position de prévention face aux exagérations que pourrait mettre de l'avant... pour un discours à portée populaire que l'opposition pourrait avoir. On n'a pas le choix, nous, de faire ça, d'être prudents sur le plan législatif.

D'ailleurs, du côté de l'opposition, on est habitués à avoir des approches qui, parfois, sont d'un autre ordre. Ce à quoi le député de Rosemont nous invite, évidemment, c'est à une société beaucoup plus directive. Alors, il y a des gens qui disent qu'une dictature, c'est très bien lorsque le dictateur est éclairé. On a vu cette pensée-là bien développée par le député de Marie-Victorin à l'automne 2013 dans des réglementations ou les lois qu'il a pensé mettre en place. Et je maintiens qu'il faut quand même être prudents lorsqu'on légifère et faire en sorte que les textes de loi que l'on écrit soient mesurés et soient cohérents avec le corpus législatif du Québec, la Charte des droits, et ainsi de suite.

Alors, je comprends ce que dit... et l'absolu que visent le député de Rosemont, la députée de Taillon, le député de Duplessis, le député de Richelieu, mais cet absolu-là, là, parfois... Et, on le sait tous, hein, les absolus, dans les sociétés ont — et l'histoire l'a compris — amené à des dérapages et à des situations qui étaient très discutables, et parfois très dommageables, et parfois très négatives. Alors, nous avons le devoir d'être prudents et c'est essentiellement les raisons pour lesquelles nous choisissons aujourd'hui de ne pas aller de l'avant avec ces sous-amendements-là. Non pas parce qu'on est contre l'absolu, on est tous pour l'idéal, on a tous des idéaux, mais on sait tous que les idéaux ne sont pas atteignables, d'une part, et ceux qui empruntent le chemin de l'idéal parfois tombent en quelque part et se blessent, et c'est ce qu'on ne veut pas pour la population au Québec.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Rosemont, toujours, amicalement, en vous mentionnant que, si d'aventure vous aviez des commentaires additionnels sur les dérives autoritaires en Occident au XIXe siècle, peut-être de limiter ça à quelques secondes, je vous prie. Mais vous m'auriez dit à ce moment-là que c'était en réplique à ce qu'avait dit le ministre, alors... Mais je vous demanderais, parce que peut-être que je présume trop, de peut-être se limiter au strict minimum, si possible.

**M. Lisée :** Oui, O.K.

**M. Barrette :** M. le Président, j'avais promis que, dans la séance aujourd'hui, je laisserais le dernier mot à l'opposition, alors je le leur laisse maintenant et je leur laisse même l'exprimer.

**Le Président (M. Tanguay) :** Il sera à vous.

**M. Lisée :** Très bien. Je n'aurai pas besoin, M. le Président, de me rendre au XIXe siècle, on a plein d'exemples de dictateurs non éclairés au XXe siècle. Mais, non, simplement pour noter que... Je pense que le genre d'absolu que l'opposition officielle essaie d'atteindre me semble absolument réfractaire à toute dérive. D'obliger un GMF à ne pas fractionner une fratrie, par exemple, il me semble que c'est un idéal atteignable dans le monde imparfait dans lequel nous sommes. Faire en sorte que, sur un territoire donné, les GMF et la superclinique offrent de façon ordonnée par la loi un service cinq soirs par semaine et deux demi-journées en fin de semaine, c'est un genre d'idéal qui me semble atteignable dans la société imparfaite que nous connaissons, de la même façon que de dire que l'ensemble de cette opération doit garantir une amélioration des services, ça me semble un idéal atteignable. On aurait pu en fixer de bien plus vastes si on avait voulu être déraisonnables.

Je suis finalement content que le ministre soit intéressé par l'idée du dictateur éclairé parce qu'une des choses qu'on a beaucoup reprochées au projet de loi précédent, qui a été adopté sous bâillon, comme vous le savez, c'est le cumul inégalé, inédit de pouvoirs entre les mains du ministre actuel de la Santé. Alors, notre seul espoir maintenant, c'est que cette personne soit éclairée. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre, je comprends que je cède maintenant la parole au collègue de Richelieu?

**Une voix :** ...

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui. Oui, oui, merci. Collègue de Richelieu.

**M. Rochon :** L'objectif du sous-amendement, M. le Président, c'est qu'il n'y ait pas d'exclus, une fois atteints les objectifs du ministre, une fois le 85 % atteint, qu'il n'y ait pas de porte qui se ferme, qu'il n'y ait pas de fin de non-recevoir. Et j'observe que c'est à cet objectif que le ministre refuse d'adhérer, en tout cas sur papier parce que, verbalement, il adhère à ça. Je l'ai entendu dire que toute l'opération visait à servir correctement les 8 millions de Québécois.

Alors, le sous-amendement, qu'est-ce qu'il propose? C'est une offre de service à l'ensemble de la population d'un territoire géographique donné. Je ne comprends pas la résistance du ministre. Il ne devrait pas résister, il devrait aller dans ce sens-là, il devrait même applaudir, il devrait dire : On se comprend.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** Non, non, je n'ai rien à rajouter, M. le Président, j'ai vraiment dit ce que j'avais à dire.

**Le Président (M. Tanguay) :** Ah! merci beaucoup. Y a-t-il d'autres interventions? Collègue de Taillon.

• (15 h 40) •

**Mme Lamarre :** Oui, peut-être pour clore, dans le fond, cette intervention-là, simplement rappeler que l'approche de pratique avec les groupes de médecine familiale, c'est une approche qu'on a choisie, au Québec, qui a tout le potentiel pour donner de bons résultats, et c'est une approche que nous cautionnons également.

Maintenant, on doit lucidement regarder qu'est-ce qui s'est passé dans les 13 dernières années avec ce modèle-là, et on est à un moment assez exceptionnel, où, la semaine dernière, la Vérificatrice générale nous a déposé un rapport qui fait état de ce bilan. Et, quand on instaure quelque chose de nouveau sur 13 ans, on peut se dire : On prend un cinq, six ans pour créer le modèle, le rendre attrayant, le rendre intéressant pour les médecins, c'est une transition, on prend quelques

années pour que la population comprenne bien l'enjeu puis comment on va se servir, tout ça. Mais là on est à l'an 13, on s'en va vers l'an 14 de ce modèle-là et on a un rapport qui est... qui nous pointe certains écarts de ce modèle-là, et ce rapport-là, il nous dit clairement qu'il y a des choses qui doivent être corrigées, et une des recommandations de la Vérificatrice générale, c'est : le ministère ne précise pas le volume de service à offrir par plage horaire, par jour, par semaine, par année, le nombre de visites. On nous dit qu'on a plusieurs éléments où on n'a pas été capables de démontrer que les ententes qui avaient été prises ont été respectées : «Les ententes avec les GMF ne prévoient pas d'obligation pour les médecins de prendre en charge les personnes inscrites au guichet.» Donc, même les inscrites, on n'a pas eu... on n'a pas été capables de trouver les leviers pour que les médecins les prennent en charge.

On comprend, dans ce que le ministre a déposé, qu'il y a des leviers supplémentaires pour la prise en charge de personnes inscrites au guichet, mais on n'est pas sûrs du tout... parce que, quand on l'a créé, ce modèle-là, on a créé un modèle où il y avait 68 heures d'assurées et où il y avait un nombre très précis de patients à inscrire. C'était clair, là, c'était deux conditions. Ces conditions-là, elles devaient être faciles à vérifier, et on se rend compte, au bout de 13 ans, qu'il y a eu beaucoup, beaucoup de dérives. Et, un peu comme avec la fécondation in vitro, je pense que ce que ça nous indique, c'est qu'il faut surveiller régulièrement nos mécanismes de contrôle qu'on prévoit parce que, quand on attend au bout de cinq ans ou 10 ans pour les mesurer, on se retrouve dans des situations difficiles.

Mais juste dire tout ce qu'on a fourni — et je le dis de façon positive — aux GMF, au modèle GMF pour que ça fonctionne : on a donné 85 millions de dollars, on a donné... à chaque année, on donne... 85 millions par année, 130 000 \$ de récurrent par année en professionnels, donc deux infirmières cliniciennes. On a informatisé ces... On a payé l'informatisation — moi, je le sais, là, en pharmacie, il faut que je la paie, mon informatisation, alors il y a des frais importants là-dessus — donc, informatisation, lien avec le DSQ et le lien avec le dossier médical électronique. On s'apprête à ajouter d'autres professionnels, on se réjouit de ça, mais il y a des coûts aussi qui sont associés à ça. On a donné une rémunération de 60 000 \$ pour la supervision d'une infirmière praticienne spécialisée, 30 000 \$ pour le local, 30 000 \$ pour la supervision.

Là, on s'apprête à dire : On va aussi développer un autre modèle de superclinique, et on a vu que le ministre s'apprête à donner 16 millions de dollars pour une première superclinique. Il en a promis 50. 50, c'est à la fois beaucoup et peu parce que 50, ça veut dire qu'il y a beaucoup de territoires qui n'en auront pas parce qu'une des conditions, c'est que ça prend au moins 50 000 habitants pour qu'on ait une superclinique. Donc, il y a beaucoup de gens qui n'en auront pas, et ceux qui vont en avoir, bien, il y a des coûts.

Donc, on investit dans un modèle GMF, GFM réseau, on y met beaucoup d'argent et d'énergie et on constate, après 13 ans, qu'on n'a pas les résultats attendus. Le ministre nous dit qu'il a une formule améliorée, puis on est portés à penser qu'il y a des améliorations, effectivement, dans la formule qu'il propose, mais il y a toujours cette non-assurance que la vision... On est dans une perspective populationnelle. Qui va se sentir responsable de prendre en charge tous les patients d'un territoire si le modèle dans lequel on a travaillé avec les GMF et les cliniques-réseaux, on ne leur demande pas ça? Qui va le faire? Qui va témoigner au nom des patients qui vont se retrouver encore sans médecin de famille? C'est ça qu'on est en train d'essayer de trouver. Et par le sous-amendement où on fait tout simplement dire qu'on demanderait qu'il y ait une offre de service qui garantisse à l'ensemble d'un groupe de patients, de citoyens d'un territoire d'être couverts moi, je pense que ça va tout à fait dans l'esprit de dire : On prend acte de tout ce qu'on a donné, de ce qu'on a reçu, mais de l'écart entre les deux, et on s'assure qu'on ne fera pas les mêmes erreurs.

Et, quand le ministre parle d'absolu, moi, je vous dirais que pour les gens ça s'apparente probablement au gros bon sens. Le gros bon sens, c'est de dire : La population d'un territoire, elle devrait être assurée de pouvoir trouver des services; dans une même famille, on ne devrait plus jamais avoir à se faire dire qu'un troisième enfant ne peut pas être pris en charge par un médecin parce qu'il a atteint son nombre d'inscriptions. Et les soirs, les fins de semaine, est-ce qu'on peut être sûrs d'avoir des médecins, avoir accès à des médecins de famille pour éviter le recours à l'urgence, qui nous coûte très cher. Ce sont des solutions simples, des solutions de gros bon sens qui m'apparaissent être vraiment quelque chose que la population reconnaît comme quelque chose qui lui manque actuellement et à laquelle elle pense qu'elle a, je pense, avec raison, droit.

Alors, ça termine mon intervention sur le sous-amendement, puis je pense qu'on peut passer au vote, M. le Président.

**M. Barrette** : ...M. le Président, évidemment, je voulais laisser le dernier mot au député de Rosemont... global...

**Une voix** : ...

**M. Barrette** : Non, mais c'est parce que je n'aurais pas commenté s'il n'y avait pas eu... si la façon de conclure avait été un petit peu différente, M. le Président. Alors, je le répète, là, je vais le répéter parce que je pense que c'est important pour la population qui nous écoute : Ce projet de loi là, là, il a été décrié par l'opposition, et là aujourd'hui on veut aller plus loin que le projet de loi. Alors là, c'est quand même quelque chose d'extraordinaire, là. Et, à ma grande surprise... Et j'invite, là, les gens qui nous écoutent à envoyer des courriels, tweeter, aller sur *Facebook*, là. Quelle était la proposition du Parti québécois, pendant les 18 mois qu'ils ont été au pouvoir, pour régler les problèmes en première ligne? On n'a, personne, rien entendu. Nous sommes — je suis — les premiers à avoir proposé quelque chose qui a été décrié comme étant trop agressif, et là aujourd'hui, là, on le critique comme ne l'étant pas assez. C'est quand même quelque chose d'extraordinaire. Je laisse ça à la réflexion des gens, là. Et, s'il y a un autre chemin — parce qu'on me dit qu'on propose des choses puis on ne les accepte pas — s'il y a autre chose que le projet de loi n° 20 que l'opposition voudrait proposer, bien c'est peut-être le temps, là. Il n'y a rien eu pendant 18 mois, puis là on est là, on fait quelque chose, c'était épouvantable; là c'est correct, puis il faudrait faire plus. En tout cas, moi, je suis content quand même qu'on aille dans notre sens, j'en suis très heureux, mais je tiens à rassurer la population, là, ce que l'on fait va résoudre les problèmes.

Et je vais prendre le dernier cas de figure. Dans les paramètres que l'on met, M. le Président, là, prendre le frère ou la soeur, c'est une bénédiction du ciel, et c'est sûr que les médecins vont le faire parce que ce sont des patients qui, par définition, n'ont pas à voir le médecin souvent. Ce n'est pas une charge vraiment supplémentaire, alors c'est un bénéfice pour les médecins d'inscrire ce genre de patient là. Alors, vous voyez, M. le Président, même l'exemple qui est pris, il est politiquement spectaculaire dans les relations publiques, et c'est sans réaliser que, pour le médecin, c'est alléluia, là. Si un médecin, là, a des patients à inscrire, je peux vous garantir qu'il va inscrire les frères et les soeurs parce que, quand on a huit ans, sept ans, trois ans, deux ans, là, ce n'est pas des patients qui sont très lourds à suivre, vous comprenez? Je suis sûr que la population qui nous écoute comprend.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** Bien, écoutez, moi, dans mon quotidien, on les a accueillis, ces patients-là. Peut-être que ça n'a pas été tout à fait le quotidien du ministre, mais le quotidien des gens qui travaillent auprès de la population, même ceux dans nos conversations de fin de semaine, là, quand on n'est pas dans un circuit où on peut facilement avoir un médecin qu'on connaît, bien, ce sont des situations que tout le monde a entendues. Tout le monde connaît quelqu'un à qui ça s'est produit. Quand on est un citoyen ordinaire, on a tous des gens qui se sont fait répondre ça. Et on est ici non pas pour rendre le projet de loi n° 20 plus dur ou plus sévère, on est ici pour l'améliorer, pour le rendre meilleur, pour le rendre plus à l'écoute de ce que la population demande. Et évidemment le ministre nous dit que ce que vous, vous auriez fait... Alors, moi, je n'y étais pas, mais je peux vous dire qu'aujourd'hui on est obligés de travailler avec le modèle que le ministre nous propose, qui est un modèle qui peut avoir des qualités, mais qui avait certainement, au niveau des quotas, parce qu'il a été décrié par énormément de personnes, énormément de défauts. Le ministre d'ailleurs, il a répondu assez... a entendu ce qu'on demandait puis a concédé que...

**M. Lisée :** Parfois, parfois.

• (15 h 50) •

**Mme Lamarre :** Oui, parfois, parfois, mais il a fait quand même des concessions et il a répété souvent que tous les travaux en commission parlementaire, c'était justement pour bonifier son projet de loi, qui était presque parfait, mais pour lequel il avait peut-être...

**M. Lisée :** Disait-il, disait-il.

**Mme Lamarre :** ... — disait-il — quelques éléments perfectibles, et on en a évoqué plusieurs. Et le ministre a reconnu qu'au niveau des soins palliatifs le premier modèle n'était pas adéquat, qu'au niveau des interruptions volontaires de grossesse il y avait des risques de dérive, au niveau de la toxicomanie, au niveau des patients VIH-sida, au niveau des soins à domicile... Mais, tant mieux, on est là pour le bonifier. Mais, à ce moment-ci, il ne peut pas nous reprocher de témoigner de ce que les gens trouvent anormal dans le système et de ce qui pourrait encore faire en sorte qu'on le bonifie. Ce n'est pas parce qu'on veut être plus sévères, on veut juste trouver les meilleurs moyens pour donner les garanties à la population que ce qu'elle a eu comme mauvaises expériences dans le système de santé depuis les 10 dernières années, ça ne se reproduise plus. Parce qu'on se rend compte que toute réforme est coûteuse, coûteuse au niveau économique, au niveau énergie professionnelle, au niveau réorganisation des soins, et tout ça, on espère qu'ultimement ce qui est le gros bon sens — c'est-à-dire qu'on ne devrait pas avoir à se battre autant que ça juste pour avoir accès à un médecin de famille, ça devrait être quelque chose de normal — bien, qu'on y arrive avec le plus d'assurance, de certitude possible. C'est ce à quoi nous travaillons, c'est ce à quoi mes collègues et moi, on travaille, et je pense que nos demandes sont légitimes et qu'elles vont dans ce sens-là.

Et je comprends bien que le ministre a une vision, qu'il a travaillé, et on doit reconnaître qu'il y a eu du travail dans ce qu'il a présenté, mais que les garanties, les deux garanties qu'on a évoquées jusqu'à maintenant, celle d'avoir de la disponibilité soirs et fins de semaine et celle d'avoir également une responsabilité populationnelle sur un territoire donné, on n'aura pas les garanties pour la population que ça, ce sera meilleur. On jugera dans deux ans et demi. Mais ce qui est anormal, c'est que, même dans deux ans et demi, c'est ce projet de loi là qui va s'appliquer, alors on aurait voulu lui donner un petit peu plus de rigidité, un petit peu plus de garanties qu'il va répondre aux constats que la population fait. Le ministre nous propose un chemin différent dans son entente avec la FMOQ, et ça, on n'a pas de contrôle dessus, alors c'est sûr qu'on laisse aller, mais, sur le projet de loi n° 20, on se dit : Bien là, si, après deux ans et demi supplémentaires, on n'a toujours pas eu ce qu'on voulait, il nous semble raisonnable de prévoir déjà que ces aspects-là qui ne sont pas précisés dans l'entente vont au moins être là dans le projet de loi n° 20 si le ministre doit l'appliquer en janvier 2018.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, moi, je vais terminer là-dessus, là. C'est un projet de loi qui est ce qu'il est, là. Ce n'est pas un projet de loi qui vise à mettre les médecins à la retraite non plus, là. Là, on est là. Je pense qu'on a fait le tour du sujet, en tout cas certainement de l'amendement. Alors, je suis prêt, moi, personnellement, à aller au vote.

**Le Président (M. Tanguay) :** Y a-t-il d'autres interventions sur le sous-amendement déposé par la collègue de Taillon sur l'amendement à l'article 4? Non, je n'en vois pas. Alors, nous allons maintenant le mettre aux voix.

**Le Secrétaire :** ...

**Le Président (M. Tanguay) :** L'article 3, oui. Merci, M. le secrétaire, vous avez raison. Alors, le sous-amendement est-il adopté?

**Mme Lamarre :** Vote nominal, M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay) :** Un appel par vote nominal. M. le secrétaire.

**Le Secrétaire :** Oui. Donc, pour, contre, abstention. Mme Lamarre (Taillon)?

**Mme Lamarre :** Pour.

**Le Secrétaire :** M. Lisée (Rosemont)?

**M. Lisée :** Pour.

**Le Secrétaire :** Mme Richard (Duplessis)?

**Mme Richard :** Pour.

**Le Secrétaire :** M. Rochon (Richelieu)?

**M. Rochon :** Pour.

**Le Secrétaire :** M. Barrette (La Pinière)?

**M. Barrette :** Contre.

**Le Secrétaire :** M. Plante (Maskinongé)?

**M. Plante :** Contre.

**Le Secrétaire :** M. Bourgeois (Abitibi-Est)?

**M. Bourgeois :** Contre.

**Le Secrétaire :** M. Giguère (Saint-Maurice)?

**M. Giguère :** Contre.

**Le Secrétaire :** Mme Simard (Charlevoix—Côte-de-Beaupré)?

**Mme Simard :** Contre.

**Le Secrétaire :** Mme Boulet (Lavolette)?

**Mme Boulet :** Contre.

**Le Secrétaire :** Mme Soucy (Saint-Hyacinthe)?

**Mme Soucy :** Pour.

**Le Secrétaire :** M. Tanguay (LaFontaine)?

**Le Président (M. Tanguay) :** Abstention.

**Le Secrétaire :** Rejeté.

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, le sous-amendement est rejeté.

Nous revenons donc à l'objet du débat, à l'amendement à l'article 3 intégré dans l'article 1 par le ministre. Y a-t-il des interventions? Collègue de Rosemont.

**M. Lisée :** M. le Président, simplement vous signaler que je devrai vous quitter parce qu'on a une soirée hommage à M. Parizeau ce soir à Montréal, et donc je m'arrache à vous avec tristesse, mais c'est pour la bonne cause.

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui, merci beaucoup.

Y a-t-il, donc, des interventions sur l'amendement du ministre avant... Si je n'en ai pas, évidemment je le mettrai aux voix. Alors, y a-t-il... Oui, collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** Un sous-amendement, M. le Président, et, cette fois-ci, c'est un peu plus global, peut-être que le ministre va tendre l'oreille. Nous avons eu, à l'occasion de ces démarches au niveau du projet de loi n° 20, le privilège, là, d'avoir les orientations réglementaires du ministre. Et il nous a déposé la semaine dernière une version modifiée des orientations réglementaires, et on se rend compte que, dans le projet de loi n° 20, les orientations réglementaires sont importantes pour bien saisir la portée du projet de loi n° 20, qui est plutôt générale, mais, quand on le lit à la lumière des orientations réglementaires, on comprend bien.

Alors, mon sous-amendement... Et tantôt je l'ai vérifié avec le ministre par rapport au... En tout cas, il semble avoir une ouverture à partager les orientations réglementaires. Est-ce qu'on peut avoir un sous-amendement? Et je le lis comme suit : Article 1 (article 3) : Modifier l'amendement à l'article 3, introduit par l'article 1 du projet de loi, en ajoutant, à la fin de l'article, l'alinéa suivant :

«Tout règlement découlant du présent article sera soumis pour étude et approbation aux membres de la commission parlementaire de la santé et des services sociaux.»

Puisque, dans le cadre... Alors, je peux déposer.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci. Oui, alors, nous allons en faire des photocopies. M. le ministre, est-ce que vous préférez que l'on attende le texte? Sinon, on peut commencer le débat.

**M. Barrette :** Bien, je peux commencer le débat, là. C'est parce qu'on parle ici d'un précédent. Là, c'est quelque chose qui, dans mon expérience, ne semble pas se faire, et on me confirme que ce n'est pas le genre de chose qui se fait. Du moins, vous êtes mieux placé que moi, M. le Président, là, pour faire... commenter, mais je ne vous demanderai pas de commenter, là. D'abord, ce n'est pas un amendement, là, ça, là.

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, je vais suspendre quelques instants.

*(Suspension de la séance à 15 h 57)*

*(Reprise à 16 h 26)*

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Collègues, nous allons reprendre nos travaux.

#### Décision de la présidence sur la recevabilité d'un sous-amendement

Alors, on nous indique, au secrétariat, après vérification donc, que je me dois de déclarer irrecevable le sous-amendement sur la base qu'il élargit trop et introduit un nouveau débat ou une nouvelle nature de débat dans le contexte de l'amendement du ministre. Alors, le sous-amendement de la collègue de Taillon est irrecevable parce qu'il élargit trop la portée. Là, on sait qu'un amendement doit se rapporter à l'article, et, de façon plus pointue, un sous-amendement doit se rapporter à l'amendement auquel il est rattaché.

Alors, ceci dit, mettons de côté, chers collègues, ce sous-amendement. Et je crois que, collègue de Taillon, vous avez également une autre intervention sur... Nous revenons donc à l'objet du débat qui est l'amendement du ministre à l'article 3. Avez-vous des commentaires à cet effet-là ou d'autres éléments à nous proposer?

**Mme Lamarre :** Oui, M. le Président. Je vous remercie et je remercie l'équipe de recherche d'avoir réussi à trouver cette information, et je pense que vous avez eu un grand impact aussi dans, donc, cet avis rapide.

Simplement sur le fond, par contre, je veux rappeler que le principe, qui avait été un peu contesté, du fait d'avoir accès à des règlements à l'intérieur d'une loi, il y a des précédents. Rapidement, là, nous aussi, notre équipe s'est affairée, et on a découvert... On a tout de suite trouvé, en tout cas, au moins deux exemples où... par exemple, le Règlement sur le Service de référence de main-d'oeuvre de l'industrie de la construction et la lettre de la Commission de la construction demandant un délai d'application de ce règlement. Le 15 novembre 2012, Mme Maltais déposait le règlement, donc c'est quelque chose qui est possible, de déposer un règlement dans un processus d'étude d'une loi et, lorsque le règlement a une grande portée, de pouvoir y avoir accès. Et beaucoup plus récemment encore, le 5 mai 2015, on a également... Alors, M. Bédard a fait un commentaire : «Alors, conformément à l'article 76 de la Loi éliminant le placement syndical et visant l'amélioration du fonctionnement de l'industrie de la construction — donc, cette fois-ci, on est dans la loi n° 43 — je fais motion pour que le Règlement sur le Service de référence de main-d'oeuvre de l'industrie de la construction soit déferé pour étude à la Commission de l'économie et du travail.»

Donc, il est possible, dans le cadre de l'adoption d'un projet de loi, d'inclure l'étude d'un règlement. Comme on avait enlevé le mot «approbation», le mot «étude» étant le seul qui était là, donc c'est la preuve qu'on peut le faire si on le veut. Et donc je m'excuse, j'ai dit Mme Maltais, mais elle était ministre à ce moment-là, donc je n'aurais pas dû utiliser ce terme-là. Mais j'entends que, sous la forme d'un sous-amendement, c'est irrecevable, et je pourrais le représenter sous forme d'article. Alors, je me réserve la possibilité de le faire un peu plus tard, lors de l'étude article par article de ce projet de loi là. Je vous remercie, M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Alors, l'objet du débat est, chers collègues, l'amendement à l'article 3 intégré à l'article 1, l'amendement du ministre. Y a-t-il des interventions sur cet amendement? Oui, collègue de Taillon?

**Mme Lamarre :** J'aurais un amendement. En fait, là encore, je vais faire appel à votre expertise. J'ai un sous-amendement à présenter par rapport aux cibles. Est-ce que je peux avoir... On peut suspendre pour deux minutes ou juste...

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui. Nous suspendons pour quelques instants.

*(Suspension de la séance à 16 h 30)*

*(Reprise à 16 h 42)*

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Chers collègues, je vais maintenant céder la parole à notre collègue de Taillon qui nous présente un sous-amendement.

**Mme Lamarre :** Merci beaucoup, M. le Président. Alors, j'aimerais présenter un sous-amendement à l'article 1 (article 3) :

Modifier l'amendement à l'article 3, introduit par l'article 1 du projet de loi, par l'ajout, à la fin du premier paragraphe, des mots suivants — donc, premier paragraphe étant le paragraphe qui a le 1<sup>o</sup> devant et non pas le premier alinéa, premier paragraphe : «, sans obligation d'en suivre un nombre maximal ou de respecter un plafond en fonction d'activités cliniques».

**Le Président (M. Tanguay) :** Voulez-vous... Merci.

**Mme Lamarre :** Il y avait une virgule avant «sans obligation».

**Le Président (M. Tanguay) :** Avez-vous des commentaires additionnels pour nous le présenter?

**Mme Lamarre :** Oui. En fait, il faudrait le remettre dans le contexte du paragraphe au complet. Si vous me permettez, je vais le lire. Alors, ce que ça nous dit, ça dit : «1<sup>o</sup> Assurer, individuellement ou avec d'autres médecins au sein d'un groupe de médecine de famille, le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients, sans obligation d'en suivre un nombre maximal ou de respecter un plafond en fonction d'activités cliniques.»

Alors, tout au long de l'étude du projet de loi n<sup>o</sup> 20, on a accueilli plusieurs dizaines de groupes et, lorsqu'on a essayé de cibler des activités cliniques particulières ou ce qui était également ciblé comme des types de clientèle, on se rendait compte que, quand on essayait de faire un maximum de patients, on modifiait beaucoup la capacité de certains médecins avec des expertises de s'investir complètement dans le service de ces patients-là. Et on se rend compte qu'il y a certaines activités qui ont été déplacées par le ministre de types de clientèle. Types de clientèle, je vous donne un exemple : une personne non vulnérable, toute personne qui n'est pas visée, alors, on se souvient, ça valait 0,8 au lieu d'un; une personne vulnérable, tout patient reconnu vulnérable, ça valait un; une personne particulièrement défavorisée socialement, deux pour un; des problèmes de toxicomanie, VIH-sida, troubles dépressifs majeurs, douleurs chroniques, ça vaut deux patients pour un; une femme enceinte, ça en vaut trois. Donc, ça, c'était la section Type de clientèle.

Et il y a une autre section qui, elle, concerne des activités cliniques particulières. Alors, dans certains cas, on a retiré des groupes de clientèle, si on peut dire, pour les mettre dans la section Activités cliniques. C'est comme ça qu'on a déplacé les soins palliatifs à domicile, par exemple, et les interruptions volontaires de grossesse, parce qu'on se souvient que ça faisait quand même problème dans la mesure où le fait d'imposer un maximum, par exemple, d'avortements à un médecin ou un maximum de patients en soins palliatifs, ça venait vraiment changer la perspective de pratique pour des pratiques qui, dans certains cas, nécessitent une forme d'expertise ou tout simplement un choix de médecin. Ce ne sont pas tous les médecins qui veulent faire des avortements, ce ne sont pas tous les médecins qui veulent faire des soins palliatifs. Alors, quand on en a qui choisissent cette façon de faire là, eh bien, de leur mettre un maximum, ça faisait en sorte que ce médecin, qui était dédié aux soins palliatifs, devait... par exemple, sur son 1 500 patients, était autorisé à en prendre 1 008 en soins palliatifs, mais il devait en trouver 492 qui n'étaient pas en soins palliatifs. Et, clairement, les médecins qui étaient ici sont venus nous dire : Écoutez, ça ne fonctionne pas. Moi, j'ai développé une expertise à la demande d'une équipe de soins palliatifs. Je fais des consultations, j'offre différents types de services, je prends en charge un nombre de patients, mais, quand vous me mettez un maximum de patients, ça fait en sorte que je vais devoir retourner me former pour exercer une formation générale pour être capable de prendre des patients qui ont du diabète, ou de l'hypertension, ou des maladies chroniques que je n'ai pas eu à traiter dans la perspective d'un patient avec une maladie chronique, mais que, si je les ai vus avec ces maladies-là, c'était dans une perspective de soins palliatifs.

Donc, le fait d'ajouter le sous-amendement, donc de ne pas inclure... on inclut un nombre minimal de patients, ça, on conçoit que ce soit dans l'esprit du projet de loi n<sup>o</sup> 20 tel que le ministre l'a planifié, l'a réfléchi, mais l'obligation d'en suivre un nombre maximal ou de respecter un plafond en fonction d'activités cliniques, ça nous apparaît vraiment, dans certains cas, même diminuer l'accès puisqu'on a des médecins qui ont des expertises plus rares, plus exceptionnelles.

Et le fait de leur imposer un nombre maximal qui ne correspond pas, dans le fond, à l'ensemble du nombre de patients qu'ils vont devoir prendre ferait en sorte que ces médecins-là auraient moins de disponibilité encore pour des besoins auxquels ils sont peut-être les seuls à pouvoir répondre. En soins palliatifs, on ne peut pas s'improviser un médecin en soins palliatifs si on n'en a jamais fait ou, si on faisait de l'obstétrique, on... Ce sont rarement les deux choix que les médecins choisissent, de faire l'obstétrique et des soins palliatifs, par exemple.

Alors, dans ce contexte-là, il nous semble que d'abolir le nombre maximal en fonction d'activités cliniques serait dans le respect des commentaires qui ont été émis, des questions qu'on a posées au salon bleu et des réactions qui ont été engendrées à la suite de ces démarches-là.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, juste pour informer la députée de Taillon, là, il ne faut pas confondre certaines limitations dans la comptabilité de certains patients pour une atteinte, les pondérations, et un nombre maximal de patients, là. Il n'y a pas ce type de plafond là, d'une part

D'autre part, il y a, dans certaines activités, potentiellement des plafonds, et là, à ce moment-là, on ne pourrait pas mettre ça, là. On sait que l'on veut que les gens aillent moins à l'hôpital. Alors, on pourrait dire à une certaine catégorie de médecins de faire un maximum d'heures à l'hôpital — ça serait un plafond — pour que ça soit en cabinet. Alors, je comprends que la députée veuille faire en sorte qu'il n'y ait pas de contrainte ou d'empêchement à un médecin, dans les règles et dans la loi, pour voir un certain nombre de patients, mais actuellement on parle d'un nombre minimal. Alors, par définition, implicitement, «nombre minimal», ça n'a pas de plafond. Et il n'y a pas de plafond dans le nombre de patients dans le projet de loi, d'une part. Et même que, dans la nouvelle version, là, dont je pense que l'opposition n'a pas eu copie, on prévoit même que le DRMG pourra de manière exceptionnelle permettre une reconnaissance de patients inscrits au-delà d'un maximum autorisé dans le cas où il y a une comptabilité particulière. Mais actuellement c'est une reconnaissance, ça, ce n'est pas une question de frein à l'accès aux patients.

Maintenant, là, on retombe dans la problématique ou la dynamique des quotas qui visent à faire en sorte qu'on enlève... on empêche les niches, sauf sur autorisation. Alors, tant du côté du nombre, où, implicitement, il n'y a pas de nombre maximal, ça n'existe pas dans le projet de loi, tant que, dans la catégorie les heures à l'hôpital — ça, ça pourrait arriver, mais c'est ce qu'on veut — on ne peut pas mettre ça, parce que, là, ça vient dénaturer le projet de loi.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collège de Taillon.

• (16 h 50) •

**Mme Lamarre :** Bien, le ministre a raison de dire qu'il n'y a pas de maximum prévu dans la loi, mais, dans les orientations réglementaires, il y en a plusieurs, maximums qui sont prévus.

**M. Barrette :** Par exemple?

**Mme Lamarre :** Pardon?

**M. Barrette :** Par exemple?

**Mme Lamarre :** Par exemple, personne particulièrement défavorisée socialement et sur un plan matériel, deux pour un, maximum 252 patients par médecin de famille.

**M. Barrette :** C'est une reconnaissance. Ça n'empêche pas le médecin d'en faire plus. C'est juste qu'on ne les compte plus rendu au-dessus d'un certain chiffre pour arriver à son 1 000.

**Mme Lamarre :** O.K. Mais vous comprenez qu'on crée un désincitatif pour un médecin de famille à 30...

**M. Barrette :** Bien là, on retombe...

**Mme Lamarre :** Je vous donne un exemple, là...

**M. Barrette :** Bien, je comprends, là.

**Le Président (M. Tanguay) :** ...compléter, s'il vous plaît.

**Mme Lamarre :** Un médecin de famille travaillant dans un secteur défavorisé où le besoin serait qu'il prenne en charge 500 personnes défavorisées, il y a un maximum de 252 patients par médecin de famille qui serait autorisé à ce médecin-là. Après ça, les autres vont compter juste pour un.

**M. Barrette :** À ce moment-là, le DRMG pourrait, s'il constate que le besoin est présent, l'autoriser à dépasser ce maximum-là, comptabiliser... Rien n'empêche le médecin d'en faire plus. C'est une comptabilisation, mais rien n'empêche le médecin d'en faire plus. Et l'essence des pondérations est basée sur deux éléments : un, éviter les niches et, conséquemment, assurer une pratique polyvalente; et, deux, faire en sorte qu'il soit possible de moduler en fonction des besoins.

Alors là, à un moment donné, il faut faire confiance et aux régions, et aux gens qui sont là, et au DRMG, là, sinon le projet de loi perd tout son sens. En termes de comptabilisation de reconnaissance, s'il n'y a plus ça, bien, il n'y a plus de projet de loi n° 20. À ce moment-là, demandez que, sur le territoire du Québec, les médecins donnent 4 000 visites par personne par année, il n'y en aura pas, de problème. Il va peut-être y avoir des niches, il va peut-être y avoir des patients laissés de côté, par exemple, parce qu'il n'y a pas le quota.

**Mme Lamarre :** En fait, ce qu'on demande, c'est qu'ils aient une offre de service à l'ensemble de la population d'un territoire, ce qui nous apparaissait tout à fait conforme à l'esprit qu'on recherche tous, là.

**M. Barrette :** Bien, c'est parce que vous...

**Mme Lamarre :** Mais c'est sûr que de déterminer des maximums, ça amène automatiquement ce qu'on voulait éviter, qu'il y ait vraiment l'effet... Même si vous dites que vous ne pensez pas que ça va arriver, ça arrive comme ça. Si on est dans un secteur très défavorisé, où presque l'ensemble de la population correspond à une personne particulièrement défavorisée socialement et sur le plan matériel, bien, on va avoir des médecins qui vont dire : Bien, moi, je n'ai pas intérêt à prendre plus que 252 patients comme ça, parce que, plus que ça, quelque part, je suis pénalisé. Donc, on va dire aux 10 médecins : Prenez chacun 252 patients, puis, s'il y en a plus que 2 520 sur le territoire, bien là on va avoir des gens qui vont dire : On n'a pas autant d'intérêt à prendre ces patients-là. C'est tout l'effet négatif de ces maximums-là qu'on relève. Et là je pourrais vous donner les exemples, la même chose en soins palliatifs. Vous dites...

**M. Barrette :** ...vous donner 1 million d'exemples contraires. La seule et unique raison pour laquelle il y a cette mécanique-là, c'est parce qu'il y a des niches, et les niches font en sorte qu'il y a plein, plein, plein de clientèles laissées sur les listes d'attente parce que les médecins pratiquent en niche. Je vais le répéter : Les systèmes de quota dans le projet de loi n° 20 sont faits pour favoriser une pratique polyvalente générale de médecine de famille en atteignant... Parce qu'encore une fois la députée de Taillon, M. le Président, fait fi de l'autre élément, en prend juste un côté tout le temps, tout le temps, tout le temps, qu'il y a un volume de patients à atteindre. Les quotas permettent de construire une clientèle qui amène au volume, et c'est la combinaison des deux qui fait que les patients vont être pris en charge correctement. Sinon, si on ne fait pas ça et qu'on va de l'avant avec la proposition de la députée de Taillon, M. le Président, on revient aux niches.

Et, tant qu'à faire, enlevons le nombre requis, le 1 500, le 1 000 ou les autres combinaisons, comme ça on aura encore des plus grosses niches. C'est encore plus spécifique, mais sans volume. Et on reviendra à aujourd'hui, parce que, M. le Président, ce que la députée de Taillon décrit, c'est aujourd'hui. Et la mesure qu'elle propose pour éviter aujourd'hui nous ramène à aujourd'hui par définition. Et ça, ça montre que, là, là, il y a vraiment un problème de compréhension du projet de loi.

Pourtant, ce que je dis là, je l'ai dit, dit, dit et redit, puis je le redis aujourd'hui. On ne peut pas prendre un élément sans l'autre, et c'est ce qu'elle fait. La députée de Taillon parle des maxima qui n'en sont pas en faisant abstraction du total que l'on doit construire par les quotas.

Là, M. le Président, c'est sûr que, là, si on recommence, si on revient, là, au 28 novembre 2014 pour expliquer le projet de loi, c'est sûr qu'on va être là au 28 novembre 2015.

**Le Président (M. Tanguay) :** D'autres interventions? Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** Oui, M. le Président. Alors, je regarde, là, le 1 512 patients, par exemple, qu'un médecin devrait prendre. S'il a eu son diplôme... Entre 25 et 34 ans, là, on verra qu'il y a peut-être d'autres modifications, mais, mettons, un médecin dans la cinquantaine, il doit avoir 1 512 patients. Ça veut dire que, si ce médecin dans la cinquantaine travaille dans un quartier défavorisé, sur le 1 512, il va pouvoir prendre seulement 252 patients qui vont valoir deux patients, ça veut dire qu'il va avoir 504 sur ses 1 512 patients qui vont lui être crédités, si on peut parler ainsi — et je n'aime pas du tout ça, mais c'est comme ça qu'il faut le présenter. Donc, il aura l'équivalent de 504 patients et il lui en restera encore 1 000. De ces 1 000 là, il peut en avoir encore 300 qui seront des personnes particulièrement défavorisées socialement et sur le plan... Et ces personnes-là, eh bien, elles seront beaucoup moins attrayantes, si on peut parler comme ça, parce qu'elles ne vaudront qu'un, elles ne vaudront qu'un patient ordinaire. Et c'est tout l'effet qu'on a... On a essayé de sensibiliser le ministre à cette dimension qu'il est... C'est pour ça qu'il faut passer par la responsabilité populationnelle plutôt que par des sous-groupes, parce que, d'une façon ou d'une autre, on impose des choses et on dirige.

Je pense que le ministre, avec son parcours quand même de grand négociateur, il sait très bien que les modes de rémunération et les équivalences de patients rentrent quelque part dans un mécanisme de rémunération, parce qu'on dit que ça en vaut deux, puis que l'inscription vaut quelque chose, puis qu'il y a des pénalités si on n'atteint pas le nombre d'inscriptions. Bien, tout ça fait en sorte que... ce genre de spécifications là fait en sorte que certains patients vont devenir automatiquement moins intéressants pour un médecin alors qu'il peut être dans un contexte où 80 % de la clientèle est une clientèle qui est défavorisée socialement. Et ça va souvent comme ça, c'est souvent comme ça que ça se présente. Si on est dans un secteur très pauvre, très démuné, bien, on a beaucoup de patients qui sont comme ça. C'est très rare qu'on a des maisons de 2 millions de dollars qui côtoient des secteurs très, très pauvres.

Alors, ce genre d'élément là, ça nous semble être... En fait, le mécanisme de contrôle que le ministre veut, c'est le nombre minimal de patients, ça, je pense qu'on peut vivre avec ça, mais le nombre maximal en fonction d'activités cliniques, c'est problématique. C'est aussi problématique, par exemple, pour les avortements où on sait très bien qu'il y a

simplement quelques médecins qui veulent faire des avortements et qu'en particulier sur l'île de Montréal, bien, ces médecins-là, s'ils sont plafonnés en termes de nombre d'activités, ça va être plus difficile.

Je note, le ministre, tantôt, a dit : Selon les besoins populationnels, un chef de DRMG pourra, de manière exceptionnelle, permettre une reconnaissance. C'est vrai pour la section des activités cliniques. Je ne le vois pas dans la section des types de clientèle. Est-ce que c'est volontaire? Est-ce que ça s'explique d'une certaine façon pour les types de clientèle qu'on ne l'ait pas prévue, cette phrase-là?

**M. Barrette** : Le DRMG peut adapter ses décisions à toutes les situations.

**Mme Lamarre** : Alors, ça veut dire qu'il faudrait aussi... Puisqu'on a jugé pertinent de l'inscrire dans la section Activités cliniques, il faudrait au moins aussi l'ajouter dans les types de clientèle, après le tableau des types de clientèle.

**M. Barrette** : C'est le DRMG qui a le loisir d'ajuster ses décisions à toutes les situations.

**Mme Lamarre** : Mais vous avez quand même dit, tantôt, que vous l'aviez inscrit spécifiquement pour les activités cliniques, mais pas pour les types de clientèle.

**M. Barrette** : Le DRMG peut adapter sa décision, à la demande d'un médecin, à toutes les situations.

• (17 heures) •

**Mme Lamarre** : Alors, je pense que, par prudence, ça explique la pertinence de l'ajouter au niveau de la loi. On comprend que le ministre n'a pas l'intention de l'ajouter pour les types de clientèle, qu'il le considère par contre nécessaire et pertinent pour les activités cliniques. Donc, dans ce contexte-là, moi, je pense qu'il est tout à fait raisonnable, parce qu'il y a d'autres critères... Donc, les critères que le ministre a retenus pour baliser la pratique, ça va être l'âge du médecin, les modalités de suivi de la clientèle, le nombre minimal de patients devant être suivis. Puis il y a déjà les activités médicales pouvant faire l'objet d'une autorisation conformément à l'article 6, mais, encore une fois, dans les orientations réglementaires...

Et là il faut bien être clair, les orientations réglementaires, c'est ce qu'on prévoit clairement mettre dans les règlements. Et, dans les règlements, pour les sous-groupes de patients, par exemple, les patientes qui ont besoin d'un avortement, les personnes en soins palliatifs, on a dit que ce modèle de maximum était négatif, et le ministre nous dit : Bien, ce n'est pas un vrai maximum parce qu'ils peuvent quand même en prendre plus, mais ils ne vaudront pas le deux ou le trois patients équivalence qu'on a donné. Mais il reste que, dans une semaine de travail, le médecin qui va suivre ses patients en soins palliatifs, il va avoir à rencontrer les mêmes obligations que les autres et il va peut-être suivre 40 patients qui... en termes de charge de travail, on a jugé qu'ils valaient l'équivalent de deux ou de trois patients par rapport à un patient, et, pour ces autres-là, ça ne comptera pas. Alors, il y a un effet dissuasif clair pour les médecins à prendre en charge ces populations-là.

**M. Barrette** : M. le Président, la députée de Taillon ne comprend pas la mécanique ou elle la comprend puis elle essaie de construire des cas de figure qui, même quand je l'écoute, ne donneraient pas le résultat qu'elle dit. Je n'ai rien de plus à ajouter.

**Le Président (M. Tanguay)** : Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre** : M. le Président, quand le ministre dit que je ne comprends pas, je préférerais qu'il explique comme il faut qu'est-ce qui va arriver avec un médecin qui travaille dans une région défavorisée socialement sur le plan matériel quand il va avoir pris ses 252 patients par médecin de famille, là. Moi, je suis un médecin et je lis ça, 252 patients, ça vaut 504 patients de mon nombre de patients que je dois prendre, et j'en ai 1 512 à prendre. Alors, le ministre dit : Il n'y a pas de problème, il pourra en prendre 1 008 autres, il les prendra dans la clientèle défavorisée ou ordinaire et il aura le droit de les prendre. Est-ce que ma lecture est correcte?

**Le Président (M. Tanguay)** : M. le ministre.

**M. Barrette** : Évidemment, pour résoudre la problématique que la députée de Taillon essaie de construire pour tenter de montrer que le modèle ne fonctionne pas... Et évidemment, encore une fois, la députée de Taillon fait fi de l'ensemble de la chose et fait fi du fait qu'il est évident que, dans ce modèle-là, pour éviter les niches et pour assurer la population d'un service, c'est par les effectifs qu'on règle le problème. Et, par définition, dans un quartier défavorisé, il doit y avoir plus de médecins qu'ailleurs. Et ça tombe sous le sens puisque, dans un quartier où la clientèle est plus lourde, à nombre égal, il faut plus de médecins pour s'en occuper que dans un quartier où la clientèle est moins lourde. C'est simple comme concept, c'est simple de l'appliquer au cas de figure qu'elle prend. J'aimerais que la députée de Taillon applique le concept au complet, hein? 1 000 personnes défavorisées très malades vont demander plus de médecins que 1 000 adolescents. C'est simple de même et c'est ce que les quotas prévoient.

**Le Président (M. Tanguay)** : Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre** : Bien, si je suis l'argument du ministre, 1 000 patients défavorisés vont nécessiter plus de médecins. Ces médecins-là vont avoir moins d'incitatifs à y aller parce qu'ils vont avoir un maximum, après 504 patients,

qui va faire en sorte... après 252 patients, que les autres, il sait qu'ils vont lui demander plus de temps, plus de travail, plus d'accompagnement, plus de suivi, et ils ne vaudront pas le même... le coefficient supplémentaire prévu. Alors, il y a un désincitatif.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** Bien, ce n'est pas ça, M. le Président. La députée de Taillon n'arrête pas de parler d'incitatifs puis de désincitatifs. Les quotas servent à construire une pratique... qui ont des lourdeurs équivalentes. Faire beaucoup de choses légères a le même poids que de faire peu de choses lourdes. C'est simple de même, là. Ce n'est pas une question d'incitatifs et de désincitatifs, c'est une question d'obligation de se rendre à un volume d'activités données par la pondération. Et là, là, M. le Président, là, c'est le genre de choses qu'on discute depuis novembre 2014.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** Je trouve qu'à travers ces situations on a mis des pondérations, il y a des choix qui sont un peu arbitraires, et je voudrais savoir sur la base de quoi on s'est basé. Peut-être qu'il y a une analyse, une justification au niveau des gens du ministère pour comment on a pu dire qu'une personne particulièrement défavorisée socialement et sur le plan matériel valait deux personnes plutôt que trois ou que quatre. Sur la base de quoi on s'est basés? Est-ce qu'on s'est basés sur le taux de rendez-vous? Sur la longueur des rendez-vous? Sur les risques? Sur les mécanismes de suivi qui étaient nécessaires?

Je constate, là, que les femmes enceintes, dans la première version, on avait un ratio de deux pour un; dans la version qui vient de nous être déposée, on est passés à trois pour un. Moi, je vous dirais que, une femme enceinte, on peut considérer que le choix de passer de deux pour un à trois pour un est raisonnable, mais sur la base de quoi on s'est fondés? Et pourquoi un patient socialement défavorisé ne vaudrait que deux pour un?

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** Est-ce que la députée de Taillon me propose de les compter trois pour un? Elle est pharmacienne, M. le Président, de formation. Je suis sûr que, dans sa pratique, elle a vu que la clientèle dans les quartiers défavorisés, même en pharmacie, avait certainement un poids... pas démographique, mais clinique, différent de celui d'une banlieue plus cossue.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** M. le Président, je dirais que ce ne sont pas les seuls paramètres sur lesquels je me fierais, mais effectivement, pour avoir travaillé dans des quartiers très défavorisés, ma question est sur... pas sur le deux pour un, mais c'est pourquoi deux plutôt que trois ou quatre. Sur la base de quoi on s'est basés? Parce qu'on va faire en sorte que, si notre ratio n'est pas adéquat, on va créer vraiment chez les médecins une diminution de la motivation à aller vers ce genre de clientèle là. Donc, sur la base de quoi on s'est basés pour dire qu'un patient socialement défavorisé valait deux pour un?

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, ce sont des pondérations qui ont même été acceptées par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, après consultation.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** M. le Président, j'aimerais avoir... au moins pour un des sous-groupes, là, qu'on me décrive la méthode qui a été utilisée pour arriver à trouver ce chiffre-là. C'est trois pour un pour la femme enceinte, deux pour un pour la partie étudiants résidents, supervision d'un étudiant, 10 pour un pour personnes avec des besoins complexes et en perte d'autonomie sévère suivies à domicile. Donc, il doit y avoir des paramètres : le temps de déplacement, le coût, la durée de la consultation. Comment on arrive à 10 pour un pour une personne en perte d'autonomie à domicile et à deux pour un pour une personne défavorisée socialement?

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, c'est un mélange de consultations, de littérature et de constats sur nos bases de statistiques qui montrent le niveau, par exemple, de visites et de consultations demandées par la population. Ce n'est pas, évidemment, une analyse biologique de la chose, là, mais c'est un ensemble de choses, et la députée de Taillon sait très bien tout ça, là. Ce sont des données, M. le Président, qui sont très, très, très bien connues, et sues, et comprises pour quiconque a œuvré le moins dans le réseau de la santé.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** Bien, je constate, M. le Président, que, pour des choses qui ont l'air très, très évidentes, il y a eu de grandes différences entre les premières orientations réglementaires qui nous avaient été transmises en termes d'évaluation de ces ratios-là et les évaluations qu'on a obtenues dans la deuxième version.

Alors, je regarde, par exemple... j'en ai parlé tantôt, mais la femme enceinte, c'était deux pour un au lieu de trois pour un, et, pour les patients en... 12 pour un, dans la première, pour les personnes avec besoins complexes, et là on vient de passer à 10 pour un. Alors, il a dû y avoir une raison pour laquelle on est passés de 12 pour un dans la première version que le ministre nous a déposée des orientations réglementaires qui maintenant est devenu 10 pour un.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, j'imagine que la députée de Taillon apporte une valeur significative et pertinente aux consultations que l'on fait, dont les consultations publiques qui sont faites ici, en Chambre. Alors, les changements que l'on a faits, elle le sait très bien, ont été faits à la suite de diverses consultations et commentaires qui ont été émis soit ici, dans cette salle, soit par écrit ou dans les médias, même, à la limite.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci. Collègue de Taillon.

• (17 h 10) •

**Mme Lamarre :** Bien, écoutez, là on parle de deux documents rédigés par le ministre et par l'équipe du ministère et, dans un premier, on a un ratio de 12 pour un puis, trois mois après, on a un ratio de 10 pour un. Moi, j'entends bien que des gens pourraient dire : Bien, c'est huit pour un ou c'est 15 pour un. Il doit y avoir une formule mathématique approximative, là, mais il doit y avoir certainement une méthode qui a été appliquée pour arriver à changer ça parce que, pour un médecin, ça fait une différence, là. Si on a un maximum de 100 patients avec un ratio de 10 pour un, ça équivaut à 1 000. Si on a un maximum de 100 patients avec un ratio de 12 pour un, ça fait 1 200 patients.

Alors, ça change beaucoup, et, pour les médecins... On a des médecins qui, dans cette catégorie-là... Donc, dans la catégorie qu'on peut voir, il y a, par exemple, des médecins qui, à 1 008 patients, ont atteint leur maximum de patients qu'ils ont besoin de prendre. Dans d'autres catégories d'âge, ce sera 1 260; dans d'autres catégories, 1 512. Alors, le fait de passer de 12 à un ou de 10 à un, là, bien, le 10 à un, les médecins qui ont fini entre cinq et 14 ans, leur objectif, c'est 1 008. Alors, à 1 000, ils sont capables de le faire, tandis que, quand on était à 12 pour un, ça fait 1 200. Là, on arrive avec la catégorie de médecins qui ont obtenu leur diplôme entre 15 et 24 ans. Alors, ça change vraiment... Pour les médecins, là, ça change, ça dit : Est-ce que ça peut être l'entièreté de ma clientèle, ma clientèle au complet ou seulement une partie de ma clientèle? Et je vous le dis, ça va être contesté, et je me dis : Est-ce qu'on a aussi tenu compte de la complexification des besoins, par exemple, en soins palliatifs, où, de plus en plus, les soins sont complexes, où on a plus de patients.

Mais sincèrement je reviens sur le critère, là, le ratio. Comment on a pu passer de 12 pour un, il y a trois mois, à 10 pour un aujourd'hui, pour le même sous-groupe de population, là? On parle des personnes avec des besoins complexes et en perte d'autonomie sévère, suivies à domicile.

**M. Barrette :** M. le Président, j'ai déjà répondu à la question, mais je vais le faire encore pour une dernière fois. Alors, ces ratios-là ont été établis sur la base, évidemment, de concepts qui sont bien connus dans la littérature, d'analyse de nos bases de données qui montrent le poids relatif en termes de consommation des soins, parce qu'on a ces bases-là, d'une catégorie de patients à l'autre et de consultation auprès et des praticiens, de certains experts et du public.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** Bien, il est certain que les médecins se sont prononcés de façons diverses sur différentes tribunes contre ce genre de ratio là. Si la FMOQ avait été complètement d'accord avec eux, elle n'aurait pas préféré passer par une entente plutôt que par un projet de loi.

Donc, j'entends que ce n'est pas par consensus et je pense sincèrement que, dans un règlement d'une telle portée, il va y avoir des impacts, là, sur l'accessibilité parce qu'on va ou bien trop utiliser... Si on cautionne trop de temps à des médecins pour des activités et des sous-groupes de population, on va en manquer pour d'autres. Si on n'en donne pas assez, on crée un effet pervers qui fait qu'on va rendre la prise en charge de ces patients-là moins populaire.

Donc, vraiment, je pense que la question est très, très pertinente et j'aimerais avoir l'exercice au moins complet pour une catégorie, là. Prenons celle où on avait 12 pour un et où on a 10 pour un, les personnes avec des besoins complexes et en perte d'autonomie sévère suivies à domicile. Je pense que c'est raisonnable, dans l'étude d'un projet de loi, avec des règlements qui vont être aussi précis, qu'on ait l'exercice qui a été fait pour arriver à cette conclusion-là.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci. M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, je pense qu'on perd vraiment un peu notre temps puis je vais vous expliquer pourquoi. Alors, je vais lire ici un texte qui a été présenté pendant une heure et demie, presque deux heures, à l'opposition officielle, dont la députée de Taillon, O.K.? Et ça, ça a été accepté. Ça a été accepté sans même, à toutes fins utiles... avec très peu de négociation, M. le Président, par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, c'est-à-dire les médecins que la députée de Taillon vient de... auxquels elle a fait référence en disant : Ils sont contre.

Bien, les médecins contre, selon la députée de Taillon — et on comprendra ce qui se passe ici, là, on fait du temps — bien, ils ont dit ceci, M. le Président, et je cite : « Afin de reconnaître le temps requis pour certaines pratiques ou

les besoins particuliers de certaines clientèles, des pondérations sont accordées pour — ce sont des pondérations auxquelles la députée de Taillon fait référence — accouchement, suivi de grossesse, suivi à domicile de patients avec des besoins complexes et en perte sévère d'autonomie, suivi de certains patients vulnérables — parenthèse : toxicomanie, VIH-sida, troubles dépressifs majeurs, douleurs chroniques, parenthèse — vulnérabilité en fonction de l'indice de défavorisation sociale et matérielle.»

Alors, M. le Président, avant d'entrer en séance aujourd'hui, nous avons présenté ça à la députée de Taillon en détail et de façon exhaustive et nous l'avons informée à ce moment-là, comme je le refais ici, que les médecins de famille eux-mêmes, par la voix de leur fédération, vont de l'avant avec ça. Ce n'est pas imposé, là, ils acceptent ça. Ce n'est même pas négocié, ils le veulent, et là on s'interroge sur l'impact que ça aura sur les praticiens, les médecins qui eux-mêmes acceptent ça et ont signé une entente qui comprenait ça.

M. le Président, là, je pourrais invoquer une série de règlements, dont un sur la pertinence de la discussion actuelle. Je ne le ferai pas, je vais laisser les gens qui nous écoutent juger et conclure de la finalité de ce que l'on fait, là, des paroles qui sortent de nos bouches respectives et où est-ce qu'elles vont, ces paroles-là. Moi, je peux vous le dire, là, elles s'évaporent dans l'atmosphère au moment où l'horloge fait des pirouettes sur elle-même. Maintenant, j'ai dit ce que j'avais à dire sur ce sujet-là qui, clairement, a été traité, sur lequel il n'y a pas de substance puisque les médecins auxquels on fait référence se disent satisfaits de ça au moment où on se parle.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci beaucoup. Y a-t-il d'autres interventions concernant le sous-amendement de la collègue de Taillon? S'il n'y a pas d'autres interventions, je vais mettre aux voix le sous-amendement. Alors, le sous-amendement de la collègue de Taillon est-il adopté?

**Mme Lamarre :** Monsieur...

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui.

**Mme Lamarre :** M. le Président, bien, je...

**Le Président (M. Tanguay) :** Vous n'avez plus de temps. Vous n'avez plus de temps.

**Mme Lamarre :** Pardon? Je n'ai plus de temps? Même plus une seconde?

**Le Président (M. Tanguay) :** Non.

**Mme Lamarre :** O.K. Alors, je suis pour le sous-amendement. Vote nominal.

**Le Président (M. Tanguay) :** O.K. M. le secrétaire, vote par appel nominal.

**Le Secrétaire :** Donc, pour, contre ou abstention. Mme Lamarre (Taillon)?

**Mme Lamarre :** Pour.

**Le Secrétaire :** Mme Richard (Duplessis)?

**Mme Richard :** Pour.

**Le Secrétaire :** M. Rochon (Richelieu)?

**M. Rochon :** Pour.

**Le Secrétaire :** M. Barrette (La Pinière)?

**M. Barrette :** Contre.

**Le Secrétaire :** M. Plante (Maskinongé)?

**M. Plante :** Contre.

**Le Secrétaire :** M. Bourgeois (Abitibi-Est)?

**M. Bourgeois :** Contre.

**Le Secrétaire :** M. Giguère (Saint-Maurice)?

**M. Giguère :** Contre.

**Le Secrétaire :** Mme Boulet (Laviolette)?

**Mme Boulet :** Contre.

**Le Secrétaire :** Mme Soucy (Saint-Hyacinthe)?

**Mme Soucy :** Pour.

**Le Secrétaire :** M. Tanguay (LaFontaine)?

**Le Président (M. Tanguay) :** Abstention.

**Le Secrétaire :** Rejeté.

**Le Président (M. Tanguay) :** Alors, le sous-amendement est rejeté. Nous revenons donc à l'objet du débat, qui est maintenant l'amendement du ministre à l'article 3 intégré à l'article 1. Y a-t-il des interventions? Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** Alors, M. le Président, je veux simplement dire que, dans un exercice qui va conditionner de façon déterminante la disponibilité des médecins, leur intérêt à prendre certains sous-groupes de patients par rapport à d'autres, la démonstration de la façon dont on a déterminé ces ratios-là aurait été très certainement très nécessaire, pertinente à l'étude de ce projet de loi et des règlements. Et, dans le document qui nous a été présenté ce matin, on nous a dit qu'il y avait des pondérations qui sont accordées, mais on n'a pas le ratio de ces pondérations-là. On l'a dans les orientations réglementaires, mais ces pondérations-là, dans le document, ce sont des pondérations et elles n'ont pas été reproduites dans le document qui nous a été déposé ce matin.

Ceci étant dit, on va revenir à l'amendement que le ministre nous a déposé. Il y a quand même des changements par rapport à l'article 3 original. Un en particulier, j'aimerais que le ministre nous le décrive. Pour mes collègues, donc, dans le troisième alinéa... quatrième alinéa... en fait, après la phrase qui commence par : «Le règlement du gouvernement peut notamment prévoir :

«1° l'âge à compter duquel un médecin est soustrait à ces obligations.»

Je comprends que, dans la façon dont ça avait été rédigé au départ, dans les premières orientations réglementaires, les obligations étaient en fonction des années de pratique, et là il y a un changement de fond, là, où on dit : Ça ne va plus en fonction des années de pratique, ça va en fonction d'un certain âge à compter duquel un médecin est soustrait à ces obligations.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** Bien, c'est le même esprit, là, c'est une sémantique différente. Alors, l'âge et les années de pratique, il y a un lien entre les deux, là.

• (17 h 20) •

**Mme Lamarre :** Bien, il y a des médecins qui obtiennent leur permis d'exercer à 38 ans...

**M. Barrette :** Bien, c'est ça.

**Mme Lamarre :** Alors, quand on disait...

**M. Barrette :** C'est pour ça, c'est exactement pour ça. C'est pour ça qu'on met l'âge plutôt que les années de pratique parce qu'il y a des médecins qui arrivent plus tard en médecine et que, si on met les années de pratique, ils vont avoir accès aux mêmes, entre guillemets, bénéfices à 75 ans plutôt qu'à 65 ans à cause de ça.

**Mme Lamarre :** C'est parce que là, moi, je ne le vois pas dans la perspective du droit du médecin, je le vois dans la perspective de ce à quoi la population, qui a investi dans la formation de ce médecin-là, a accès. Et, si le médecin a obtenu son permis à 38 ans, qu'on puisse demander à ce médecin-là de garantir, par exemple, 30 ans de services à la population, ça ne m'apparaît pas déraisonnable dans la perspective où l'espérance de vie augmente, là. Donc, moi, je pense que ce n'est plus en fonction de l'âge qu'on devrait soustraire, mais il faut tenir compte aussi de la période pendant laquelle ce médecin-là a exercé. Il me semble que ça, c'est un... Donc, il y a quelque chose qui doit être pris en compte aussi.

**M. Barrette :** Bien là, M. le Président, je suis un peu étonné, là. Je suis vraiment un peu étonné, là. Moi, je vais prendre le même exemple que la députée de Taillon, M. le Président, et je vais faire une... C'est comme en musique. Je ne sais pas si la députée de Taillon a déjà fait de la musique, là, mais c'est comme une transposition. On va faire une transposition, on va changer de gamme.

Alors, un médecin qui finit, là, un médecin de famille qui commence sa pratique, qui finit son cours de médecine, là, il commence sa pratique à 28 ans, on peut raisonnablement penser qu'il va pratiquer 40 ans. C'est raisonnable de penser ça. Celui qui commence à 38 ans, est-ce qu'on va lui dire : Bien, l'autre, là, il a eu 40 ans de pratique avant d'avoir accès à certaines mesures. Toi, tu vas attendre 78 ans, là. Il me semble que le principe de l'âge, là, versus les années de pratique, il a son sens là.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** Là, on peut avoir l'inverse, et il y a un jeu. Moi, j'aimerais savoir qu'est-ce que le ministre prévoit mettre, par exemple, dans son règlement comme âge à compter duquel un médecin est soustrait à ses obligations. Parce qu'on a aussi des médecins qui, à partir de 68 ans, décident...

**M. Barrette :** C'est dans le règlement. Vous l'avez, là, c'est 62 ans. Vous l'avez dans vos documents.

**Mme Lamarre :** C'est 62 ans dans l'orientation réglementaire?

**M. Barrette :** Page 1.

**Mme Lamarre :** Je ne crois pas que c'était là dans la première version, là. Donc, 62 ans, et, avec ça, on a fait l'évaluation... parce qu'on a beaucoup de médecins qui sont beaucoup plus âgés que ça qui continuent de travailler.

**M. Barrette :** Les médecins de 62 ans font plus... en moyenne, font presque le double de ce qu'on leur demande.

**Mme Lamarre :** On est d'accord. On est d'accord.

**M. Barrette :** Ce n'est pas parce que... Les médecins, là, il ne faut pas penser que, pour travailler, ils ont besoin d'obligations tout le temps, là. Il y en a, là, qui travaillent, ils prennent un rythme puis ils sont bien là-dedans, et ainsi de suite. C'est terriblement négatif comme approche. Je n'en reviens pas.

**Mme Lamarre :** Ce n'est pas négatif, on vise à protéger la population, à lui donner des garanties.

**M. Barrette :** Protéger la population?

**Mme Lamarre :** Oui.

**M. Barrette :** Contre quelles attaques?

**Mme Lamarre :** À lui donner des garanties d'accessibilité parce qu'actuellement elle est en carence d'accessibilité.

**M. Barrette :** Non, non, non, mais protéger... Mais quel langage! Protéger quelles attaques?

**Mme Lamarre :** La protection du public, ça inclut l'accès aux soins. C'est un déterminant fondamental, l'accessibilité aux soins, pour protéger une population.

**M. Barrette :** En tout cas, moi, protéger, là, je n'ai pas la même signification du mot, là. Pour moi, là, protéger, là... Là, vous êtes dans une logique... M. le Président, la députée de Taillon est dans une logique d'attaque de la population.

**Mme Lamarre :** M. le Président, c'est une... C'est vraiment l'article 35 qui me permet... Il me prête des intentions.

**M. Barrette :** Mais c'est des mots, là. Protéger...

**Mme Lamarre :** Je n'ai jamais attaqué la population. Au contraire, je suis une solide ambassadrice et défenderesse de l'intérêt de la population.

**M. Barrette :** M. le Président, je ne dis pas que la députée de Taillon attaque la population, je dis qu'elle fait référence à l'âge du médecin comme étant... si son comportement change, à une attaque contre la population. Il faut la protéger. Moi, je trouve ça...

**Mme Lamarre :** Non, non. Protéger, ce n'est pas...

**Le Président (M. Tanguay) :** Un à la fois. Je vais...

**M. Barrette :** Moi, si j'étais médecin sur le terrain, là, je ne serais pas content d'entendre ça, là.

**Le Président (M. Tanguay) :** O.K. Je ne pense pas qu'il y avait des intentions malveillantes du ministre dans le sens qu'il a donné à «attaque». Ceci dit, de part et d'autre, ça va bien. Il reste un peu plus d'une demi-heure à nos débats. Je vous invite peut-être à... au fond des choses, qui est l'amendement du ministre à l'article 3 intégré à l'article 1, pour qu'on puisse poursuivre notre séance sans incident.

**M. Barrette :** Je peux continuer, mais je vais donner un autre exemple. Un diplômé à l'étranger qui arrive au Québec... On a une entente de reconnaissance mutuelle avec la France. Un médecin français, là, qui arrive ici aujourd'hui,

là, à 45 ans, à 50 ans... Il y en a un, là, qui est dans mon propre d'hôpital, il vient d'arriver, là, puis il a déménagé parce que les enfants ont immigré au Québec puis il voulait rester près de ses enfants. Il est ici. Alors, il arrive, là, à peu près, je dirais, là, 55 ans.

Là, on va lui dire que c'est 40 ans de pratique. On va l'obliger à travailler, selon les normes qu'on a mises en place en fonction de l'âge, jusqu'à 95 ans ou bien donc on va protéger la population puis on va lui dire : Bien là, à 62 ans, tu dois travailler comme à 30 ans. C'est quoi, là? L'âge, là, ça tombe sous le sens, c'est une évidence, à moins que là on soit dans un état d'esprit tel que, là, il faut vraiment, vraiment, vraiment écrire des choses dans la loi qui prévoient tous les cas de figure. Vous arrivez au pays à tel âge, vous êtes entré en médecine à tel âge, et là on exige de vous... Bien là, qu'on le dise. Si la députée de Taillon veut qu'un médecin au Québec donne toujours tant d'années de pratique, qu'elle le dise, puis avec un volume, puis avec un horaire. Je l'ai dit dans la journée, M. le Président, là, ça fait bientôt quatre heures qu'on est ensemble, on tombe... on se rapproche toujours du concept du salariat. C'est toujours une relation employeur-employé que vise la députée de Taillon.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Taillon.

**Mme Lamarre :** Bien, M. le Président, je veux juste rappeler que c'est le ministre, le premier qui a créé des classes et des sous-classes en fonction des années de pratique. C'est lui qui, au tout début, a présenté ces orientations réglementaires, et, dans la dernière version des orientations réglementaires, il y a encore ça pour les 5-14 ans, les 15-24 ans, les 25-34 ans de pratique, et on ne dépasse pas 34 ans. Après le 34 ans, on laissait cette ouverture-là.

Pour ce qui est des médecins, effectivement, qui sont des Québécois d'adoption — et on est très contents de les accueillir et on souhaite en avoir de plus en plus — il est tout à fait possible de déterminer, et d'en faire des exceptions, et de déterminer en fonction de leurs caractéristiques, effectivement. Si un médecin arrive ici à 50 ans, il est quand même possible qu'il veuille travailler davantage que 62 ans.

Mais je voudrais juste, à ce moment-là, que le ministre, qui a changé... parce que c'est lui qui a changé les choses, là. Entre son projet de loi qu'il a déposé, le projet de loi n° 20 qu'il a déposé à l'automne, et ici, son amendement, il a remplacé les groupes d'âge par un âge maximal et il nous dit que cet âge-là est de 62 ans. Alors, comment a-t-il déterminé le 62 ans? Sur quel modèle? À quelle référence on fait? Est-ce qu'on a fait des moyennes d'âge? Est-ce qu'on a évalué que... Sur les 8 000 médecins, 62 ans, ça correspondait à quoi? Est-ce que c'est une médiane? Est-ce qu'on a fait un sondage auprès des médecins pour voir à quel âge ils prenaient leur retraite? Est-ce qu'on a évalué combien de médecins seraient libérés de toute exigence en prenant ce seuil de 62 ans? Parce qu'on se rend compte, là, qu'il semble y avoir plusieurs éléments qui ne s'appuient pas sur grand-chose, sauf sur les choix que le ministre a faits. Alors, si on a déterminé que c'est 62 ans, on doit avoir des références là-dessus.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, je peux même vous dire que, dans le milieu médical, on voulait avoir ça à 55 ans et on a jugé que c'était un peu jeune. Et c'est une décision qui est empirique, qui est arbitraire, c'est vrai, mais qui a été simulée dans nos modèles, et 62 ans, compte tenu des simulations que l'on a faites, n'entraînait pas d'inconvénient sur le plan de l'offre des services, pour employer une expression que la députée de Taillon aime aujourd'hui, ça n'avait pas d'impact. Alors, il fallait, à un moment donné, déterminer un âge à partir duquel on permettait au médecin soit de continuer selon son bon vouloir soit de continuer avec les contraintes. Alors, les contraintes sont abolies à 62 ans.

Maintenant, ce n'est pas un débat, puis je vois mal comment on peut faire ce débat-là, là. D'aucuns nous taxeraient d'âgisme, là. Est-ce qu'on doit garder les contraintes que l'on a jusqu'à 72 ans? Est-ce que c'est ça?

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Taillon.

• (17 h 30) •

**Mme Lamarre :** Bien, je veux juste nous rappeler que notre objectif à tous, en étudiant le projet de loi n° 20, c'est d'améliorer l'accès, et cet accès-là, si on a 8 000 médecins qui... Une année de travail de plus ou de moins, dans des balises qui sont censées améliorer l'accès, bien, ça peut être déterminant. Alors, c'est peut-être 61 ans, mais c'est peut-être 63 ou 64 ans.

Donc, moi, je veux juste comprendre qu'est-ce qui a été fait pour arriver à 62 ans et je ne porte pas de jugement sur le 62, je veux juste qu'on puisse comprendre pourquoi c'est 62 et pas 61, 60 ou 65.

**M. Barrette :** C'est arbitraire, M. le Président.

**Mme Lamarre :** Alors, ça a un impact important, là, sur les...

**M. Barrette :** Non, pas dans les simulations qu'on a faites.

**Mme Lamarre :** D'accord. Si je regarde... Il y a le nombre minimal de patients, le nombre minimal d'heures d'activités médicales devant être exercées. Je voulais voir les modalités de suivi de la clientèle. À quoi ça fait référence, là, le deuxième alinéa?

**M. Barrette :** Juste un instant, parce que je... que je sois certain, là. Là, on parle de... O.K., 2°, le deuxième alinéa, c'est le taux d'assiduité.

**Mme Lamarre :** Alors, pourquoi on n'a pas utilisé le taux d'assiduité comme...

**M. Barrette :** C'est-à-dire que, principalement, cet article-là nous garde la porte ouverte à certains éléments s'il advenait qu'il soit nécessaire d'en mettre.

**Mme Lamarre :** J'apprécie beaucoup cette réponse-là; c'est tout à fait dans l'esprit dans ce que j'espérais. Excellent. «...le nombre minimal de patients devant être suivis; [...]le nombre minimal d'heures d'activités médicales devant être [suivies]...» Moi, j'aurais terminé.

**Le Président (M. Tanguay) :** Oui, on a la...

**Mme Lamarre :** Est-ce que ma collègue...

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Duplessis, la parole est à vous.

**Mme Richard :** Merci, M. le Président. J'aimerais savoir de M. le ministre, «les règles particulières applicables lorsqu'un médecin souhaite exercer des activités médicales dans plus d'une région», est-ce qu'au niveau du ministère ils ont une idée du nombre d'omnis qui pratiquent dans plus d'une région?

**M. Barrette :** Oui. Moi, je ne l'ai pas, moi, à l'esprit, là, mais on a cette donnée-là.

**Mme Richard :** On pourrait-u l'avoir peut-être demain... bien, pas demain, mais mercredi?

**M. Barrette :** Par coeur, on ne l'a pas, mais c'est sûr qu'on peut l'avoir, on l'a, là.

**Mme Richard :** Parfait. Vous me la donnerez...

**M. Barrette :** On a les proportions aussi, là.

**Mme Richard :** Vous me la donnerez, j'apprécierais, quand vous aurez les données.

**M. Barrette :** C'est quoi, la question plus précise, là?

**Mme Richard :** J'y arrive.

**M. Barrette :** Ah! non, O.K., c'est correct.

**Mme Richard :** J'y arrive. De un, je voulais savoir s'il y en avait beaucoup, parce que, M. le Président, dans la région d'où je viens, on a beaucoup... on les appelle les médecins qui font de l'itinérance. On a beaucoup d'omnis qui viennent, bon, pour couvrir soit des absences, ou maladies, ou vacances, ou autres, et là c'est pour ma compréhension, M. le Président, et la compréhension des personnes qui nous écoutent. Je vous donne un exemple. Moi, je connais un médecin, un omni, qui vient sur une base régulière, que ce soit au... je vais dire maintenant «point de service» en Minganie et à Port-Cartier. Celui-ci venait, mais il ne prenait pas de patient à charge, il ne faisait que les urgences, quelques suivis des fois sur les étages, là, mais il faisait la plupart du temps de l'urgence.

Si, dans ma région, il vient puis qu'il ne fait que de l'urgence, comment on va arriver au ministère pour avoir un suivi, s'il respecte toutes les règles, si, dans une autre région, ce même médecin décide... Bien, là-bas, il n'a pas le choix, il fait partie d'un GMF puis... Mais disons que, dans ses semaines de vacances du GMF, il décide qu'il vient faire du remplacement dans un point de service où il va ne faire que de l'urgence, est-ce que c'est possible, de un? Puis, si c'est possible, comment on va faire pour suivre ça?

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre.

**M. Barrette :** Est-ce que la question... Est-ce que je comprends que la question est de savoir si, un, on...

**Mme Richard :** Il a le droit.

**M. Barrette :** ...permet à un médecin d'être à temps plein, mettons, dans un GMF à Québec...

**Mme Richard :** Ou à temps partiel.

**M. Barrette :** ...et est-ce qu'on comptabilise ses activités en dépannage?

**Mme Richard :** Exactement.

**M. Barrette :** Si c'est ça, la question, la réponse, c'est oui. D'ailleurs, c'est dans les pondérations.

**Mme Richard** : O.K. Oui, la réponse, c'est oui, qu'il peut en faire. Ça veut...

**M. Barrette** : Non, non, mais c'est compté aussi.

**Mme Richard** : C'est compté. Donc, les heures qu'il va venir faire, exemple, des urgences dans un point de service vont être comptabilisées comme s'il avait fait des urgences dans sa dite région. Donc, au quotidien, ça ne changera rien par rapport à la desserte que nous avons en termes d'omnis itinérants. C'est ce que je voulais savoir.

**M. Barrette** : C'est ça. Alors, le médecin qui va faire ça ne va pas être ni avantagé ni pénalisé.

**Mme Richard** : Parfait.

**M. Barrette** : Autrement dit, son activité va être comptée, et pondérée, et mesurée correctement pour lui.

**Mme Richard** : O.K. D'accord.

**M. Barrette** : Ou bien, donc, dit différemment encore, là, si ce médecin-là était à temps plein à Québec puis qu'il devait travailler 12 heures, 1 000 patients, bien, il va devoir faire peut-être moins d'heures puis voir moins de patients parce que ses heures et ses patients, même s'ils ne sont pas pris en charge, ce sont des activités qui sont pondérées et comptées.

**Mme Richard** : Est-ce qu'à l'inverse on pourrait avoir un omni qui déciderait que, lui, il fait juste... que du dépannage seulement?

**M. Barrette** : La réponse, c'est oui, il peut décider de faire ça, là, mais là il va frapper un mur, là, parce qu'il ne rencontrera pas tous les paramètres, et là, s'il advenait qu'il fasse ça, bien là il faudrait qu'il ait une autorisation quelconque, là, parce que, dans les pondérations, là, il y a des maximums.

**Mme Richard** : O.K. Disons qu'on avait une région où on a besoin, pour x raison — parce que le recrutement est de plus en plus difficile dans certaines régions, vous en êtes conscient — de faire affaire avec des médecins dépanneurs, on pourrait, à ce moment-là...

**M. Barrette** : Aménager.

**Mme Richard** : C'est ça. Et le PDG, exemple...

**M. Barrette** : La meilleure démonstration de ça, c'est Baie-James. Baie James, on les aménage.

**Mme Richard** : J'y arrivais, j'y arrivais. Parfait.

Autre question : «...toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations.» Quand vous avez mentionné cette phrase, qu'est-ce qui vous... M. le Président, je vais m'adresser à vous : Qu'est-ce que le ministre, qu'est-ce que le législateur avait en tête? «Toute autre condition», juste me donner un exemple.

**M. Barrette** : Rien. Alors, c'est une provision qui est là pour l'imagination future.

**Mme Richard** : Au cas où.

**M. Barrette** : Oui.

**Mme Richard** : Mon Dieu! Mais c'est bizarre pareil. «...toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations.» S'il arrivait, là... Parce que vous dites : On n'avait pas prévu... En tout cas, vous n'y avez pas pensé, vous l'avez mis là juste pour être sûr que vous étiez bien attaché, c'est ce que je comprends.

**M. Barrette** : Je m'excuse. J'ai raté...

**Mme Richard** : Vous l'avez placé là pour être sûr que c'était très, très bien attaché. S'il arrivait quelque chose que nous n'avons pas pensé, et le médecin, il respecte toutes ses obligations, là, on ferait référence à cet article... ce paragraphe-là.

**M. Barrette** : Oui. Tout à fait.

**Mme Richard** : Et est-ce qu'on a prévu... Parce que, là, je veux bien comprendre le... Le ministre, lui, il l'a tout en tête, son projet de loi. Nous, on le fait article par article, on fait des recherches, voir si ça fonctionne. Lui, il a sa vue d'ensemble puis il a dit : Moi, c'est le projet de loi n° 20, voici comment je le passe.

Parce que, là, je ne veux pas me faire accuser de prendre du temps, parce que je n'ai pas encore pris la parole cet après-midi, même s'il est assez tard. Est-ce qu'on aurait prévu des sanctions ou quelque chose? Parce que, là, cet article-là, bien, il dit : «...toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations.» Ça vient à dire que, s'il n'a pas respecté ces obligations puis qu'il y aurait une autre condition à laquelle on n'avait pas pensé, est-ce que... On l'a mis là, j'ai compris, là, pour plus se blinder, là, excusez-moi l'expression, donner un peu plus de sécurité. Est-ce qu'à ce moment-là on est allé jusqu'à dire : Il pourrait y avoir telle ou telle sanction ou on l'a juste placé comme ça?

**M. Barrette** : Ça, c'est... C'est-à-dire non. La réponse est non.

**Mme Richard** : Parfait.

**M. Barrette** : Mais, sur l'ensemble de l'oeuvre, là, il y en a, des sanctions, mais dans un cadre plus général, pas par élément.

**Mme Richard** : O.K. Dernière question. Vous m'excuserez, mais j'ai écouté avec mes deux oreilles les échanges entre ma collègue de Taillon et le ministre. Si je comprends bien, par rapport à l'âge, je comprends, là... En tout cas, je comprends votre explication quand vous avez dit : Si on met l'âge de la pratique, quelqu'un qui est... Parce qu'on peut décider de faire médecine à 35 ans, hein?

**M. Barrette** : Ça arrive.

**Mme Richard** : Ça arrive, ça arrive.

**M. Barrette** : Ça n'arrive pas souvent, mais ça arrive.

**Mme Richard** : Moi, j'appelle ça...

**M. Barrette** : Une vocation tardive.

**Mme Richard** : Pardon? Une vocation tardive, vous avez tout à fait raison. Un médecin qui, au-delà de 62 ans, veut continuer sa pratique peut le faire puis il va continuer avec les mêmes obligations. Admettons qu'il avait 61 ans, 62 ans, il se retire, à ce moment-là, il aura l'obligation de référer ses patients.

**M. Barrette** : Bien, s'il prend sa retraite?

**Mme Richard** : Oui.

**M. Barrette** : Oui.

**Mme Richard** : Bien, admettons que, je ne sais pas, moi, il a pratiqué puis, à 62 ans, bien là il dit : Moi, je suis assez en forme, je vais faire un bout. Puis il arrive que, je ne sais pas, moi, la conjointe ou le conjoint décède, peu importe, il se retire à 64 ans, il avait quand même une bonne clientèle, c'est un médecin âgé, les gens avaient confiance, la seule obligation qu'il y aura...

**M. Barrette** : Bien, il y a des obligations, dans le code de déontologie, qui viennent d'être changées, là. Il doit avertir à l'avance, il doit... Mais ça, c'est dans le code de déontologie du Collège des médecins.

**Mme Richard** : Qu'est-ce qu'on fait avec quelqu'un qui n'a pas pu, suite à un décès ou peu importe...

**M. Barrette** : Le médecin meurt subitement.

**Mme Richard** : ...aviser à l'avance, justement, puis on se retrouve avec une bonne clientèle parce qu'il était bon, ce médecin-là?

**M. Barrette** : Le médecin tombe malade, décède ou tombe malade puis il a un accident, là, il ne peut plus pratiquer. Alors là, la clientèle tombe sur le guichet d'accès. Et là, dans le guichet d'accès, dans l'entente actuelle, il ne peut pas rester là plus que 30 jours.

• (17 h 40) •

**Mme Richard** : Ça veut dire, à ce moment-là, qu'on serait peut-être obligés de recruter un médecin ailleurs, parce que, je ne sais pas, moi, s'ils sont six ou sept médecins, là, puis que lui, il avait le maximum de patients, ça ne veut pas dire qu'on va être capable de tous les répartir entre les médecins, mettons, qui oeuvrent auprès de ce GMF, là. On pourrait, à ce moment-là...

Ça va être ma dernière question. Est-ce que ça arrive — là, vous m'avez amenée un peu plus loin dans ma réflexion — qu'il tombe malade puis il ne reviendra plus travailler? On le sait, il ne viendra plus travailler. Puis lui, là, il

avait le maximum de patients. Puis on n'est pas... Vous le dites, 30 jours, mais on s'aperçoit qu'on est rendu à 25 jours, on n'est pas capable de tout donner les patients aux médecins qui sont dans le GMF parce qu'ils n'étaient pas nombreux puis... Ça peut arriver dans une région, là. Qu'est-ce qu'on fait?

**M. Barrette** : Bien, encore une fois, là, ça, ça dépend dans quel contexte vous vous mettez. Si on est dans le contexte de la loi... de l'entente actuelle, c'est le GACO qui fait son oeuvre.

**Mme Richard** : Pardon, le?

**M. Barrette** : C'est le guichet d'accès à la clientèle orpheline qui fait son oeuvre dans le cadre de l'entente dans laquelle les gens, les médecins ont intérêt à prendre les patients, les inscrire et les suivre. Ça ne disparaît pas, là, cet intérêt-là, là.

**Mme Richard** : Je n'ai pas dit ça, là.

**M. Barrette** : Non, non, non, je veux dire, ce n'est pas une critique, là, que je fais, là. Maintenant, rendu au 30e jour, bien là il y a un médecin coordonnateur qui, lui, a la capacité — et ça, ces modalités-là ne sont pas encore définies — de solliciter certains médecins, oui, et d'attribuer un supplément pour ces patients-là. Maintenant, dans le cadre de la loi n° 20 — si c'est juste la loi n° 20 et non l'entente actuelle — bien là, c'est la mécanique tout simplement actuelle de l'assiduité et du taux d'inscription.

**Mme Richard** : Parce que c'est ça. Là, on parle, on parle, mais, si l'entente ne donne pas les résultats, c'est la loi n° 20 qui va s'appliquer.

**M. Barrette** : Tout à fait.

**Mme Richard** : Ça fait que ce n'est pas le même scénario du cas de figure qu'on a donné.

**M. Barrette** : Mais c'est le même résultat.

**Mme Richard** : Bien, la finalité, oui, mais, pour y arriver, ce ne serait pas pareil si on est, mettons, avec un médecin, là, qui, pour une raison ou une autre, il a décidé qu'il quittait. On est dans l'entente que vous avez négociée, là. Il doit quitter, on a quand même le 30 jours pour que les patients aient accès à un médecin de famille, mais on est saturés, là. Les autres médecins, là, ils étaient pas mal au quota, là, ils l'avaient pas mal atteint. Puis là lui qui a quitté, là, il en avait beaucoup, là, parce qu'il était un bon médecin. Ça fait qu'il faut s'organiser pour les répartir, ces patients-là, là, si on n'a pas de médecin en nombre suffisant pour la répartition qu'on doit faire.

**M. Barrette** : Et, M. le Président, c'est parce que ça revient toujours à la même chose. Ce que l'on fait, là, on doit le prendre dans son ensemble, là, et on doit aussi considérer que la situation est évolutive en ce sens que les médecins vont augmenter leur nombre de prises en charge pour les raisons qu'on comprend. Le nombre de médecins augmente année sur année.

**Mme Richard** : Même si le quota est atteint... Je m'excuse, M. le Président. Même si le quota est atteint, dans un cas semblable, on pourrait faire augmenter leur nombre?

**M. Barrette** : Bien, c'est-à-dire que le quota, ce n'est pas une limitation. On oublie tout le temps que le quota, c'est un modèle, ce sont des blocs, comme un jeu de blocs, pour se rendre à 1 500. N'oubliez pas qu'actuellement la moyenne, c'est 700, hein? Quand bien même on passe de 700 à 1 000 avec l'hôpital ou 700 à 1 500 sans hôpital, c'est là où ils vont aller.

**Mme Richard** : Parfait.

**M. Barrette** : Et le nombre de médecins augmente, et ça, il ne faut pas l'oublier, et, en plus, nous, on va distribuer plus populationnellement les nouveaux arrivants. Alors, quand on met tout ça ensemble, c'est ça qui va donner les résultats qu'on veut tous et toutes.

**Mme Richard** : O.K. Quand vous parliez du médecin coordonnateur, on parle-tu du DRMG, directeur régional de médecine?

**M. Barrette** : Il est dans la hiérarchie, là.

**Mme Richard** : Mais médecin coordonnateur, ça, moi, en tout cas, c'est la première fois que...

**M. Barrette** : Il est en dessous du DRMG ou le DRMG peut, lui, coordonner s'il veut, là.

**Mme Richard** : O.K., parfait. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Tanguay)** : Merci beaucoup. Collègue de Richelieu.

**M. Rochon** : Merci, M. le Président. Alors, le ministre n'est pas sans savoir que je suis porte-parole de mon parti pour les aînés. Il le sait parce que son bonheur est palpable quand je lui pose des questions en Chambre sur la qualité de vie, les conditions de vie dans les CHSLD, hein, je ne me trompe pas?

**Mme Richard** : Il adore ça.

**M. Rochon** : D'accord. Je vous entends parfois douter que beaucoup de gens suivent nos travaux. Bien, il y a la fille d'une résidente d'un CHSLD qui les suit à la loupe, puis elle a une question. Je vais vous la poser. Elle me demande si la modification des activités médicales particulières ne pourrait pas impliquer un jeu de vases communicants dangereux en termes de couverture médicale dans les CHSLD.

**M. Barrette** : Bien, la réponse, c'est non, mais je vois mal comment on peut imaginer que ça le ferait.

**M. Rochon** : En tout cas, elle, à la lumière des discussions que nous avons ici, a pu l'imaginer. Alors, vous la rassurez?

**M. Barrette** : Oui, puis j'espère qu'elle nous écoute assidûment, comme vous l'avez suggéré, parce que c'est... Encore une fois, la combinaison, la combinaison d'une... Dans le projet de loi n° 10, encore une fois, la combinaison d'un nombre beaucoup plus grand d'inscriptions par médecin requis, avec l'assiduité, avec les activités médicales particulières et, en plus, avec le pouvoir du DRMG de diriger les activités au travers des activités médicales particulières, s'il y avait un besoin ou plutôt un manque, avec en plus ce pouvoir-là, bien là tout ça s'additionne, là.

D'un côté, on demande aux médecins d'inscrire plus de patients, donc c'est plus de patients. On demande de les voir plus parce que l'assiduité actuelle est inférieure. On leur demande de passer de 68 %, 70 % à 80 %, c'est une énorme marche. Donc, ça, ça fait du temps-médecin supplémentaire à plus de monde parce qu'on demande d'inscrire plus, et, en plus, il y a la gestion des activités médicales particulières en fonction des besoins. Là, j'imagine mal, par rapport à aujourd'hui, comment on peut avoir une situation où les gens en CHSLD, par exemple, seraient délaissés puisque la capacité de service offerte à la population va aller en augmentant, les services, en quantité, vont augmenter aussi, et la capacité et les services. Alors là, s'il y avait un déplacement, bien là le DRMG a le pouvoir de dire : Bien, attention, là, il y a un déplacement, là.

**M. Rochon** : L'inquiétude de la dame en question, dont la mère réside en CHSLD, elle provient du fait qu'elle nous entend beaucoup parler de groupes de médecine familiale et pas beaucoup de couverture médicale dans les CHSLD.

Alors, ce que vous nous dites maintenant, c'est que l'entente entre la Fédération des médecins omnipraticiens et le ministère, elle vient également soutenir les services médicaux aux usagers hébergés dans des CHSLD.

**M. Barrette** : La réponse, c'est...

**M. Rochon** : C'est favorable.

**M. Barrette** : C'est oui. C'est absolument oui.

**M. Rochon** : Il y a une autre personne qui nous regarde attentivement, et celle-là, elle est travailleuse sociale. Et sa remarque à elle, c'est que vous paraissez tourné beaucoup vers le traitement, beaucoup moins vers la prévention et la promotion de la santé dans lesquelles, selon son analyse, on sabre allègrement. Elle fait remarquer que les experts estiment que, pour avoir un impact réel, 5 % du budget de la santé doit être investi en santé publique. «Avant les compressions — je la lis, là — le Québec y consacrait 2 %.» Est-ce qu'on est en train de travailler sur les soins de santé primaires au détriment de la santé globale?

**M. Barrette** : La réponse est non.

**M. Rochon** : Pouvez-vous être un peu plus explicite que ce très bref non, là?

**M. Barrette** : Bien, vous savez... Et les concepts qui sont véhiculés et exprimés par les gens, comme la personne que vous connaissez, à ce sujet-là sont des bons concepts. Ce sont des très bons concepts. Il n'y a personne, même, je dirais, qui les conteste. On pourrait débattre du 5 % versus 2 %. Ça, c'est débattable parce qu'il n'y a pas de démonstration extrêmement fiable faite de ça, mais là n'est pas l'intérêt, à mon avis.

Le concept de prévention... On s'entend, on s'entend qu'un grand nombre de maladies sont prévenables, tout à fait, on s'entend, mais il y a aussi une problématique d'accès à des soins que vous avez qualifiés de primaires correctement. Ces soins-là, là, les gens les veulent aussi, là.

• (17 h 50) •

Alors, moi, si votre connaissance, la personne que vous connaissez, considère que la population qui nous écoute aujourd'hui, là, ou qui ne nous écoute pas, mais qui est la majorité parfois silencieuse, parfois pas silencieuse du tout... Si vous considérez que ces gens-là réclament massivement plus de prévention plutôt que plus d'accès aux soins primaires, bien, c'est parfait, qu'on en fasse la démonstration et on coupera dans les soins primaires.

**M. Rochon** : Sans doute les Québécois et les Québécoises réclament-ils les deux...

**M. Barrette** : Mais oui, les...

**M. Rochon** : ...qu'on fasse à la fois de la prévention et la promotion de la santé.

**M. Barrette** : Et c'est ce que l'on fait, c'est exactement ce que l'on fait. C'est ce que l'on fait. Ma collègue à la Réadaptation et Santé publique, c'est exactement ce qu'elle fait. Elle travaille sur un certain nombre de plans à cet effet. Il y a des travaux très extensifs, que je ne peux pas révéler, qui seront révélés en temps et lieu, qu'elle dirige. Alors, nous abordons évidemment la question de la santé sous tous ses angles, mais je vous invite à faire attention dans... quand vous êtes... on vous engage dans un débat qui oppose des choses qui ne s'opposent pas mais qui sont complémentaires.

**M. Rochon** : Je ne crois pas que mon interlocutrice, là, qui me suggérait de vous amener sur ce terrain opposait traitement de la maladie, et prévention de la santé, et promotion de la santé.

**M. Barrette** : Mais de la manière que vous l'avez présenté, c'était pas mal en opposition, là.

**M. Rochon** : Non, non. Elle faisait remarquer qu'il y a eu compression dans les budgets de prévention et promotion et le regrettait. Mais ça...

**M. Barrette** : Bien, c'est parce que je ne suis pas d'accord avec ça.

**M. Rochon** : Ah bon!

**M. Barrette** : Et là, évidemment, ce n'est pas l'objet du projet de loi, là. Là, on est vraiment, vraiment, vraiment loin de notre sujet, là.

**Le Président (M. Tanguay)** : Collègue... J'aurais la collègue de Duplessis.

**Mme Richard** : Merci, M. le Président. Dans les activités médicales que devaient faire les médecins, je me posais la question suivante... C'est sûr qu'on pense tout le temps, bon, région de Montréal ou les grands centres, mais il y a des régions, disons, qui ne sont pas aussi petites que la mienne puis qui ne sont pas aussi grosses en termes de volume. Il y a un milieu, il y a un milieu. Exemple... Parce que, là, ils vont devoir faire de l'urgence, ils vont devoir faire des visites en CHSLD puis les soins palliatifs. Donc, j'en nomme trois... Plus leurs heures en GMF, en clinique, on s'entend? Bon. Le DRMG va décider, puis vous nous l'avez... M. le Président, le ministre nous l'avait expliqué la... je pense que c'est jeudi passé, parce que jeudi soir, ça allait bien, ça fait que moi, j'en ai appris pas mal.

**Une voix** : ...

**Mme Richard** : Oui, oui, j'en ai appris pas mal jeudi soir. Il a dit : Bien là, exemple, il arrive un jeune médecin, puis là la plage horaire, elle est remplie. S'il voulait juste faire de l'urgence, bien, il ne pourra pas y aller. Puis là, à écouter les échanges, je me suis dit par la suite : Oui, mais disons, dans une région, je ne sais pas, moi, on va prendre, tiens, Sept-Îles, entre 25 000, 30 000 de population à desservir, et tout ça, il arrive qu'il y a des... disons, les plus... moi, je pense que ça va aller par ancienneté. Un médecin qui a plus d'ancienneté, plus d'expérience, quand il va arriver à faire ses activités médicales, le DRMG va le considérer, puis là il va remplir...

**M. Barrette** : Pas nécessairement.

**Mme Richard** : Ça va se faire comment, comme ça, si ce n'est pas l'ancienneté qui prévaut?

**M. Barrette** : Bien, le concept d'ancienneté dans la pratique médicale, ce n'est pas un concept qui est appliqué souvent, on va dire.

**Mme Richard** : Qui va être l'heureux ou le chanceux ou chanceuse de placer son nom en premier pour choisir ses activités?

**M. Barrette** : Disons qu'il y a quand même... Il y a quand même... Comment je vais dire ça, là, pour être fin?

**Mme Richard** : Bien, vous n'avez pas besoin d'être fin avec moi, mais pour au moins qu'on se comprenne.

**M. Barrette** : Pas envers vous, là, ce n'est pas ça, là. C'est parce que je ne veux pas être négatif envers la communauté médicale, là, mais disons qu'à un moment donné ils doivent fonctionner avec un minimum de collégialité.

**Mme Richard** : O.K. Bon, bien, ça veut dire, comme ça, que ça pourrait arriver...

**M. Barrette** : Je vais vous donner un exemple.

**Mme Richard** : Oui, allez-y.

**M. Barrette** : Je vais vous donner un exemple, là, un exemple simple, pas parce que je veux être simpliste, ce n'est pas ça, là, c'est que... Je ne sais pas, ce n'est pas évident pour ceux qui ne sont pas là-dedans, là. Travailler à l'urgence, c'est quelque chose qui est recherché.

**Mme Richard** : Oui, on s'entend là-dessus.

**M. Barrette** : Bon, bien, travailler à l'urgence, là, mettons qu'il y a 12 médecins qui sont à l'urgence, eux... pas 12 qui sont, mais qui veulent...

**Mme Richard** : Qui veulent y aller, on n'a pas de la place pour eux.

**M. Barrette** : Bien, normalement, le comportement normal d'une communauté médicale est de faire une rotation proportionnelle, et là faire des échanges, donner le même nombre de quarts de nuit à tout le monde, le même nombre de quarts de jour à tout le monde, puis là échangez ce que vous voulez, là, mais c'est plus égalitaire que ça en a l'air, et c'est rare que c'est par ancienneté.

**Mme Richard** : O.K. Et là, bien, c'est le fun quand on a des échanges comme ça, parce que, là, ce que je comprends, M. le ministre... ou M. le Président, parce qu'il faut que je m'adresse à vous, il y a un DRMG, il décide avec les omnis puis les activités médicales qui doivent être couvertes. On s'entend? L'urgence... Puis le ministre l'a dit, ça doit bien se faire, ça ne doit peut-être pas nécessairement vraiment être égalitaire, mais, en tout cas, avoir une juste... une bonne répartition, disons, des activités médicales. On s'entend?

**M. Barrette** : Absolument.

**Mme Richard** : Bon. Ça arrive très souvent, puis surtout dans un milieu qui n'est pas très, très peuplé, hein, ça arrive, pour avoir des rendez-vous médicaux... Vous connaissez telle personne : Connais-tu telle personne? Tu peux-tu m'avoir un rendez-vous avec un spécialiste? Parce que moi, je ne le connais pas; toi, tu le connais, tu es chum avec, tu peux-tu me déboguer ça assez rapidement? Même si on fait semblant que ça n'existe pas, ça existe. Donc, je ne sais pas, moi, un omni, il est très ami, très ami avec le DRMG, puis le DRMG, bien, il sait que, s'il ne donne pas ce qu'il veut, il pourrait quitter, ça fait des années qu'il dit qu'il va quitter, hein, ça fait qu'il lui en donne un petit peu plus qu'il devrait lui en donner. Est-ce qu'on a mis ou est-ce qu'on a réfléchi à mettre en place un processus? Parce qu'un autre médecin pourrait dire : Écoutez, là, mon collègue, il fait trop d'urgence comparé à ce que moi, je pourrais donner à l'urgence.

**M. Barrette** : Bon. Là, on entre dans un autre territoire. La réponse, c'est oui et non.

**Mme Richard** : J'adore ça quand le ministre me dit : C'est oui ou non.

**M. Barrette** : Non, c'est parce qu'il y a un oui dans le sens ...

**Mme Richard** : O.K. On va commencer avec le oui.

**M. Barrette** : ...dans ce que vous recherchez puis un non dans ce que vous recherchez peut-être, mais les hypothèses.

**Mme Richard** : Ce que je veux juste préciser, M. le Président... Des fois, je le sais... je ne sais pas, je soupçonne que le ministre n'aime pas mes questions de terrain.

**M. Barrette** : Bien non, au contraire.

**Mme Richard** : Bien, moi, j'ai dit que j'étais une fille terre à terre. J'ai déjà dit ici qu'on passait des lois, qu'on en a passé par le passé puis qu'on les passait à juste écouter, des fois, des fonctionnaires qui n'avaient jamais été sur le terrain, puis je vais m'arrêter là parce que j'en dirais un petit peu plus. Puis, hein, quand on les passe, là, bien, sur le terrain, on se dit : Comment ça se fait qu'ils n'ont pas pensé à tout ça à Québec, là? Ça fait que, oui, je suis terrain parce que je veux le comprendre, parce que je sais...

Moi, écoutez, M. le Président, à un moment donné, j'ai parlé avec un médecin. J'ai parlé avec un médecin. Je lui ai dit : Explique-moi donc comment se fait-il qu'à Sept-Îles... Exemple, à l'urgence, nous, dans le temps, on appelait

ça faire du déblayage. Il y avait un omni, puis la file d'attente, là, elle était assez longue dans le corridor. Le médecin, lui, il en avait, des urgences. La médecine a peut-être évolué, il faut... hein? Les gens sont en forme, on vieillit très bien, mais il y avait des urgences, là, voilà 20, 25 ans, les salles d'attente ne débordaient pas comme elles débordent aujourd'hui. Il m'a dit : Vous savez, Mme Richard, ça, là, c'est comme une tarte. Oui, écoutez bien la suite. Je ne vous nommerai pas le médecin, parce qu'il est extrêmement connu ici, autour de la table. Il a dit : Ça, c'est comme une tarte, Mme Richard. Plus la portion, hein, de ma pointe de tarte est grosse, moins il en reste pour mes amis. Parce que ça a l'air que... À l'urgence, là, moi, je me disais des fois : Il ne pourrait pas demander à un autre médecin de venir faire du déblayage un petit peu, là? C'est votre prescription, là, puis un point, puis... hein? On m'a dit que ça ne se faisait pas.

Ça fait que moi, je veux juste savoir aussi, s'il y a des médecins qui sont plus proches de certaines personnes qui ont à prendre des décisions, si ça pourrait arriver. C'est juste ça.

**Le Président (M. Tanguay) :** M. le ministre. Pour encore 1 min 15 s à nos débats.

**M. Barrette :** M. le Président, je vais dire à Mme la députée que je sais très bien qu'elle sait très bien que, là où il y a de l'homme, il y a de l'hommerie.

**Mme Richard :** Je n'osais pas le dire.

**M. Barrette :** Et il y en a chez les médecins aussi, mais, pour peut-être répondre plus précisément, il n'y a pas rien dans la loi, formellement, qui prévoit de régler cet élément-là, mais la réponse est oui quand même en ce sens qu'il y a des règlements de CMDP, il y a un CMDP puis il y a de l'administration, là. La personne... Non, mais c'est parce que je vois, je vois, je vois...

**Mme Richard :** Je veux juste vous dire pourquoi je vous...

**M. Barrette :** Non, non, mais je comprends très bien la question puis je sais très bien à quoi vous faites référence, c'est bien sûr, là. Mais là, à un moment donné, il faut que les gens qui sont en position d'autorité fassent leur job aussi, là. Là, ce n'est pas au ministre de la Santé, ni au premier ministre, ni au gouvernement d'aller gérer les chicanes de clocher sur le terrain d'une région, là.

**Le Président (M. Tanguay) :** Collègue de Duplessis.

**Mme Richard :** Ce n'est pas ça que j'ai dit, M. le Président. Mais moi, je le sais pour l'avoir vu.

**M. Barrette :** Bien, moi aussi, je l'ai vu. Je l'ai vu moi aussi.

**Mme Richard :** Un couple de médecins, ton mari a un poste assez important, tu as décidé que toi, tu ne te faisais pas réveiller la nuit, là, pour aller à l'urgence, parce qu'il y a des régions, ce ne sont pas des vraies urgences, tu as décidé que tu n'en faisais plus, de l'urgence. Et ça, ça existe.

**Le Président (M. Tanguay) :** Merci.

**M. Barrette :** Ça, ça veut dire aussi que les gestionnaires ne font pas leur job.

**Mme Richard :** Comme certains médecins ont décidé, à un moment donné, qu'ils ne faisaient plus d'accouchement à tel endroit parce que ça ne les intéressait plus; ils ne se sentaient pas sécurisés ou ils étaient trop pris. Pourtant, le ministère les payait pour faire leur quota en accouchement.

**M. Barrette :** Bien oui, puis vous avez raison, ça, ce sont des gestionnaires, des décideurs qui n'ont pas fait leur job.

**Mme Richard :** C'est ça.

**Le Président (M. Tanguay) :** D'accord. Alors, merci beaucoup, chers collègues. Compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux sine die. Merci.

*(Fin de la séance à 18 heures)*