



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 10 juin 2015 — Vol. 44 N° 57

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 (7)

**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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mercredi 10 juin 2015 — Vol. 44 N° 57

Table des matières

Étude détaillée (suite)

1

Intervenants

M. Marc Tanguay, président

M. Gaétan Barrette
Mme Diane Lamarre
M. François Paradis

Le mercredi 10 juin 2015 — Vol. 44 N° 57

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 (7)

(Douze heures trente et une minutes)

Le Président (M. Tanguay) : Alors, 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 demanderais à toutes celles et ceux qui ont des appareils électriques, électroniques, de bien vouloir les mettre en mode silencieux.

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. Mme Simard (Charlevoix—Côte-de-Beaupré) est remplacée par M. Polo (Laval-des-Rapides); Mme Hivon (Joliette) est remplacée par M. Rochon (Richelieu).

Étude détaillée (suite)

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, chers collègues, lors de la suspension de nos travaux, lundi, nous étions à l'amendement déposé par le ministre à l'article 3 introduit par l'article 1. Est-ce qu'il y a d'autres interventions sur l'article 3 intégré de l'article 1? Y a-t-il d'autres interventions? Collègue de Taillon, la parole est à vous.

Mme Lamarre : Oui, M. le Président. En fait, quand on a terminé nos échanges la semaine dernière, mon collègue le député de Richelieu a mentionné, a cité une question de quelqu'un qui suit nos travaux concernant l'attraction ou le risque de perdre une certaine attractivité des médecins en CHSLD. On sait qu'actuellement il y a beaucoup de centres hospitaliers de soins de longue durée qui ont de la difficulté à recruter des médecins pour travailler et superviser, là, plusieurs centaines de patients.

À la lecture des orientations réglementaires, les nouvelles que le ministre a déposées en juin 2015, on se rend compte que la plupart des médecins, en fait, qui travaillent dans les CHSLD très souvent sont des médecins qui sont plus âgés, qui sont davantage en fin de carrière. Le ministre nous disait, dans le fond, que le choix qu'il avait fait, c'était de mettre l'âge à 62 ans pour l'âge de la retraite ou de l'obligation par rapport aux activités, et là on se rend compte que la pratique en CHSLD, elle donne droit à six heures d'activités médicales particulières. Or, pour les médecins qui ont plus de 24 ans de pratique ou qui sont proches de leurs 62 ans, il n'y a plus d'intérêt parce qu'ils n'ont plus besoin de faire des AMP.

Alors, je voudrais juste savoir si ça, ça a été pris en considération puis s'il n'y a pas effectivement un risque qu'on ait plus de difficulté à recruter des médecins pour aller travailler en CHSLD, compte tenu que l'âge de la retraite risque d'être un petit peu plus tôt et que, dans le fond, il n'y a plus le bénéfice des six heures d'AMP pour un plus grand nombre de médecins.

M. Barrette : Oui, ça a été pris en considération, puis, avec les simulations qu'on a faites, on ne pense pas que ça va être un problème, d'autant plus que le DRMG a à faire sa répartition, et les besoins en CHSLD ne sont pas infinis, là. Ce n'est pas les mêmes besoins, là, que les 8 millions de Québécois, là. Il y a 30 000 places... 40 000 places en CHSLD, là. Alors, on pense que ce n'est pas un problème.

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

Mme Lamarre : Oui. Bien, en fait, c'est que, dans la séquence de priorité, le ministre a clairement indiqué... Puis on est d'accord avec le fait que l'urgence soit en priorité prioritaire, mais, après ça, il y a les patients admis en centres hospitaliers de soins généraux spécialisés, obstétrique. Les soins de longue durée arrivent vraiment en quatrième priorité. Donc, ça devient quelque chose qui est vraiment moins... le message qu'on envoie à travers ce choix des priorités fait en sorte que les CHSLD peuvent effectivement... parce que déjà ils sont en pénurie.

Alors, il faudrait presque trouver dans la mesure comment on va favoriser un incitatif pour que les médecins choisissent d'aller exercer en CHSLD. Sinon, d'autres options, c'est peut-être de penser à la contribution, par exemple, des infirmières praticiennes spécialisées qui pourraient aussi avoir une contribution, avec des collaborations avec des pharmaciens, par exemple. Je ne sais pas si le ministre l'a évoqué aussi parce qu'actuellement il y a vraiment des difficultés à remplir les besoins d'effectifs médicaux dans les CHSLD.

M. Barrette : Même après consultation avec les organisations représentant les médecins et la table des DRMG du Québec, là, les gens considèrent que ce que l'on a mis là était généreux, au-delà de ce qui est nécessaire.

Mme Lamarre : Je ne suis pas sûre d'avoir bien entendu, M. le ministre. «Était généreux» dans le sens que le 250... pour le nombre de patients, d'un 25 patients, c'est ça?

M. Barrette : Ce que l'on demande dans les paramètres excède les besoins, selon les gens du terrain.

Mme Lamarre : Donc, le ratio 25 patients ou lits pondérés équivalent à six heures par semaine de soins. C'est ça que les gens considèrent qui est peut-être...

M. Barrette : Sur le terrain, ça, on l'a validé, et là le terrain nous dit que c'est très bien.

Mme Lamarre : O.K. Mais sur la base de quoi on s'est basé pour arriver à ça? Parce qu'effectivement ça peut être un incitatif ou ça peut être quelque chose qui, s'il est trop... Si le coefficient de 25 patients est trop bas, il peut avoir l'effet contraire, c'est-à-dire qu'on va prendre juste 50 patients dans un CHSLD de 200 patients, par exemple.

M. Barrette : Mais, M. le Président, j'ai envie de retourner la question à la députée de Taillon. Sur quoi elle se base, elle, pour dire que ce n'est pas correct? Si le terrain nous dit que c'est correct, là, il me semble que le terrain... surtout que le terrain est rébarbatif à ces paramètres-là. Je pense que, s'ils disent que c'est correct, c'est correct, là.

Le Président (M. Tanguay) : Députée de Taillon.

Mme Lamarre : C'est parce que ma vision n'est pas du ratio patient-médecin spécifiquement. Ma préoccupation, c'est de s'assurer que l'ensemble des patients en CHSLD puissent avoir accès encore à un médecin, à un médecin de famille dans ce cas-là, là, mais c'est un omnipraticien qui travaille dans les CHSLD en général, et donc ce que je veux... Actuellement, on a un problème, là. Actuellement, il manque de médecins dans les CHSLD, et là on crée une forme d'incitatif, mais c'est un incitatif qui est basé sur un 25 patients par médecin pour équivaloir à six heures par semaine de médecin, et ce ratio-là, là, il m'apparaît être autant à risque dans un sens que dans l'autre. S'il n'est pas assez élevé, effectivement, un médecin va aller chercher ses heures, ses équivalents d'heures AMP avec trop peu de patients, et, s'il est trop élevé, il va y avoir un effet dissuasif pour les médecins. Donc, vous dites que les gens du terrain ont dit que c'était correct, mais est-ce que la prise en charge ou, en tout cas, la prise en conscience de l'ensemble des patients... Là, on a combien de patients en CHSLD, par exemple, actuellement au Québec?

M. Barrette : 33 500 en public, et le différentiel, jusqu'à 40 000 avec les...

Mme Lamarre : Si on le divise en groupes de 25 patients, ça fait combien de... Là, je calcule que ça doit faire quelque chose comme 1 800 équivalents d'AMP pour des médecins qui en ont besoin de six heures.

M. Barrette : Bien, c'est une règle de trois, là.

Mme Lamarre : C'est ça. Mais là est-ce qu'on a fait une cumulation de... Si les médecins prennent les 1 800 potentielles équivalences d'AMP dans les CHSLD, qu'est-ce que ça a comme conséquence dans les urgences, en obstétrique puis pour les patients admis en centre hospitalier? L'inverse, si les médecins prennent presque tous leurs heures d'activités médicales particulières en urgence, en obstétrique, il en reste combien pour prendre les heures en CHSLD?

M. Barrette : Là, je pense que, là, on a une question de détail qui est un peu extrême, là. Mais les simulations ont été faites en prenant tout en considération, et ça ne pose pas de problème.

Le Président (M. Tanguay) : Encore 15 secondes.

Mme Lamarre : O.K. Bien, écoutez, je vais laisser peut-être mes collègues... Je ne sais pas si vous avez des commentaires ou des questions?

Le Président (M. Tanguay) : Alors, ça fait le tour. Y a-t-il d'autres interventions sur l'amendement à l'article 3 intégré? S'il n'y a pas d'autre intervention, je vais mettre aux voix ledit article. Alors, l'amendement est-il adopté?

Mme Lamarre : Sur division.

M. Barrette : Adopté.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, adopté sur division. Chers collègues, ma compréhension est à l'effet que nous revenions...

Une voix : ...

• (12 h 40) •

Le Président (M. Tanguay) : Pardon? Donc, c'est le 3, l'article 3, tel qu'amendé — alors voilà, merci, M. le secrétaire — qui est l'objet du débat. Alors, s'ouvre devant nous une fenêtre d'opportunité pour débattre, donc, de l'article 3 tel qu'amendé. Y a-t-il des interventions? Collègue de Taillon.

Mme Lamarre : M. le Président, j'aurais un amendement avant l'adoption de l'article 3. J'en ai glissé un mot la semaine dernière. C'est un règlement qui vise à ce que les règlements nous soient accessibles. Et d'ailleurs on rappelle, là, que, pour deux ans et demi, c'est une entente entre les médecins et le ministère, entre la FMOQ et le ministère. Ensuite, il y aura le projet de loi n° 20 et, à travers le projet de loi n° 20, il y aura des règlements qui devront découler de ça.

Or, on a compris et on a beaucoup apprécié que le ministre rende disponibles les orientations réglementaires, donc un peu vers quoi on se dirige en termes de règlement par rapport au projet de loi n° 20. Plusieurs ont considéré que le projet de loi n° 20 était très général et que c'était très difficile de comprendre qu'est-ce que ça donnerait concrètement pour les patients. Les orientations réglementaires nous ont donné un éclairage beaucoup plus précis. Le ministre a jugé pertinent d'en déposer en mars 2015 et de nous en présenter une deuxième version en juin.

Donc, notre demande est qu'on puisse procéder à l'étude de ces règlements-là en commission parlementaire puisque c'est vraiment dans ces orientations réglementaires là qu'on comprend l'équilibre qui est recherché et l'amélioration de l'accès. Les grandes lignes du projet de loi n° 20 sont des principes qui ne nous permettent pas de bien saisir la complexité et l'analyse. Le ministre dit souvent qu'il agit sur trois niveaux différents, alors c'est vraiment dans les orientations réglementaires.

Alors, mon amendement se lirait comme suit, M. le Président. Article 1 (article 3) : Modifier l'article 3, tel qu'amendé, 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 aux membres de la commission parlementaire de la santé et des services sociaux.»

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, nous allons distribuer des copies. Nous avons l'option de suspendre, le temps que nous recevions les copies, mais, si ce n'est pas nécessaire, je donnerais la parole au ministre, en ce sens-là, sur l'amendement proposé par la collègue de Taillon.

M. Barrette : Bien, je ferai le commentaire, le même que j'ai fait précédemment. La proposition, évidemment, est absolument hors normes dans la législation, et, en plus, ça viendrait alourdir d'une façon infinie le processus d'adoption réglementaire, et on ne pense pas que, dans le mode de fonctionnement du gouvernement, ce soit une chose souhaitable.

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

Mme Lamarre : Oui, certainement. Alors, juste bien préciser, dans le fond, l'article 3 — ce ne sont pas tous les articles, mais l'article 3, très spécifiquement dans le projet de loi n° 20, il y en aura peut-être d'autres, mais celui-là en particulier — est celui qui vraiment détermine pour les médecins de famille de quelle façon concrètement il va y avoir une amélioration de l'accès par le biais de la loi n° 20. Donc, c'est vraiment particulier.

On se rappelle également que l'entente que le ministre a faite avec la FMOQ prévoit qu'il va suspendre l'application du projet de loi n° 20 jusqu'en janvier 2018, ce qui donne le temps, donc, de bien prendre le temps de regarder ces règlements-là et de vraiment pouvoir analyser si l'impact attendu va vraiment être obtenu. Parce qu'on est vraiment là-dedans. On est vraiment dans une situation où on veut que ça change concrètement des choses pour les citoyens du Québec, et le ministre nous dit que les mesures, donc, de pondération, ce qu'on a appelé aussi des quotas, que les mesures de taux d'assiduité, est-ce que les patients sont fidèles à leurs médecins, est-ce qu'ils ont la possibilité de lui être fidèle parce qu'il est disponible ou bien s'il ne l'est pas puis ils sont obligés d'aller en voir d'autres ou d'aller inutilement à l'urgence, donc ces paramètres-là, c'est vraiment dans les règlements et non pas dans la loi que nous allons pouvoir les apprécier, que nous allons pouvoir voir si ça fonctionne bien.

Déjà, dans les orientations réglementaires qui nous ont été fournies en mars, on a pu, je pense, par les questions qu'on a posées, pas seulement nous, mais différents groupes, des groupes de médecins, des groupes de patients, des groupes de citoyens, apporter des améliorations qui ont même amené le ministre à nous faire une autre présentation de ces orientations-là en juin 2015. Et donc on voit que le coeur du projet de loi n° 20, vraiment, ce qui fait la différence, c'est dans les règlements qu'on va le retrouver, puis on a deux ans et demi pour le faire.

Le ministre nous dit que ça va alourdir le processus. Juste rappeler quelques exemples que j'ai trouvés, là. Je me suis informée au service des commissions, et ils ont déjà plusieurs règlements. Le règlement électoral, par exemple, même qui date de 1989, on a prévu que le règlement devait être étudié en commission parlementaire. Il y a eu des règlements... la loi sur l'état civil, le règlement sur les piscines résidentielles. J'en avais évoqué deux autres la semaine dernière, dont un tout récent, en avril 2015, une loi toute récente. Et donc c'est possible de le faire, et je crois que, dans le projet de loi n° 20, tout le monde le dit, le projet de loi n° 20, quand on regarde juste la loi, c'est très, très difficile de voir... On pourrait contester tout si on n'a pas accès au règlement parce que ce n'est pas évident du tout qu'à partir des critères de l'âge où le médecin est soustrait à ses obligations, ça va nous donner un meilleur accès.

Alors, c'est vraiment... Et le travail a été fait de façon détaillée dans les orientations réglementaires, mais c'est vraiment les règlements qui vont donner le vrai sens au projet de loi n° 20. Alors, c'est dans ce contexte-là que je crois que ce serait vraiment une belle ouverture et vraiment une possibilité de bien travailler ensemble les règlements pour obtenir ce qu'on recherche tous. C'est vraiment de faire en sorte que les Québécois aient un meilleur accès à leur système de santé, à leurs soins de santé et à un médecin de famille.

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

M. Barrette : M. le Président, la députée de Taillon l'a dit elle-même, là, ça fait quand même plusieurs mois que le règlement a été déposé, et on est ici en commission. Si la députée veut être constructive, elle peut très bien maintenant nous faire part de ses commentaires.

Maintenant, je n'ai jamais dit que c'était impossible de prévoir une analyse en commission parlementaire d'un règlement. C'est juste que, dans les cas de figure où ça se passe, c'est des situations exceptionnelles. Quand on est rendu à parler du processus électoral, là, on est ailleurs, là, on n'est pas là. Mais je rappellerais à la députée de Taillon que ce règlement-là doit être prépublié, publié, adopté, et ce qui laisse amplement de place à tous ceux qui veulent se faire entendre de se faire entendre, là.

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

Mme Lamarre : Bien, je pense que, quand le ministre nous dit qu'il l'a déposé et qu'il nous a permis de poser des questions, je pense qu'il a vu qu'on en avait plusieurs et qu'il a considéré qu'un très grand nombre de ces questions-là étaient pertinentes, ce qui l'a amené à faire des modifications. Et je crois qu'après, quand on arrive dans le libellé des règlements, on peut avoir une volonté qui, juste dans le libellé, n'est pas tout à fait... ne reflète pas tout à fait l'intention ou la clarté de ce qu'on voulait comprendre, et, même encore, quand on le regarde, les orientations réglementaires, on se rend compte qu'on a des précisions souvent à demander, une façon de bien comprendre ce qui est prévu par les orientations réglementaires.

Donc, le libellé lui-même des règlements m'apparaît être vraiment quelque chose de constructif par rapport à une compréhension mutuelle de nos objectifs. Il me semble, si le ministre a peur, on peut mettre peut-être une période de temps déterminée pour l'analyse des règlements. J'ai une ouverture à ça, mais ce que je veux, c'est être capable de voir la version des règlements, parce que c'est vraiment là qu'on a le sens profond du p.l. n° 20 et les impacts que ça va avoir concrètement pour la population sur l'amélioration de l'accès.

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

M. Barrette : Prépublication, publication, il y a amplement... La députée de Taillon va avoir tout le loisir de faire des commentaires, là. Encore une fois, la procédure à laquelle elle nous invite, c'est un alourdissement, alors que ce qu'elle recherche, c'est parfaitement faisable dans la structure actuelle. Il n'y a pas d'obstacle à ça.

Le Président (M. Tanguay) : Sur le même échange, j'avais le collègue de Lévis. En application du principe de l'alternance, nous reviendrons... Collègue de Lévis.

• (12 h 50) •

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Pour ajouter, je pense que la demande fait sens. Le cœur même du projet de loi n° 20 puis ce qui fait que ça va fonctionner d'une certaine façon, ce sont les orientations réglementaires qui ont été redéposées et revisitées. Mais je pense qu'à la même enseigne on nous a présenté le cadre de gestion des GMF pour faire en sorte qu'on comprenne mieux le fonctionnement puis qu'on se questionne encore sur ce cadre-là. Et d'ailleurs il y a des notions qui ne sont pas tout à fait claires. Ça oblige... c'est l'essence même.

Et, si on est ici, je pense que c'est aussi pour ça, pour bien comprendre, pour valider un processus, pour être capable d'avancer, pour faire en sorte aussi que ceux et celles qui auront ensuite à vivre avec un réseau de santé modifié, en tout cas, en privilégiant l'accessibilité, puissent comprendre comment ça va aussi se passer. En ce sens-là, bien, de fait, je pense qu'étant l'essence même du projet, justifiant son application, faisant en sorte qu'on sache comment ça va se passer, la demande fait sens. Et, à la même enseigne, dans le cadre de gestion où on a aussi des questionnements sur les ouvertures, et tout ça, concernant ce qui est demandé aux différents GMF... Alors, j'abonde dans le sens de la députée de Taillon.

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

M. Barrette : M. le Président, j'invite tous les collègues à nous faire part dès maintenant des suggestions qu'ils veulent nous faire, là. Ce n'est pas passé au conseil des ministres, là. C'est le temps, comme ça a été le temps il y a une semaine, il y a deux semaines, il y a un mois, il y a deux mois, il y a trois mois. Si j'en juge par la procédure qui est en place ici, si un règlement, qui est en prépublication pendant 45 jours, devait passer par une commission parlementaire telle qu'on la vit aujourd'hui, je pense que les règlements vont s'adopter aux deux ans, là.

Le Président (M. Tanguay) : Collègue de Lévis, sur le même échange.

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, la demande... En tout cas, à la suggestion du ministre, je me permets d'avancer. Le ministre nous dit : Bien, demandez des explications et parlons-en là, maintenant. Bien, je reviendrai à ce cadre de gestion dont on parlait il y a peu de temps, qui va imposer aux groupes de médecins de famille d'avoir un horaire pour faire en sorte que la population soit mieux servie, mieux desservie, avec tout ce que ça suppose. Et, dans le cadre de gestion que l'on s'est fait expliquer, mis à part cette page où on parle de l'ancien cadre, mais parlons maintenant de la nouveauté et du cadre tel qu'il est présenté, il y a des obligations qui ont été expliquées à des GMF qui... et là parlons

des plus imposants, là, de la catégorie 5 à 9, de 18 000 inscriptions pondérées à 30 000 avec l'obligation minimale de faire 68 heures par semaine, sept jours par semaine et évidemment le taux d'assiduité conséquent. En ce sens-là, bien, il y a une problématique qui nous apparaît, en tout cas, demander explication.

Alors, si on ne prend que le strict plan mathématique puis une calculatrice, à 68 heures à faire pour un GMF de catégorie 6 avec 21 000 inscriptions, sept jours-semaine, ça lui permettrait de faire 9,7 heures par jour, sept jours-semaine, donc, à la limite, de faire du 8 heures-18 heures sans offrir à la population sur place des soins de soir. Et on avait déjà demandé et proposé, dans un amendement subséquent, et on y reviendra, qu'on puisse rassurer les Québécois et faire en sorte que les Québécois puissent avoir accès à un médecin de famille le jour, le soir et les fins de semaine. Dans le cas qui nous occupe, bien, là aussi, il y a des explications supplémentaires, parce que, dans le document qu'on a reçu, on n'a pas cette assurance-là, cette possibilité-là, de faire en sorte que le GMF soit assujéti à une couverture de soir également parce que mathématiquement il y a moyen de faire autrement.

Alors, M. le Président, est-ce qu'on est en mesure, de fait, de comprendre puis d'avoir, je ne sais pas, le cadre ou les notions qui nous permettent de faire en sorte que les Québécois et les Québécoises puissent avoir aussi une desserte de soir par les GMF, qui seront le coeur même de la nouvelle pratique et du réseau de santé, avec les supercliniques et le reste? Mais, dans ce cas-ci, il y a une problématique, là, ne serait-ce que mathématique. Est-ce qu'on est en mesure d'avoir des explications à ce sujet-là?

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

M. Barrette : Je pense, M. le Président, que la problématique en est une de perception de la part du député de Lévis. Alors, je soumets au député que, dans une banlieue — on n'en prendra pas comme exemple, là — dans une banlieue où il y a beaucoup de jeunes familles, bien, il y a des banlieues, là, où les familles vont demander à leur GMF d'être ouvert plutôt tôt le matin que le soir. C'est vrai, là, ce que le député de Lévis dit, là, il y a des possibilités mathématiques, mais ces possibilités-là doivent être adaptées aux désirs de la population. Alors, moi, j'imagine très bien des banlieues classe moyenne de gens qui travaillent à tous les jours, qui ont des jeunes enfants, plutôt que de réclamer du soir, réclamer du matin, parce que c'est plus simple, parce que... pour toutes sortes de raisons, là, parce que les enfants ont pleuré toute la nuit, puis là ils ne filent pas, puis ils font de la température, puis on ne peut pas attendre à la fin de la journée.

Alors, par contre, j'imagine très bien un quartier plus âgé, avec des enfants plus vieux, où là c'est le contraire. Alors, ici, la mathématique, c'est une mathématique qui vise à permettre aux groupes de médecine de famille à s'adapter à leur clientèle, mais ça n'enlève pas l'obligation de 68 heures qui est répartie en quatre heures, quatre heures les deux jours de la fin de semaine puis 60 heures pour le reste, qui sont des groupes de 12 heures.

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, je comprends bien ce que le ministre explique. Je comprends que... et c'est fait pour ça. Je veux dire, on doit être collés sur la population, c'est ça, le but de l'exercice. Le rôle de la santé d'abord vise avant tout le patient, et c'est pour ça d'ailleurs qu'on est ici, c'est pour ça qu'il y a des ententes qui ont été signées, c'est pour ça qu'il y a un projet de loi sur lequel on travaille puis des orientations réglementaires.

Mais la possibilité, oui, elle est mathématique, absolument, mais on confirme, par le biais de ce que le ministre me dit, que, si on décidait de n'ouvrir que dans une proportion... en tout cas avec des heures très matinales, il se pourrait également, tout étant au conditionnel, que certains GMF ne soient jamais ouverts le soir. Je comprends que la majorité de la population et les services doivent répondre à ce que les gens attendent, mais, au-delà de ça, je pense que, de un, ce n'est pas inscrit... Il y a quelque chose, là. Ce n'est pas inscrit nulle part. Oui, on doit se pencher sur le besoin populationnel; les médecins pourraient aussi décider de pratiques qui leur conviennent davantage. Je pense qu'on doit aller plus loin que ça puis se faire rassurer sur la possibilité d'avoir des GMF qui sont l'endroit où on souhaite que les gens se dirigent.

Évidemment, pour ceux qui souhaitent que ce soit tôt le matin, puis on parlait de familles, je veux bien, mais, à la limite, il y en a d'autres qui souhaiteront peut-être avoir une disponibilité de soir, et là on ne l'a pas, là. Puis le ministre vient de nous le dire, il se pourrait fort bien que, dans certaines régions... Et je comprends le principe, il l'a déjà expliqué, le ministre. On sait et on comprend toute la notion de là où le volume de soins le justifie. Je veux dire, il y a moyen de paramétrer tout ça, mais manifestement le ministre confirme qu'il se pourrait qu'il y ait des endroits où on n'ait pas de service de GMF le soir, et c'est en ce sens-là... Et je pense que les gens ont besoin d'être rassurés, d'aller de l'avant à ce chapitre-là pour qu'on puisse prévoir quelque chose pour avoir cette possibilité-là et d'offrir aux Québécois et aux Québécoises des services en soirée, parce que des gens peuvent souhaiter tôt le matin, mais d'autres pourront souhaiter plus tard le soir parce qu'aussi on a des obligations familiales qui obligent les gens à faire leur journée puis ensuite s'occuper des enfants. Puis, on l'a déjà dit à plusieurs reprises, lorsqu'un problème de santé survient, on ne choisit pas l'heure. En ce sens-là, je pense qu'il y a des précisions à apporter puis il y a des ajustements également à apporter, M. le Président.

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

M. Barrette : M. le Président, je rappellerai au député de Lévis qu'il oublie involontairement l'impact du taux d'assiduité. Alors, si, par exemple, un médecin choisissait d'avoir des heures d'ouverture qui ne sont pas adaptées à sa clientèle, il va automatiquement être pénalisé par l'assiduité. Si, par exemple, un GMF s'amusait dans un quartier de personnes âgées... Quoique ce n'est peut-être un bon exemple, il y en a qui veulent aller tôt chez le médecin. Admettons qu'il y avait un non-arrimage entre les désirs de la population et la capacité des médecins à organiser leur pratique en fonction de la population... Puis là je vais prendre un exemple extrême. Si les médecins, par exemple, ouvraient de minuit

le soir à midi, donc 12 heures, là, c'est sûr qu'on comprend tout de suite que l'assiduité serait catastrophique, là, parce que là il n'y a pas grand monde qui viendrait voir le médecin. Là, je vais dans le sens du député de Lévis, M. le Président, ça veut dire qu'à partir de midi, là, jusqu'à peu importe l'heure il n'y aurait pas d'accès. Alors, c'est sûr qu'il y a une grande proportion de la population qui va aller à l'urgence. Alors, il ne faut pas oublier l'impact de l'assiduité. Je l'ai dit à plusieurs reprises, c'est l'élément le plus moteur, le plus influent dans cette histoire-là.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de Lévis, pour moins d'une minute encore.

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, je comprends fort bien ce qu'explique le ministre, puis on est d'accord, là. C'est évident qu'ouvrir de 1 heure du matin à 13 heures de l'après-midi, là, il y a des chances que, hein, peu importent les heures qu'on choisira... Je comprends le principe également. Le taux d'assiduité est un élément, le ministre en parle, ce n'est pas non plus une garantie d'ouverture en soirée. Je pense que, je veux dire, c'est bien clair, on peut se donner des chiffres, puis on peut se faire des horaires qui ne font pas sens, puis on n'atteindrait pas l'objectif qu'on souhaite communément atteindre, c'est-à-dire de faire en sorte que les gens aient le service lorsqu'ils en ont besoin. Si le règlement était plus clair, on pourrait avoir une garantie d'accès le soir et le justifier au volume de soins demandés et que l'endroit où s'installe le GMF réclame, mais, je veux dire, il y a moyen d'avoir davantage de garanties que ce que l'on a maintenant, puis le taux d'assiduité n'en est pas une.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, chers collègues, compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'à 15 heures. Merci.

(Fin de la séance à 13 heures)