



---

# ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

---

DEUXIÈME SESSION

QUARANTE-DEUXIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

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

**Le mardi 1er février 2022 — Vol. 46 N° 1**

Consultations particulières sur le projet de loi n° 11 — Loi  
visant à augmenter l'offre de services de première ligne  
par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion  
de cette offre (1)

**Président de l'Assemblée nationale :  
M. François Paradis**

---

**2022**

## Commission de la santé et des services sociaux

Le mardi 1er février 2022 — Vol. 46 N° 1

### Table des matières

Remarques préliminaires	1
M. Christian Dubé	1
M. Monsef Derraji	2
M. Vincent Marissal	3
M. Joël Arseneau	3
Mme Claire Samson	3
Auditions	3
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	4
Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)	13
Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)	21
Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)	29
Collège des médecins du Québec (CMQ)	36
Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ)	44
Conseil pour la protection des malades (CPM)	54

### Autres intervenants

M. Luc Provençal, président

- \* M. Marc-André Amyot, FMOQ
- \* M. Sylvain Dion, idem
- \* Mme Jessica Ruel-Laliberté, FMRQ
- \* M. Patrice Savignac Dufour, idem
- \* Mme Vanessa Bisson-Gervais, FMEQ
- \* Mme Victoria Blouin, idem
- \* M. Vincent Oliva, FMSQ
- \* M. Pierre-Luc Desgagné, idem
- \* M. Mauril Gaudreault, CMQ
- \* M. André Luyet, idem
- \* Mme Christine Laliberté, AIPSQ
- \* Mme Isabelle Levasseur, idem
- \* M. Paul G. Brunet, CPM
- \* M. Daniel Pilote, idem
- \* Mme Micheline Boucher Granger, idem
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 1er février 2022 — Vol. 46 N° 1

**Consultations particulières sur le projet de loi n° 11 — Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre (1)**

*(Huit heures cinquante minutes)*

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, bon matin à tous. Je vous informe que les règles de procédure habituelles prévues au règlement de l'Assemblée nationale s'appliqueront pour nos séances jusqu'à nouvel ordre. Cela étant dit, je vous invite à respecter les mesures sanitaires en vigueur concernant la distanciation physique et le port du masque.

Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je vous invite... Excusez-moi. Je souhaite la bienvenue et je demande à toutes les personnes de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques.

La commission est réunie afin de procéder aux consultations particulières et aux auditions publiques sur le projet de loi n° 11, Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

**La Secrétaire :** Non, M. le Président.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup. Ce matin, nous débiterons par les remarques préliminaires puis nous entendrons les groupes suivants : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec, la Fédération médicale étudiante du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Comme la séance a débuté à 8 h 50, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue? C'est-à-dire qu'on ajouterait un 10 minutes, ce qui veut dire qu'on va poursuivre nos travaux jusqu'à 11 h 55. Consentement?

**Des voix :** Consentement.

### **Remarques préliminaires**

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup. J'invite maintenant M. le ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le ministre, vous disposez de 5 min 34 s pour les remarques préliminaires.

#### **M. Christian Dubé**

**M. Dubé :** Alors, merci beaucoup, M. le Président. Bonjour à tous. Je vais aller rapidement dans les recommandations d'usage, mais je suis très content de voir mes collègues en ce retour d'année au salon bleu.

Je pense, ce qui est important avec le projet de loi n° 11, c'est qu'on a l'occasion d'élargir l'organisation de la première ligne. Les médecins de famille sont des acteurs clés, mais, on le sait, il y a aussi beaucoup d'autres professionnels qui peuvent contribuer à la première ligne. Notre plan pour la santé, dont on parle beaucoup ces temps-ci, repose sur quatre fondations, puis le projet de loi n° 11 s'inscrit dans trois de ces quatre fondations-là, à savoir les ressources humaines, les données puis les systèmes informatiques.

En fait, on doit se donner les capacités d'avoir les données nécessaires pour mieux gérer mais aussi pour améliorer notre première ligne, qui est la base de notre système de santé avec les omnis mais, je le répète, aussi avec les autres professionnels.

Nous avons actuellement plus de 900 000 patients orphelins sans médecin de famille. Avec le vieillissement de la population, le temps d'attente dans les urgences, la diminution de la prise en charge, c'est clair que les Québécois n'ont pas ce qu'il y a de mieux. Ce manque d'accessibilité n'est pas acceptable.

Essentiellement, notre projet de loi repose sur trois mesures de gestion : connaître l'offre et la demande pour mieux desservir le patient, l'utilisation des meilleures pratiques, entre autres avec des systèmes d'information modernes et plus de pertinence grâce au triage en amont de la prise de rendez-vous.

En fait, ce que la pandémie nous a appris, c'est que les faiblesses que notre réseau avait avant la pandémie ont été exacerbées depuis les deux dernières années, dont notamment l'accessibilité à nos urgences, à des chirurgies, à des rendez-vous. Mais, malgré tout, la pandémie a mis en lumière qu'on pouvait faire mieux et qu'on pouvait innover.

Depuis que notre gouvernement est en place, nous avons eu de longues discussions avec la FMOQ, mais malheureusement nous n'avons pas pu nous entendre pour une prise en charge additionnelle. En fait, pendant les trois dernières années, la prise en charge s'est détériorée. Et pour dénouer cet imbroglio, nous croyons fermement que nous devons avoir des données disponibles pour nos gestionnaires pour bien comprendre l'offre et l'ajuster en fonction de la demande dans des régions spécifiques. Ça fait donc partie de notre stratégie de décentralisation.

Maintenant, parlons de l'offre. Je parle ici d'avoir une meilleure information qui nous permettrait de mieux répartir les médecins sur le territoire et d'identifier les endroits où nous devons développer des services, c'est-à-dire augmenter l'offre. Pour bien comprendre l'offre médicale, il faut bien comprendre, pour chaque région, l'occupation et les engagements des médecins, de leur GMF, ou de leur clinique, ou même de leurs autres occupations.

Je veux être bien clair, notre but n'est pas de contrôler tous les médecins, mais d'être capables de savoir où il nous manque des rendez-vous, dans quelles régions. Un peu comme on l'a fait pour la vaccination. Nous voulons donc mieux outiller nos gestionnaires régionaux pour une meilleure répartition des ressources.

Maintenant, sur le côté de la demande. Avec les systèmes de prise de rendez-vous modernes, maintenant, il est très facile de faire une évaluation locale et nationale de la demande. Le défi est que ceux qui ont besoin d'un rendez-vous puissent l'obtenir dans un délai raisonnable. À terme, ça doit devenir aussi facile de prendre rendez-vous avec un médecin sur nos plateformes que ça l'a été avec Clic Santé sur la vaccination. On souhaite que toute la population ait accès à un service de qualité dans un délai raisonnable et on est déterminés à fournir tous les outils nécessaires pour y arriver.

Quelques mots sur les meilleures pratiques. Depuis le début des discussions avec la FMOQ, nous avons ajusté notre tir pour tenir compte de certains facteurs. On doit travailler tous ensemble pour accéder aux meilleures pratiques, pour changer les choses et pour innover.

Voici deux gros changements que nous avons mis sur la table depuis le début des négociations, premièrement sur la charge de travail. La pratique de la médecine a beaucoup changé. Nos jeunes médecins veulent une meilleure conciliation travail-famille. On l'a compris. Ils veulent travailler différemment. Donc, on veut que la prise en charge soit faite par un groupe de médecins, comme une GMF, et non pas par un seul médecin. Les Québécois sont d'accord avec cette approche.

Maintenant, sur la pertinence, il faut s'assurer que la porte d'entrée de la première ligne ne soit pas uniquement les médecins de famille. On peut s'assurer de la pertinence avant la prise de rendez-vous. Cette méthode de gestion est déjà pratiquée et doit être mise en place, car elle est complémentaire à notre objectif d'ajuster l'offre et la demande. Je pense, entre autres, au guichet d'accès à la pertinence qui a été fait dans la région de Rimouski, et on aura la chance d'y revenir. Ça, c'est de l'innovation et ça pave la voie à notre volonté d'avoir un système de santé plus humain et performant.

En conclusion, ce projet de loi répond aux engagements que notre gouvernement a pris pour le futur de notre système de santé : améliorer la gestion des ressources humaines, de l'utilisation des données et des systèmes d'information pour améliorer l'efficacité.

On tend la main aux médecins pour améliorer l'accès des Québécois à une première ligne. On veut collaborer. Ce n'est pas un projet de loi de punition. C'est un projet de loi de gestion. J'ai très hâte d'entendre les commentaires de tous les parlementaires. Merci beaucoup pour votre présence. M. le Président, merci.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci, M. le ministre. J'invite maintenant le porte-parole de l'opposition officielle et député de Nelligan à faire ses remarques préliminaires pour une durée maximale de 3 min 43 s. Je vous cède la parole.

### **M. Monsef Derraji**

**M. Derraji :** Merci, M. le Président. Très heureux et très honoré de faire partie de cette commission pour la première fois en tant que porte-parole de notre formation politique en santé et en services sociaux.

Pourquoi nous sommes là aujourd'hui? Pourquoi nous sommes là aujourd'hui, M. le Président, c'est parce que la situation est très critique, il y a plus de 1 million de Québécois qui n'ont pas de médecin de famille. Un résultat d'un laxisme qui a duré plus que quatre ans, et un réveil, un réveil du gouvernement quatre ans plus tard.

Je tiens juste à rappeler ces chiffres, M. le Président, parce que je viens avec une bonne volonté pour entendre le ministre sur comment il compte régler la liste d'attente énorme. Ce qu'on nous avance sur la table aujourd'hui avec ce projet de loi est, selon moi, insuffisant.

J'ai lu l'ensemble des mémoires que nous avons reçus et j'essaie de trouver encore une fois quelqu'un qui a dit que c'est une très bonne idée, ce projet de loi. Donc, j'ai bien hâte d'entendre les groupes, je... entendre à débattre avec le ministre pour voir réellement est-ce que ce qu'on va mettre aujourd'hui va régler le problème de la liste d'attente et qu'aujourd'hui ce que nous avons est une situation critique.

Les patients non traités aujourd'hui, c'est des patients avec des maladies chroniques, c'est des patients qui vont se ramasser dans le réseau de la santé et justement encombrer la deuxième et la troisième ligne.

La situation est urgente, et je ne pense pas que des mots comme la «refonte» ou des belles phrases marketing pour dire qu'on va régler le problème régleront le problème. Le système de santé, et surtout la première ligne, a besoin de courage. Et ce courage, ce n'est pas en gérant les rendez-vous comme on gère dans le secteur manufacturier. Gérer l'offre et la demande, oui, c'est important, mais on ne gère pas l'offre et la demande dans le secteur privé comme on gère l'offre et la demande dans le secteur de la santé.

Pensons à la santé mentale. Pensons aux listes d'attente de plusieurs patients qui attendent de voir leur médecin de famille. Oui, gérer les rendez-vous est important. J'ai bien hâte d'entendre les médecins généralistes, qu'est-ce qu'ils pensent.

Et je vais juste terminer, M. le Président, avec une citation, avec une citation d'un médecin généraliste à qui j'ai demandé son autorisation hier, permettez-moi une seconde juste de la chercher, parce que c'est très important :

«Ce qui est fâchant avec le projet de loi n° 11 de M. le ministre, c'est qu'il est évident qu'il ne permettra pas d'atteindre l'objectif souhaité par le ministre, et ensuite on blâmera à coup sûr les médecins de famille pour cet échec, on brandira à nouveau la correction, et ce sera encore une fois l'échec.»

On démarre très mal, M. le Président, l'étude de ce projet de loi, parce qu'à savoir les personnes intéressées, c'est les médecins de famille, parce que c'est avec eux qu'on va régler le problème des listes d'attente, et j'ai bien hâte à voir jusqu'à quel point le ministre est prêt pour amender son projet de loi. Merci, M. le Président.

• (9 heures) •

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup, M. le député. J'invite maintenant le porte-parole du deuxième groupe d'opposition et député de Rosemont à faire ses remarques préliminaires pour une durée maximale de 56 secondes.

#### **M. Vincent Marissal**

**M. Marissal :** Merci, M. le Président. Je ne m'étirerai pas dans les salutations, même si elles sont sincères, puisque j'ai 56 secondes. Je l'ai dit tout à l'heure aux médias, je le redis ici, ça mettra la table, il n'y a pas que dehors qui fait fret, il y a l'air de faire frette entre les médecins et le ministre. Il fait fret entre le réseau et le ministre, ces temps-ci, on ne réglera pas les problèmes avec une énième confrontation. J'espère qu'on va être capable de s'entendre avec les partis de l'opposition aussi.

J'ai lu, moi aussi, les mémoires cette fin de semaine. Je n'ai pas trouvé beaucoup d'appuis pour ce projet de loi. Et ce projet de loi, qui, quant à moi, a une approche beaucoup trop strictement comptable, ne touche pas non plus le vrai problème de la rémunération des médecins. Je pense que, de toute façon, il faudra en faire des alliés plutôt que des ennemis dans une relance que l'on veut de toute façon dans le réseau de la santé. Moi, je ne parle pas ici au nom des médecins, je parle ici au nom des patients du Québec, des malades, des gens qui ont besoin de médecins de famille. On a le devoir de leur trouver des solutions, pas de se taper une confrontation préélectorale.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup, M. le député. J'invite maintenant le porte-parole du troisième groupe d'opposition et député des Îles-de-la-Madeleine à faire ses remarques préliminaires pour une durée maximale de 56 secondes.

#### **M. Joël Arseneau**

**M. Arseneau :** Merci beaucoup, M. le Président. Alors, salutations à tous. Dans le peu de temps qui m'est imparti, j'aimerais dire que le projet de loi n° 11, selon nous, dans sa forme actuelle, ne va pas atteindre l'objectif qu'on souhaite, c'est de donner aux Québécois un meilleur accès aux soins de santé de première ligne. C'est probablement fort contre-productif. On ne va pas refonder le système de santé avec ça. C'est un mémoire qui est très parcellaire et qui vise avant tout, selon nous, à faire en sorte qu'on atteigne l'objectif que s'était fixé le gouvernement d'un médecin pour chaque Québécois. Et on estime que cet objectif-là aujourd'hui n'est pas celui à atteindre, mais plutôt d'avoir accès à des soins de santé de façon plus générale.

À la lecture des mémoires, on s'aperçoit que la plupart ne voient pas cette vision du gouvernement vers une amélioration de l'accès aux soins pour les Québécois. Les médecins, on les entendra tout à l'heure, sont en colère. Ils ne sont pas vus comme des partenaires, mais comme des boucs émissaires face au gouvernement qui n'atteindra pas son objectif électoral. Alors...

**Le Président (M. Provençal) :** Merci, M. le député.

**M. Arseneau :** Alors, merci, on en reparle.

**Le Président (M. Provençal) :** J'invite maintenant la députée d'Iberville à faire ses remarques préliminaires pour une durée maximale de 51 secondes. Mme la députée.

#### **Mme Claire Samson**

**Mme Samson :** Alors, j'aimerais bien vous saluer, mais je n'ai pas le temps. Alors, M. le Président, vous me verrez très sceptique quant à la contribution de ce projet de loi à l'amélioration des soins de santé au Québec. Et je n'ai pas compris d'entrée de jeu pourquoi le leader du gouvernement voulait repousser l'étude de ce projet de loi là quelque part dans le temps, je ne le sais pas, probablement pour nous passer ça à la un, deux, trois à la fin de session. Alors, j'écouterai avec beaucoup d'attention, et merci.

#### **Auditions**

**Le Président (M. Provençal) :** Merci. Merci pour ces remarques préliminaires. Nous allons maintenant débiter les auditions.

Je souhaite la bienvenue aux représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à commencer votre exposé. Je vous cède la parole.

**Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)**

**M. Amyot (Marc-André) :** Alors, bonjour. Marc-André Amyot, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Je suis accompagné par Dr Sylvain Dion, qui est toujours en pratique active, qui est le premier vice-président de la FMOQ.

Alors, M. le Président, et je remercie les membres de la commission de nous recevoir. D'entrée de jeu, nous ne comprenons pas pourquoi nous en arrivons aujourd'hui à devoir commenter le projet de loi n° 11 en pleine pandémie, alors que nous travaillons d'arrache-pied à la combattre avec les autres professionnels de la santé, et, pas besoin de le rappeler, pandémie qui est loin d'être terminée.

Les médecins de famille sont au front partout dans le réseau. Les médecins de famille sont bien conscients de la problématique d'accès aux soins primaires. Et je vous le dis, M. le Président, les médecins de famille font partie de la solution, mais ils ne sont pas la cause de tous les problèmes du réseau de la santé, et c'est odieux de laisser présager qu'ils en sont la cause. Également, il faut comprendre qu'ils n'en sont pas l'unique solution.

Nous avons toujours été de bonne foi dans nos négociations, et le mémoire le détaille très bien, chronologiquement. Depuis l'été dernier, à la demande du ministre, nous avons proposé des mesures innovantes jamais mises sur la table afin d'améliorer l'accès à un médecin de famille. On parle d'inscription de groupes, d'inscription à une équipe de soins. Le guichet d'accès populationnel... Le guichet d'accès pertinence, vous aurez une présentation du docteur Éric Lavoie puis du CISSS du Bas-Saint-Laurent, on adhère entièrement à ça. Et avec une pénurie de 1 000 médecins de famille au Québec, on ne peut plus assurer seuls l'entièreté des besoins de la population. Ces besoins-là doivent être répartis sur d'autres professionnels qu'uniquement le médecin de famille. On parle des infirmières cliniciennes, des IPS, des travailleurs sociaux, psychologues, physiothérapeutes, pharmaciens, dentistes, inhalos, il y en a plein d'autres. On partage les besoins de la population sur une équipe de soins et on ne réserve au médecin de famille que ce qui nécessite l'expertise du médecin de famille.

Alors que le ministre déclarait aux journalistes : Le projet de loi est une main tendue aux omnipraticiens, les médecins ont perçu une autre sorte de main tendue. Ils ont perçu du gouvernement que le gouvernement avait placé une épée de Damoclès sur notre tête. Et je dois m'inscrire en faux quand on dit qu'on refusait de négocier ou qu'on négociait de mauvaise foi. Les données, on répond présent. D'ailleurs, dans les GMF, on a contribué à une entente dans laquelle les GMF transmettent leur offre de service, l'entièreté des rendez-vous à l'orchestrateur. Les données, on les a. On était cependant inquiets de l'utilisation nominative pour faire la chasse aux sorcières d'aller chercher les docteurs moins productifs. Et on a partagé cette inquiétude-là avec le ministre, il nous a rassurés avec la lettre d'entente n° 364. Vous avez copie, dans notre mémoire, de cette lettre d'entente là. L'encre n'était pas encore sèche, de cette lettre d'entente là, on nous arrive avec le projet de loi n° 11 et on ajoute par-dessus le projet de loi n° 19. On a demandé aux représentants du ministère : Expliquez-nous, expliquez-nous le projet de loi n° 11 dans le contexte de 364 et du projet de loi n° 19. De deux choses l'une : ou bien ils ont été incapables, et ça, c'est pour le moins inquiétant, ou bien ils n'ont pas voulu, puis, ça aussi, c'est inquiétant.

Elle est où, la collaboration, la bonne foi et la main tendue quand on essaie d'avoir des explications sur le projet de loi n° 11? C'est une chose, Trivago, pour réserver une chambre d'hôtel puis pour réserver un vaccin, mais c'est une tout autre chose pour les autres problèmes de santé. Où est le GAP? Où est l'équipe de soins dans le Clic pour avoir rendez-vous avec un médecin? Vous trouvez ça sérieux de comparer une réservation de chambre d'hôtel à une consultation médicale? C'est bien mal connaître la complexité des besoins de la population. C'est bien mal connaître la réalité du travail des médecins de famille en première ligne. Prenez, par exemple, avec les hausses de demandes en santé mentale : Vous pensez qu'un Clic Santé va régler tout ça? J'en doute.

Notre travail ne peut pas se résumer à des quotas de patients, à des nombres de patients à l'heure. On ne travaille pas avec de la marchandise, nous traitons des humains, nous traitons des patients avec des problèmes de santé complexes.

Parlons du dénigrement maintenant. Le 19 octobre, le premier ministre, dans son discours inaugural, a remercié tous les médecins de... tous les... pardon, remercié tous les travailleurs de la santé, tous les travailleurs de la santé, sauf un groupe : les médecins de famille. Non seulement il ne les remercie pas, mais il menaçait d'intervenir auprès de ceux qu'il jugeait insuffisamment productifs. Et boum! Arrive le projet de loi n° 11. Version actualisée de la triste loi 20. On ravive les obligations et les pénalités, et, M. le Président, les médecins de famille ne seront pas les boucs émissaires des problèmes de santé et des ratés du réseau de santé. On fait partie de la solution, oui, clairement, mais les médecins de famille ne peuvent pas être l'unique solution. Le ministre parle de revoir les fondations du système de santé, et on répond : Bravo! On répond : Présent. Mais un système de santé fort repose sur une première ligne forte, oui, mais sa révision avec le projet de loi n° 11 ne s'attaque qu'aux médecins. Désolant et réducteur.

Et c'est une méconnaissance profonde de la première ligne et du travail des médecins de famille. Les médecins de famille ne comprennent pas ce mépris du gouvernement à leur égard. Et, malgré ce dénigrement-là, qu'est-ce qu'ils ont fait pendant la cinquième vague? Ils ont fait la même chose que pendant toutes les autres vagues. Ils ont répondu présent au front, dans les unités COVID, à l'urgence, dans les cliniques COVID, dans les GMF et les cliniques médicales. Ils ont ouvert des rendez-vous en populationnel à la clientèle qui n'avait pas de médecin de famille. Ils ont ouvert des plages pour transférer des P4-P5 de l'urgence, des problèmes mineurs qui peuvent être traités dans des cliniques médicales pour justement laisser la place aux patients plus malades, aux patients COVID dans les salles d'urgence. Ils ont répondu présent. Ils l'ont fait, pas pour procurer des votes ou une élection, ils l'ont fait parce que c'était leur devoir, ils l'ont fait parce que la population en avait besoin. Les politiciailleries, les médecins de famille n'en ont rien à faire. Puis ils sont écoeurés d'être méprisés et intimidés. Il faut que ça change.

Le projet de loi n° 11 n'amène aucun changement, bien au contraire. Vous pensez que les médecins sont insensibles aux besoins de la population? C'est bien mal connaître les médecins de famille de penser ça puis c'est d'autant plus blessant pour eux.

Aujourd'hui, les 10 000 médecins de famille se joignent à moi pour vous faire part de leurs inquiétudes sur l'avenir de la profession et l'attractivité de la médecine familiale auprès des jeunes étudiants en médecine. Depuis 2013, c'est 400 postes de résidence en médecine familiale qui n'ont pas été comblés. C'est 400 médecins, pour les 30 prochaines années, qui ne seront pas là. Seulement l'an dernier, c'est 75 postes non comblés. Puis vous pensez que ça va être mieux cette année? Je suis profondément inquiet. Le p.l. n° 11 est discriminatoire et s'attaque particulièrement aux femmes. 70 % des médecins de famille de moins de 60 ans sont des femmes. Je ne peux concevoir que cela ne vous inquiète pas au plus haut point. Il est urgent d'agir avant qu'il ne soit trop tard.

• (9 h 10) •

Nous avons proposé des solutions innovantes depuis juillet qui sont restées lettre morte. Le ministre va vous parler d'engagement. La tournée des associations... On a fait la tournée des associations régionales cet automne où, justement, on leur parlait de prise en charge de groupes, d'équipes de soins, de guichet d'accès pertinence, de collaboration interprofessionnelle, de revoir le mode d'organisation. Les médecins ont répondu présent avec beaucoup de positif. Je leur mentionnais : On ne peut pas continuer à faire les mêmes choses de la même façon et espérer un résultat différent. Ils adhéraient à ça. Où sont les garanties du p.l. n° 11? Effectivement, il y a des garanties dans le p.l. n° 11, des grandes garanties : garantie de démotivation, garantie de retraite prématurée, garantie d'exode vers le privé, garantie d'exode vers d'autres provinces, garantie d'épuisement professionnel, garanti que les étudiants en médecine vont davantage choisir une autre spécialité. En fait, le p.l. n° 11, c'est une garantie d'échec.

Le p.l. n° 11 ne contient aucune mesure structurante qui permettra un meilleur accès aux soins de première ligne. Ce n'est pas un projet de loi sur l'accès. C'est un projet de loi sur le contrôle étatique de la profession médicale qui ne fera que dévaloriser la pratique de la médecine familiale encore davantage.

Enfin, enfin, M. le Président, les lignes probablement les plus importantes de mon allocution : encore une fois, M. le Président, on tend la main au gouvernement, on tend la main au gouvernement afin de collaborer à mettre en place des solutions concrètes pour les Québécois et respectueuses de la réalité des médecins de famille, dans un climat sain, exempt de menaces, exempt de coercition, exempt de pénalité, empreint de bonne foi, de bonne volonté et de collaboration au bénéfice de la population.

M. le Président, j'exhorte le gouvernement à travailler avec nous pour valoriser la médecine familiale, la rendre davantage attractive pour les étudiants. Les Québécois méritent une telle concertation. Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** Je vous remercie pour votre exposé. Nous allons maintenant débiter la période d'échanges. M. le ministre, la parole est à vous.

**M. Dubé :** Très bien. Alors, merci beaucoup, M. le Président. Et, Dr Amyot, très content encore de vous avoir ce matin. Puis je tiens à vous féliciter pour votre élection à titre de président de la FMO et... de la FMOQ, pardon, et je pense que vous arrivez à un moment qui est charnière par rapport à ce que nous vivons en ce moment en temps de pandémie.

Je vous connais un peu, Dr Amyot. Je pense que, quand je suis arrivé au gouvernement il y a quatre ans, un petit peu moins de quatre ans, j'étais, à ce moment-là, au Conseil du trésor, et vous étiez déjà le bras droit du Dr Godin. Donc, ce n'est pas la première fois qu'on se rencontre. Puis je tiens à souligner tout le travail que vous avez fait pour la fédération depuis que vous y êtes. Encore une fois, félicitations pour votre présidence.

Maintenant, aussi, je ne ferai pas de commentaire sur les mots, je dirais, un petit peu durs dont vous nous faites part ce matin parce que je comprends, je comprends très bien que vous représentez les médecins, et vous avez le droit à votre opinion. Moi, j'ai dit, tout au cours de nos discussions, que j'aurais un ton conciliant. Je pense que c'est ça qui est important, si on veut trouver des solutions innovantes. Puis je respecte l'approche que vous prenez. La mienne va être différente au cours... Elle l'a été au cours des dernières années puis elle va l'être encore au cours des prochains mois.

Je pense qu'il est important aussi de bien dire aux Québécois que l'objectif du projet de loi — puis je l'ai mentionné tout à l'heure puis j'en viendrai à une question : les Québécois doivent avoir un meilleur système, un meilleur système qui leur permet de prendre des rendez-vous de façon beaucoup plus organisée qu'ils le font en ce moment. Je pense qu'au cours des négociations qu'on a eues depuis, je vais le dire, trois ans, là, parce que ma prédécesseure, Mme McCann, elle avait commencé même en 2018, 2019, donc ça fait longtemps qu'on négocie, mais malheureusement, pendant ce temps-là, ce n'est pas une diminution de la prise... ce n'est pas une augmentation de la prise en charge qu'on a vue, Dr Amyot, c'est une diminution. On est passés, de 2018, de 400 000 personnes qui étaient sur le guichet d'accès à plus de 900 000 aujourd'hui. Donc, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas. Et de continuer d'essayer de faire les choses de la même façon, je pense que ce n'est pas dans la bonne direction.

Alors, je comprends très bien vos commentaires ce matin, vos mots qui sont durs, mais moi, je regarde plus des solutions que l'on pourrait trouver, des solutions pratiques. Et il y en a eu, il y en a eu. Je pense que, je le répète, le gouvernement a fait, au cours des derniers mois, des avancées importantes dans la négociation. Moi, je me rappelle, quand on a commencé à discuter avec vous ou avec votre prédécesseur, c'était : un médecin, un patient. Puis on s'est dit... vous nous dites toujours : Il manque de médecins, il manque de médecins. Je résume, là, presque quatre ans de discussions. On a dit : D'accord, avec les besoins des nouveaux médecins, les plus jeunes qui ne veulent pas, peut-être, se mettre 1 000 ou 1 200 patients en commençant, est-ce qu'on pourrait trouver des solutions?

On a mis quelque chose de très gros sur la table l'année passée, l'automne dernier, en disant : Non, maintenant, ça va être le GMF qui va prendre cet engagement-là et non un seul jeune médecin pour profiter, justement, des principes de GMF.

Alors, moi, ma première question pour vous ce matin, Dr Amyot : Cet élément-là, qu'on a mis sur la table, qu'est-ce que vous en pensez?

**M. Amyot (Marc-André) :** Bien, on partage votre opinion, M. le ministre, par rapport à réorganiser le réseau, par rapport à répartir les besoins populationnels, la collaboration. Effectivement, c'est nous qui avons mis sur la table, en juillet, la prise en charge de groupes à une équipe de soins, parce que la prise en charge individuelle, là, les médecins de famille, ils sont à bout.

Je voudrais également revenir sur le fait... puis merci de me permettre de vous préciser, la prise en charge a diminuée. Bien, il y a une bonne explication. Avant la pandémie, à chaque mois, il y avait de plus en plus de Québécois qui avaient un médecin de famille, et, progressivement, on se rendait vers l'objectif, lentement mais sûrement. Et, vous regardez les chiffres, mois après mois avant la pandémie, le nombre d'inscrits au Québec augmentait, on avait presque atteint 83 %. Depuis deux ans, depuis deux ans, il y a la pandémie. La pandémie, là, ça a créé tout un bouleversement dans le réseau de la santé, puis les médecins de famille ont été sollicités partout, partout dans le réseau.

Permettez-moi de vous dire, le Québec a une situation particulière par rapport au Canada. Les médecins de famille effectuent entre 36 % et 40 % de leurs travaux en deuxième ligne, à l'urgence, en hospitalisation, en obstétrique, soins palliatifs, gériatrie, alors qu'au Canada, c'est seulement 24 %. Nos effectifs sont sollicités en deuxième ligne, et, pendant la pandémie, ça a été davantage, davantage sollicité dans les cliniques COVID, dans les unités d'hospitalisation COVID, dans...

**Le Président (M. Provençal) :** Je vais céder la parole à M. le ministre.

**M. Amyot (Marc-André) :** Alors, c'est normal que la prise en charge ne soit pas... n'ait pas été au rendez-vous. Il y a une limite à ce que les médecins de famille peuvent faire.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci. M. le ministre aurait une suite.

**M. Dubé :** Très bien. Ma question portait seulement sur la prise en charge par le GMF plutôt que des médecins individuellement. Je pense qu'on s'entend. C'est un élément important qui a été amené à la négociation.

Deuxième point. Moi, ce que je crois, quand vous dites, Dr Amyot, puis je veux respecter votre opinion, vous dites qu'il manque des médecins de famille par rapport à la situation qu'on a en ce moment. Est-ce que vous ne pensez pas que lorsqu'on aura des meilleures données, c'est-à-dire de bien connaître l'occupation des médecins... pas pour être capable de faire de la coercition, ça, c'est un mot que vous utilisez que moi je n'utilise pas. Moi, ce que je vous dis, c'est : Vous ne seriez pas les premiers à pouvoir bénéficier du fait qu'on pourrait avoir une meilleure information? Quelle est la charge réelle des médecins dans chacune des régions? Parce que je vous entends dire, puis ça, c'est... Je veux que les Québécois m'entendent très clairement, là, aujourd'hui, vous dites que les médecins sont occupés ailleurs. Contrairement à d'autres provinces, nos médecins généralistes travaillent beaucoup plus dans les hôpitaux, ont des fonctions différentes. Je comprends très bien ça, mais une des choses qu'on veut faire pour être capable de mieux discuter et de finir nos négociations, c'est d'avoir les mêmes données, d'avoir des données qui nous permettent de faire, justement, ce calcul-là. Je pense que vous seriez les premiers à bénéficier d'une meilleure information sur une base régionale, et je m'explique.

Ça, c'est important que les Québécois comprennent ça. Durant la pandémie, Dr Amyot, j'ai été le seul, comme ministre, à avoir accès aux dossiers des médecins pour être capable de voir quelle était leur charge : Est-ce que des gens travaillaient dans les GMF ou ils travaillaient aussi dans les CLSC? Est-ce qu'ils avaient une charge à l'hôpital? Cette information-là, ce n'est pas uniquement le ministre qui devrait l'avoir, c'est les DRMG. Ça, c'est... Les DRMG, c'est les médecins qui, localement, dans chacune des régions, peuvent avoir un impact sur la répartition des tâches. Moi, je crois... Et j'aimerais vous entendre : Est-ce que vous trouvez normal qu'un directeur régional n'ait pas accès à l'information sur l'occupation de ces médecins dans sa région?

• (9 h 20) •

**M. Amyot (Marc-André) :** Bien, merci de me permettre de préciser par rapport à ça. Bien sûr, vous avez raison. Et j'ai toujours, tout le long de ma carrière, mentionné «the power of data», effectivement. Et on s'est entendu, M. le ministre, dans les programmes GMF, pour transmettre ces données-là, transmettre ces données-là à l'orchestrateur pour avoir accès à l'analyse. On était inquiets. M. le ministre, je vous partage...

**M. Dubé :** Oui, mais, je m'excuse, ce n'est pas ça, ma question, là. Là, vous êtes en train de me parler des rendez-vous, puis ce n'est pas ça que je dis. Ce que je dis, c'est que la première partie du projet de loi, avant la prise de rendez-vous, Dr Amyot, elle est très claire. Elle est très, très claire. Ce qu'on dit, c'est qu'on veut bien comprendre quelle est l'occupation des médecins dans chacune des RLS, des régions, mais aussi des GMF. C'est ça qu'on veut avoir pour être capable de dire : Est-ce qu'on a la bonne offre de médecins? Et moi, je vous dis... puis ça, c'est avant la prise de rendez-vous, ce que je vous dis, Dr Amyot : Est-ce que vous êtes d'accord que vous seriez peut-être les premiers à bénéficier pour montrer que, si on avait cette information-là, on serait capables de s'entendre qu'il manque des médecins?

En ce moment, là, je ne parle pas de prise de rendez-vous. Le premier bloc du p.l. n° 11, c'est de dire : Il faut bien comprendre l'offre médicale dans chacune des régions. Vous seriez peut-être les premiers bénéficiaires à être capables de nous dire : Bien, vous voyez, il manque de médecins. Mais on ne s'entend même pas sur cette information-là. J'aimerais ça, vous entendre là-dessus, s'il vous plaît.

**M. Dion (Sylvain) :** Deux commentaires, M. le Président, sur cette question-là. Des données, il en existe déjà. On s'appuie sur des données de facturation. Déjà là, les partis, FMOQ, ministère, utilisent ces données pour établir ce qu'on appelle les plans régionaux d'effectifs médicaux année après année. Donc, ces données-là existent. Elles ne sont peut-être pas idéales parce qu'elles sont souvent a posteriori, malheureusement, parce qu'on attend toujours que les données de facturation soient toutes compilées.

**M. Dubé :** Mais, quand vous dites, docteur, qu'elles sont disponibles, elles ne sont pas disponibles au DRMG, localement.

**M. Dion (Sylvain) :** RLS par RLS, nous avons ces données-là. Moi, je siège sur un DRMG...

**M. Dubé :** Oui, mais, quand je vous dis, là, qu'on est capables de voir... moi, je suis capable de voir puis j'ai... on a engagé un docteur qui a déjà été avec la FMOQ, qui a travaillé avec nous au cours des derniers mois, qui nous dit : Cette information-là, qu'on a besoin pour bien comprendre qui est disponible dans chacune des régions, les DRMG ne l'ont pas, ne l'ont pas. Et moi, je pense que c'est fondamental pour tous les Québécois de dire : On a un «payroll» de 3 milliards et quelques pour 10 000 médecins, puis je pense que le minimum que les Québécois devraient savoir : Quelle est l'offre médicale par région?

**M. Dion (Sylvain) :** Et c'est ce que je disais. Ces données-là, elles existent. Elles sont déjà partagées. Je siège sur un DRMG et je sais comment est-ce que les médecins, RLS par RLS, les groupes de médecins, travaillent à...

**M. Dubé :** Est-ce qu'ils connaissent la charge de personnes par RLS et par GMF de tous ces médecins-là?

**M. Dion (Sylvain) :** Il faut bien comprendre, M. le ministre...

**M. Dubé :** Non, mais répondez à ma question : Est-ce que le DRMG, localement, a toute cette information? Moi, on me dit que c'est seulement le ministre qui peut l'avoir et que cette information-là — juste me laisser finir ma question, s'il vous plaît — et c'est d'ailleurs pour ça qu'on veut modifier la loi de la RAMQ, parce que cette information-là, selon nous, selon certains critères, devrait être transférée au DRMG.

**M. Dion (Sylvain) :** Nous avons déjà une information quantitative, mais il faut regarder ces informations-là sur une base qualitative aussi. Parce que ce n'est pas tout de dire que tel médecin travaille tant d'heures à tel milieu ou tel autre milieu, il y a des conditions également qui doivent être prise en compte. Et c'est ce qui préoccupe d'ailleurs la fédération sur l'utilisation de ces données-là. Mais qu'on ait de meilleures données pour faire ces gestions-là, locales... D'ailleurs, dans ce qu'on a discuté avec le gouvernement l'automne dernier, c'était dans ce sens-là, c'était d'améliorer l'accès en travaillant avec nos instances locales DRMG qu'on visait à améliorer l'accès, et ça, on est partant pour aller là-dedans. Mais c'est toujours sur l'utilisation de ces données. Et, M. le ministre, votre projet de loi demeure quand même relativement vague, et nos juristes nous disent qu'il pourrait y avoir, à ce moment-là, abus sur l'utilisation de ces données.

**M. Dubé :** Ah bon. O.K. Alors, au moins, on s'entend sur une chose, docteur, là : cette information-là, en ce moment, n'est pas disponible à nos gestionnaires locaux. Puis, dans le plan de la santé qu'on va voir au cours des prochains mois... puis, vous allez voir, c'est un mot sur lequel je vais revenir souvent, c'est la décentralisation. Et, si on veut être capables que les régions, les GMF, localement, aient de l'information, aient le bon nombre de médecins, ce qui est votre prétention, qu'il nous manque des médecins...

Puis moi, je serais le premier à savoir... à être intéressé à ce qu'on puisse discuter ensemble, que, dans chaque région, on puisse faire l'analyse. C'est ce qu'on a fait avec le Dr Dulude, qu'on a engagé, qui est un ancien DRMG, justement, qui nous dit qu'il est possible... puis ça, je veux que les Québécois l'entendent : c'est qu'avec les méthodes qui pourraient être utilisées, qui sont utilisées déjà dans certaines régions, on pourrait prendre entre 600 000 et 700 000 patients supplémentaires sans augmenter la charge de travail des médecins. Ça, là, c'est ce que le Dr Dulude nous dit, qui est un ancien DRMG, qui est un médecin, et qui a déjà pratiqué et qui a en plus déjà travaillé pour la FMOQ.

Ça fait que je veux juste vous dire que ces méthodes-là, dont on parle — je parle depuis le début des méthodes de gestion — il faut être ouvert à ces nouvelles techniques-là. Puis je pense que la journée que les Québécois vont savoir qu'on a l'information de façon régionale pour que nos gestionnaires puissent agir localement, ça va faire une grande différence. Mais ça, il faut avoir l'ouverture d'esprit pour être capable de travailler de cette façon-là.

Alors, je suis content que vous reconnaissez qu'en ce moment cette information-là n'est pas disponible de façon à donner à nos gestionnaires locaux le travail nécessaire.

Est-ce qu'il me reste encore un peu de minutes?

**Le Président (M. Provençal) :** Il reste une minute.

**M. Dubé :** Oui. Bon, maintenant, sur la prise de rendez-vous elle-même, je pense qu'on a travaillé... puis j'ai très hâte, là, qu'on puisse... et je sais que vous les avez rencontrés, Dr Amyot, j'ai très hâte qu'on puisse avoir les gens du DRMG, justement, de la région de Rimouski—Rivière-du-Loup pour montrer combien on peut parler de rendez-vous additionnels disponibles.

Est-ce que vous êtes capable de me dire quel est le pourcentage de rendez-vous additionnels qui a été demandé aux médecins dans la région de Rimouski suite à ce projet pilote là, qui a été mis en place, là, il y a un peu plus qu'un an? Est-ce que vous avez le nombre de... pourcentage additionnel de rendez-vous qui a été...

**M. Amyot (Marc-André) :** Le nombre de rendez-vous? Je n'ai pas le nombre de rendez-vous additionnels, mais le projet GAP, accès pertinence, a permis de diminuer de 50 % la consultation à un médecin de famille en répartissant sur d'autres professionnels. Et je vous l'ai dit, M. le ministre, on adhère entièrement à ça.

**M. Dubé :** Je suis content de vous entendre dire ça.

**Le Président (M. Provençal) :** M. le ministre, on va...

**M. Dubé :** Parce que je vais vous dire la réponse que j'ai eue, puis je finis...

**Le Président (M. Provençal) :** Votre temps...

**M. Dubé :** Bien, je reviendrai. Je reviendrai.

**Le Président (M. Provençal) :** S'il vous plaît. Merci, M. le ministre.

**M. Dubé :** Merci. Merci beaucoup, M. le Président.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, maintenant, je vais céder la parole au député de Nelligan. Vous disposez de 10 min et 10 s. À vous.

**M. Derraji :** Merci, M. le Président. En fait, vous avez confirmé, lors de votre échange avec M. le ministre, qu'on n'a pas parlé de qualité de soins. On parle d'une centrale de réservation. À un certain moment, je me posais la question : Est-ce que je suis vraiment dans une commission de santé et services sociaux? Elle est où, la qualité de soins? Il est où, le travail multidisciplinaire? Il est où, l'apport des autres professionnels de la santé? J'ai senti un certain malaise, parce que vous étiez sur la table des négociations avec le ministre et son équipe. Est-ce que vous vous sentez trahi parce qu'il y a ce projet de loi, parce qu'on ne vous a pas écoutés?

**M. Amyot (Marc-André) :** En fait, dans la négociation, M. le Président, on a l'impression d'avoir été invités à un dîner de cons. Et on proposait, proposait, proposait des solutions, et jamais ça n'aboutissait. Avant Noël, on avait presque une entente de principe avec les responsables du ministère, et ça, on trouve ça profondément triste pour la population.

**M. Derraji :** Il y a 1 million de Québécois aujourd'hui qui veulent des réponses. Il y a beaucoup de gens qui nous suivent aujourd'hui en commission parlementaire. Le ministre essaie, depuis quelques semaines, de parler de sa réforme, révolutionner le réseau de la santé. On parle de beaucoup d'éléments que le ministre essaie de mettre sur la table pour un peu reprendre le contrôle qu'ils ont perdu dans le système de la santé. C'est quoi, votre réponse aujourd'hui aux Québécois qui attendent un médecin de famille? Est-ce que le gouvernement s'y prend de la bonne façon ou bien, d'ici la prochaine échéance électorale, en octobre, on sera toujours à 1 million de Québécois qui attendent un médecin de famille?

**M. Amyot (Marc-André) :** Je l'ai dit et je le répète, le p.l. n° 11 n'amène en rien des solutions pour l'accessibilité. Ces solutions-là, elles doivent passer par la collaboration, la concertation avec... Et je vous l'ai dit, on fait partie de la solution, mais on n'est pas la seule solution. Et p.l. n° 11 s'adresse à qui? À la seule solution que le gouvernement a trouvée, c'est contraindre les médecins de famille.

• (9 h 30) •

**M. Derraji :** Vous avez dit, au début, que vous étiez... vous avez l'impression d'être dans un dîner de cons. Mais pourquoi vous avez accepté de continuer l'échange avec l'équipe du ministre si c'était voué à l'échec?

**M. Amyot (Marc-André) :** Parce qu'on est de bonne foi. Parce qu'on se soucie des besoins de la population. Parce qu'on veut être là pour la population. Parce qu'on sait qu'on fait partie de la solution.

**M. Dion (Sylvain) :** Les médecins de famille ne sont pas inconscients des problèmes d'accès, actuellement. O.K.? On en souffre dans nos bureaux, également, quand les patients nous disent qu'ils ont eu de la difficulté à voir un

patient. Et qui plus est, ceux qui n'en ont pas, c'est la croix et la bannière. Donc, c'est pour ça qu'on était à la table de négociation. C'est pour ça qu'on a négocié tout l'automne dernier avec une solution structurante. Le ministre parlait, tout à l'heure, d'approche de groupes, de guichet d'accès pertinence. C'est ce qu'il y a dans le projet d'entente qu'on a soumis au ministre de la Santé avant les fêtes et pour lequel on n'a pas eu de retour. Et qui plus est, on a continué à négocier même si on avait un projet de loi.

Dans le projet de loi actuel, il n'y a rien qui touche ça. On parle de donner accès à des données. Oui, ça peut être intéressant pour mieux planifier les effectifs médicaux d'un système de prise de rendez-vous pour des médecins. Il va falloir que ce soit un système de prise de rendez-vous pour les autres professionnels, parce qu'un patient qui a besoin de services, ce n'est peut-être pas d'un médecin de famille, c'est peut-être d'un physiothérapeute, d'une infirmière, d'une IPS. Donc, c'est important.

**M. Derraji :** Mais vous avez raison, parce que vous avez eu plus que 14 minutes d'échange avec le ministre, je n'ai pas entendu l'équipe multidisciplinaire, alors que, la première ligne, on s'entend tous, c'est l'équipe multidisciplinaire.

Prenez juste le cas de la santé mentale. Combien de Québécois attendent la santé mentale? Combien de vos membres traitent la santé mentale? Je veux bien parler de gestion de l'offre, mais on n'est pas dans le secteur manufacturier, on est dans le secteur de la santé. Qu'est-ce que vous en pensez?

**M. Amyot (Marc-André) :** Exactement. C'est réducteur de penser qu'on peut régler tous les problèmes d'accessibilité avec un Clic Santé. Et ce n'est pas comme ça. On parle de pertinence, on parle de collaboration, d'équipes de soins, de davantage de support.

**M. Derraji :** J'ai un autre point et je veux vous partager les chiffres : 2019, 24 postes vacants; 2020, 38 postes vacants; 2021, 76 postes ignorés. Pensez-vous que le projet de loi n° 11 va encourager les jeunes médecins à aller en médecine de famille ou bien fuir carrément la discipline?

**M. Amyot (Marc-André) :** Bien au contraire, ça va les faire fuir la discipline, comme vous dites. Vous écouterez les étudiants, vous écouterez les résidents, vous écouterez même le Collège des médecins, ces inquiétudes du Collège des médecins par rapport au projet de loi n° 11.

**M. Derraji :** Est-ce que vous avez l'impression qu'on part en guerre contre vous parce qu'on est dans une année électorale et que ça prend quelqu'un, un méchant sur lequel on va mettre le dos que les Québécois n'ont pas de médecin de famille parce que les médecins de famille sont paresseux? Est-ce que vous avez cette impression aujourd'hui?

**M. Amyot (Marc-André) :** Moi, la politique, je ne connais pas beaucoup ça.

**M. Derraji :** Moi non plus. Je vous pose juste une question.

**M. Amyot (Marc-André) :** Je suis naïf. Je suis naïf.

**M. Derraji :** Comme vous.

**M. Amyot (Marc-André) :** Je trouverais ça profondément triste que ça soit le cas. Je trouverais ça... Moi, ce n'est pas ce que je veux. Moi, je ne veux pas entrer en guerre avec personne. Moi, je veux donner. Je veux que les médecins donnent des services à la population. Je veux collaborer. Je ne veux pas entrer en guerre avec personne.

**M. Derraji :** Mais je vais vous partager un avis d'un médecin : «Ce qui est fâchant avec le projet de loi n° 11, c'est qu'il c'est qu'il est évident qu'il ne permettra pas d'atteindre l'objectif souhaité par le ministre, et ensuite on blâmera à coup sûr les médecins. Donc, peu importe ce que vous allez faire, on va vous blâmer. Vous êtes contre le projet de loi, on va vous blâmer. Vous êtes pour le projet de loi, il n'y a pas de résultat, on va vous blâmer. C'est quoi, la solution, docteur?

**M. Amyot (Marc-André) :** On est une cible trop facile. La solution, c'est vraiment d'exprimer que cette fois-ci, là, c'est assez, on ne sera pas les boucs émissaires des problèmes, de tous les problèmes du réseau de la santé.

**M. Dion (Sylvain) :** Et la solution, c'est de travailler ensemble et de retirer ce qui, actuellement, cause préjudice à la profession des médecins de famille. Vous parlez de l'attractivité, mais je crains également que nos médecins, on a quand même 25 % de nos médecins qui ont plus de 60 ans, n'accélèrent leur prise de retraite. Et là qui va perdre? C'est la population. Il est urgent qu'on puisse s'entendre.

**M. Derraji :** Donc, on ne règle pas la multidisciplinarité dans ce projet de loi, on ne règle pas l'attractivité dans ce projet de loi. Selon vous, c'est une centrale de réservation. Nommez-moi un seul point positif dans ce projet de loi.

**M. Amyot (Marc-André) :** Je n'en vois pas.

**M. Dion (Sylvain) :** Le hub, il est intéressant pour qu'on puisse avoir une meilleure idée de l'offre et la demande, parce que c'est un point qui existe, mais ça ne règle pas tout, et ce n'est pas la loi qui va régler ça. On a déjà convenu comment utiliser le hub, on a une lettre d'entente là-dessus, et nos médecins ont adhéré, et on a supporté nos médecins à adhérer au hub. On n'avait pas besoin d'un projet de loi pour ça.

**M. Derraji :** Oui. Donc, selon vous, aujourd'hui, quand on parle de la refonte du système de santé, c'est comme une farce, pour vous, là, on ne règle, rien. Il n'y a pas de prise en charge. Les listes d'attente vont s'allonger. Mais moi, ce qui me préoccupe aujourd'hui, au nom de ces patients québécois, c'est que j'ai des gens qui souffrent d'une maladie chronique, et le projet de loi ne règle pas. Donc, de quelle refonte on parle?

**M. Amyot (Marc-André) :** Vous avez raison, c'est de mal adresser la problématique et c'est de laisser croire à la population que ce projet de loi là va régler les problèmes, qui est triste et odieux.

**M. Derraji :** Docteur, vous êtes à la place du ministre. Je vous invite à réécrire leur projet de loi. Vous allez mettre quoi pour améliorer l'accès des patients québécois?

**M. Amyot (Marc-André) :** Je vais parler de collaboration interprofessionnelle, je vais parler de pertinence, mais surtout je vais m'asseoir avec les intervenants avant d'établir le projet de loi, pour dire : Qu'est-ce que vous pensez? Comment on peut...

**M. Derraji :** Mais vous étiez avec le ministre, vous avez même qualifié que c'est un dîner de cons, mais ça sert à quoi, vous parler?

**M. Amyot (Marc-André) :** D'autant plus qu'on n'a jamais discuté du contenu du projet de loi n° 11 dans les négociations. On n'a jamais été interpellés là-dessus. Si on avait été interpellés, on serait intervenu, on aurait discuté. Jamais, jamais on n'a été interpellés par rapport au contenu du projet de loi n° 11. C'est ce qui nous dit : On a vraiment été invités à un dîner de cons.

**M. Derraji :** Vous parlez d'un projet pilote dans une région, on va les rencontrer, ce projet pilote a réglé quelques problèmes. C'est quoi, votre interprétation de ce projet pilote par rapport au projet de loi actuel?

**M. Amyot (Marc-André) :** On ne fait aucunement mention du guichet d'accès pertinence dans le projet de loi n° 11. C'est un manque, c'est... Ça ne règle en rien, le projet de loi n° 11, si on n'inscrit pas la collaboration, le guichet d'accès pertinence dans la refonte du système de santé. Ça ne règle en rien.

**M. Derraji :** Oui. On démarre très mal le projet de loi n° 11. On a d'autres groupes qu'on va rencontrer. Pensez-vous qu'on a encore le temps de rattraper les erreurs dans ce projet de loi? Si c'est oui, comment?

**M. Amyot (Marc-André) :** La première chose, je vous l'ai dit, c'est les deux dernières lignes de mon intervention. Nous, on veut collaborer, mais il faut collaborer de bonne foi. Expliquez-nous. On demande au gouvernement : Expliquez-nous quel est le rôle de p.l. n° 11 dans 364, dans p.l. n° 19. Ils ne veulent pas nous l'expliquer.

**M. Derraji :** Mais selon vous, réparer l'erreur, c'est quoi, retirer le projet de loi n° 11 et revenir à la négociation avec vous avec une entente concertée?

**M. Amyot (Marc-André) :** Vous feriez un bon ministre de la Santé.

**M. Derraji :** Bien, probablement, octobre 2022. Mais, blague à part, est-ce que vous demandez le retrait du projet de loi n° 11 et revenir à la table de négociation avec vous?

**M. Amyot (Marc-André) :** Tout à fait, sur une base solide, de bonne foi.

**M. Derraji :** Et, si c'est le cas, la FMOQ dit aux Québécois aujourd'hui : La liste d'attente va baisser. Si c'est oui, de combien?

**M. Amyot (Marc-André) :** Tout à fait.

**M. Derraji :** Et de combien?

**M. Amyot (Marc-André) :** 500 000.

**M. Derraji :** Donc, aujourd'hui, le ministre refuse la baisse de la liste d'attente à 500 000, et il met un projet de loi qui ne va rien régler.

**M. Amyot (Marc-André) :** Oui.

**M. Derraji :** Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci, M. le député. Je cède maintenant la parole au député de Rosemont. Vous disposez de 2 min 37 s.

**M. Marissal :** Merci, M. le Président. Bonjour, messieurs. Allons-y rapidement et dans l'ordre. Il me semble que dans le projet de loi n° 11, de un, on ne règle pas vraiment le problème d'accessibilité, mais en plus on met la charrue devant les boeufs. J'aimerais ça vous entendre sur deux aspects qui touchent votre pratique quotidienne, là, de un, l'orchestrateur, pour lequel on a donné un contrat sans appel d'offres de 36 millions puis qui ne marche pas, puis qui n'a même pas été homologué au préalable, c'est un peu bizarre, et les primes. Si vous parlez à mes collègues, notamment de Laurier-Dorion, d'Hochelaga-Maisonneuve, ils vont vous dire qu'on a déshabillé Paul pour habiller Jacques. Alors, je ne sais pas en quoi, ça, c'est de la bonne gestion de main-d'oeuvre puis favoriser l'accessibilité des médecins de famille. Puis là on se retrouve avec un projet de loi qui est, quant à moi, un énoncé politique préélectoral. Je peux vous entendre sur PetalMD, l'orchestrateur, puis sur les PREM. Quelle est votre interprétation des changements qui ont été faits aux PREM?

**M. Amyot (Marc-André) :** Bien, concernant les PREM, il y a un COGEM, comité d'organisation et de gestion des effectifs médicaux qui analyse, un comité bipartite FMOQ-ministère qui fait des recommandations au ministre. Mais ultimement le ministre peut décider de ce qu'il veut, comme il veut, sans respecter les recommandations du COGEM. C'est un peu ce qui est arrivé cette année. Concernant le hub...

**M. Marissal :** ...ferait-il ça? Ça n'a aucun sens. Pourquoi ferait-il ça?  
• (9 h 40) •

**M. Amyot (Marc-André) :** Je... moi, je vous l'ai dit, je ne suis pas un politicien, je ne sais pas. Moi, je suis un clinicien. Je vous laisse à vos interprétations, la vôtre est aussi bonne que la mienne. Puis concernant le hub, effectivement, le déploiement est cahoteux, mais, encore une fois, il y a quand même des choses positives avec le hub dans la mesure où ça devra fonctionner. Et là... Et ça devra fonctionner. Il doit y avoir une collaboration avec les médecins pour que ça s'applique, ça passe le test de la réalité. Il faut que ça passe le test de la réalité. Quand on met un projet, un projet de loi, là, le projet de loi n° 11 ne passe pas le test de la réalité. Le hub, il doit y avoir des discussions avec les médecins de famille pour que ça soit applicable et fonctionnel. Je ne sais pas, Sylvain...

**M. Dion (Sylvain) :** Le hub est intéressant pour mesurer l'offre et la demande parce qu'actuellement on reste peut-être un peu dans le néant. Mais là ça ne touche que les médecins de famille, et ça, il faut bien le comprendre. Il faut changer de paradigme. La première ligne, c'est d'autres professionnels, avec des médecins de famille, qui vont répondre aux besoins. Il va falloir qu'on soit capable d'intégrer tout ce beau monde là à l'intérieur d'une structure qui va être capable de mesurer ce qui est offert et ce qui est... et le besoin effectif des patients. Donc, ça, c'est important.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup, Dr Dion. Je cède maintenant la parole au député des Îles-de-la-Madeleine. Vous disposez de 2 min 37 s.

**M. Arseneau :** Merci, M. le Président. Drs Dion, Amyot, merci. J'ai trois petites questions, trois courtes réponses seraient appréciées. Mise en contexte : Pourquoi les listes se sont allongées? On parlait de 500 000, 800 000, le ministre a même évoqué 1,5 million de personnes en attente. Selon vous, c'est la pandémie, c'est... pour les Québécois qui nous écoutent.

**M. Amyot (Marc-André) :** C'est clairement la pandémie. Avant la pandémie, il y avait une augmentation progressive du nombre de patients pris en charge. On s'orientait vers 83 %. Ça a commencé à descendre quand la pandémie est arrivée. Puis il y a tout l'effet aussi des postes non comblés en médecine familiale. Je vous l'ai dit tantôt, ces docteurs-là, on ne les a pas sur le terrain. C'est 400 docteurs qu'on n'a pas depuis 2013. Ils offriraient des services, ces docteurs-là. Et ce n'est pas avec un projet de loi n° 11 comme ça qu'on va attirer. Je vous laisse, oui, vos courtes questions.

**M. Arseneau :** Deuxième question. On sent que vous résistez au fait que le gouvernement veut, comme le premier ministre l'a annoncé à l'automne dernier, là, identifier les médecins qui ne font pas un bon travail. Qu'est-ce que vous avez à craindre de cette approche-là d'identifier, là, les médecins qui ne font pas un bon travail selon le premier ministre?

**M. Amyot (Marc-André) :** Mais quelle mauvaise façon d'aborder ça, de dire que les médecins ne font pas un bon travail parce qu'ils n'ont pas un quota x de patients, parce qu'ils ne voient pas x patients, là. Ce n'est pas de la marchandise qu'on gère. Si ma clientèle, c'est de la santé mentale, toxicomanie, pensez-vous que je suis capable de régler les problèmes en dedans de 10 minutes quand je vois le patient? Ça n'a pas de bon sens, penser comme ça.

**M. Arseneau :** Est-ce que c'est une question d'informations nominatives ou d'évaluer la façon dont les médecins font leur travail ou c'est vraiment pour la pratique, pour la défense de la pratique en toute autonomie pour donner le meilleur service?

**M. Amyot (Marc-André) :** Les deux.

**M. Arseneau :** Merci. Et je vais poser ma troisième question. Les gens ont souvent dit, en tout cas, dans l'espace public on a souvent dit que les médecins résistaient, là, à ouvrir la première ligne à d'autres professionnels. Qu'est-ce qui a changé pour qu'aujourd'hui vous nous dites qu'il faut collaborer avec les autres professionnels?

**M. Amyot (Marc-André) :** Le constat de l'ampleur des demandes en première ligne. On ne peut plus y arriver seuls parce qu'on manque d'effectifs.

**M. Dion (Sylvain) :** Et les lois ont évolué beaucoup, et on s'est apprivoisés, dans le réseau de la santé, en première ligne notamment. Vous avez déjà entendu la fédération avoir des positions beaucoup moins ouvertes, mais là on s'est apprivoisés avec le travail des infirmières, des pharmaciens et d'autres professionnels, et on est rendus là. Puis il y a un constat de la réalité que je vous ai bien dit tout à l'heure, là, on voit que la population souffre, il faut être capable de trouver une façon de répondre à ces besoins-là ensemble.

**M. Arseneau :** D'où le nouveau paradigme que vous proposez et qu'on propose également.

**M. Dion (Sylvain) :** Oui.

**M. Amyot (Marc-André) :** Tout à fait.

**M. Arseneau :** Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci. Je cède maintenant la parole à la députée d'Iberville. Vous disposez de 2 min 20 s.

**Mme Samson :** Merci. Bonjour, messieurs. Messieurs, il y a un commentaire que j'entends assez souvent de la part de mes concitoyens, c'est le fait qu'ils sont si longtemps sur la liste d'attente et que les médecins choisissent leurs patients. Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu d'avoir un système premier arrivé, premier servi? Ce n'est pas normal que quelqu'un attende depuis cinq ans. C'est vrai que souvent ce sont des patients plus lourds, plus âgés, qui nécessitent peut-être un suivi plus assidu. Mais pourquoi les gens me disent ça? Est-ce que c'est vrai que les médecins choisissent leurs patients puis que ceux qui sont plus malades ne sont pas choisis?

**M. Dion (Sylvain) :** Je ne dirais pas que ça n'arrive jamais, mais il faut bien comprendre qu'au GAMF il y a un système de priorisation, là, a, b, c, d, e, et les médecins sont invités à prendre les patients qui sont plus vulnérables. C'est sûr qu'il y a des patients... Un jeune patient, là, qui n'a pas besoin de suivi médical, là, il ne sera pas priorisé. Ceci dit, les patients lourds, là, puis on parle souvent de la santé mentale ou la toxicomanie, les médecins de famille ont besoin de soutien pour ça. Et ça fait plusieurs années qu'on réclame, nous autres, des autorités ministérielles, d'avoir du soutien pour suivre ces patients-là, conjointement avec d'autres professionnels, psychologues, intervenant social, éducateur. Donc, il va falloir qu'on ait également cet environnement-là pour nous permettre de les accueillir, ces patients-là, et de les prendre en... et d'assurer le suivi.

**Mme Samson :** O.K. Ma deuxième question, puis vous... Dites-moi que je me trompe, là, c'est fort possible, et je ne suis pas médecin, je ne suis qu'une patiente assidue, j'ai toujours eu l'impression que les CLSC n'étaient pas utilisés à leur plein potentiel. Et, pour moi, les CLSC, c'est plus que de faire des changements de pansements, là, mais ça pourrait être une espèce de triage aussi où on est capable d'orienter un patient, est-ce que c'est toxicomanie, est-ce que c'est... et de l'orienter vers le bon médecin de famille. Parce qu'au CLSC, là, moi, je vais vous dire, là, j'allais pour des changements de pansements à tous les jours. Un jour, j'ai dit à l'infirmière, j'ai dit : Écoutez, là, ils me l'ont réparé, le cerveau, ils ne me l'ont pas enlevé, là, je suis capable de faire ça toute seule, donnez-moi le stock puis je vais m'arranger à la maison, pendant ce temps-là vous allez faire d'autre chose.

**M. Amyot (Marc-André) :** C'est une bonne question. Dr Dion travaille en CLSC.

**M. Dion (Sylvain) :** Les CLSC, avec les ressources humaines qu'ils ont, font partie de la solution de l'accès en première ligne. Et je pense qu'il est grand temps qu'on intègre davantage ce qui se fait en CLSC, ce qui se fait en GMF, ce qui se fait dans d'autres structures également de soins en première ligne, les organismes communautaires, pour mieux répondre aux besoins, et qu'on documente également ce qui se fait. Parce qu'à un moment donné on manque un peu de cette information-là, que font les autres professionnels et qu'on... On parle beaucoup des données sur les médecins de famille, mais il va falloir qu'on ait également accès à d'autres données sur l'ensemble des ressources humaines pour être capables de mieux travailler ensemble.

**Le Président (M. Provençal) :** Je vous remercie beaucoup, Dr Dion.

**Mme Samson :** Je vous remercie.

**Le Président (M. Provençal) :** Je vous remercie pour votre contribution aux travaux de la commission.

Je suspends les travaux quelques instants afin que l'on puisse accueillir, par visioconférence, le prochain groupe. Merci beaucoup.

*(Suspension de la séance à 9 h 47)*

*(Reprise à 9 h 57)*

**Le Président (M. Provençal) :** Je souhaite la bienvenue aux représentants de la Fédération des médecins résidents du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à débiter votre exposé. À vous la parole.

### Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Merci, M. le Président. Bonjour à tous, Mmes et MM. membres de la commission. Je suis Jessica Ruel-Laliberté, présidente de la Fédération des médecins résidents du Québec, en compagnie de Me Patrice Savignac Dufour, qui est notre directeur général.

La Fédération des médecins résidents du Québec remercie la Commission de la santé et des services sociaux de lui permettre de faire valoir son point de vue relativement au projet de loi n° 11, Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre.

Tout d'abord, permettez-moi de vous présenter brièvement notre organisation et les membres qui la composent. La Fédération des médecins résidents du Québec regroupe les associations de médecins résidents des quatre facultés de médecine du Québec, soit plus de 4 000 médecins en formation postdoctorale qui offrent des services à la population au sein des établissements de santé du Québec, tant en médecine familiale que dans les autres médecines... que dans les autres spécialités médicales, chirurgicales et de laboratoire.

Après une formation doctorale en médecine de quatre à cinq ans, les postdoctorants et postdoctorantes en médecine familiale font une formation qu'on appelle une résidence d'une durée minimale de deux ans, et certains font une troisième année de spécialisation, notamment en médecine d'urgence, en soins palliatifs ou en obstétrique. Les médecins résidents travaillent en moyenne 72 heures par semaine incluant les gardes.

Cette réalité, qui est celle de nos membres, fait que nous sommes particulièrement préoccupés, presque insultés lorsque nous entendons ou lisons des généralisations suggérant que les jeunes travailleraient moins que les moins jeunes parce qu'ils accorderaient plus d'importance à la conciliation travail-famille. Les valeurs évoluent, et c'est bien sûr tant mieux que les personnes, jeunes et moins jeunes, se soucient davantage de leur bien-être et de celui de leurs proches, mais cela se fait souvent, par ailleurs, au prix d'agendas encore plus compliqués à gérer et rarement d'une diminution du temps de travail.

Pour revenir aux particularités de la médecine familiale, les médecins résidents de cette spécialité sont directement impliqués dans la dispensation des soins aux patients pendant leur résidence, sous la supervision le plus souvent indirecte de médecins en exercice dans les hôpitaux, à l'urgence, sur les étages des hôpitaux, dans les groupes de médecine de famille, dans les services à domicile, en bref, partout où l'on retrouve généralement des médecins.

Nous souhaitons, d'entrée de jeu, exprimer aux membres de la commission que c'est toujours un honneur pour nous d'être invités à vous partager notre avis sur des pièces législatives. Nous vous soumettons ici, très respectueusement, que, compte tenu de la nature du projet de loi qui est devant nous aujourd'hui, le moment de son dépôt et de la convocation en commission parlementaire, alors que nos membres sont toujours en mode crise à combattre une vague de COVID-19 sans précédent dans les hôpitaux, nous a laissés fort perplexes. Mais nous avons tout de même fait le nécessaire pour être au rendez-vous.

Cela dit, j'aimerais maintenant faire le point avec vous sur nos préoccupations quant aux modifications proposées dans le projet de loi qui nous occupe aujourd'hui. Alors que nous avons salué le changement de ton du gouvernement lors de l'annonce du projet de loi n° 11 par le ministre Dubé, l'analyse détaillée des enjeux derrière le texte proposé nous a, par la suite, inquiétés.

• (10 heures) •

Le projet de loi n° 11 semble proposer de faire revivre une mauvaise loi de l'ère du ministre Barrette. Convenons que le projet de loi n° 11 ne propose, en effet, que très peu de contenu. Il propose de réhabiliter l'ancien projet de loi n° 20 de l'ère libérale, qui est devenu la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée, la loi A-2.2. Cette loi est une pièce législative ayant été tablettée et dont les dispositions n'avaient jamais été mises en vigueur.

Le projet de loi n° 20 de 2015, qui visait les médecins de famille, était une loi de coercition et attaquait de front l'autonomie professionnelle des médecins en tentant de faire de parfaits boucs émissaires pour tenter d'oublier l'incapacité du gouvernement de remplir ses promesses d'amélioration du système de santé. Les citoyens du Québec ont rejeté cette approche d'affrontement lors de l'élection de 2018. Il est donc plutôt surprenant, maintenant, à moins d'un an des élections québécoises, que de voir le gouvernement actuel tenter de reprendre des recettes qui ont déjà montré leur inefficacité.

Lors de l'étude du projet de loi n° 20, qui a mené aux dispositions que le projet de loi n° 11 propose de faire revivre, la FMRQ avait vivement dénoncé les mesures proposées, qui ne tenaient pas compte du temps requis pour

offrir des soins de qualité ni des autres responsabilités qui incombent aux médecins de famille, telles que l'administration, la recherche, l'enseignement.

Le projet de loi n° 20 était basé sur une fausse prémisse suggérant que les médecins de famille ne travaillaient pas assez. On tentait d'escamoter, ce faisant, toute la complexité de notre système de santé et on évacuait commodément des enjeux budgétaires majeurs comme les questions de disponibilité des ressources humaines et matérielles, de l'accessibilité et de la suffisance des plateaux techniques et de l'important rôle des autres ressources du réseau.

Ce qui est clair pour nous, c'est que de proposer de faire revivre les dispositions de la loi A-2.2 risque de nous ramener à cette époque où l'on... pouvoir dicter les façons de travailler aux médecins de famille par des méthodes de gestion désuètes conçues pour améliorer l'efficacité des chaînes de montage dans des usines de produits industriels. C'est comme si on oubliait que les médecins sont des êtres humains qui soignent d'autres humains, ce qui nous amène à nous interroger sur les intentions du gouvernement quant aux dispositions les plus coercitives de la loi A-2.2.

Le projet de loi n° 11 propose de modifier un nombre limité d'articles de cette loi et donc de les faire entrer en vigueur, mais qu'en est-il des autres articles de la loi de l'ère du ministre Barrette, puisque le projet de loi n° 11 ne propose pas de les abroger?

Lors de l'annonce du projet de loi, le ministre a dit vouloir compter sur plus de données pour mettre en place un réel système d'indicateurs de performance du réseau de la santé. Selon nous, gérer le système de santé à partir de statistiques liées au nombre de patients inscrits ou au nombre d'actes médicaux facturés ne peut garantir que les Québécoises et les Québécois soient assignés dans les délais médicalement requis. Agir essentiellement en première ligne en fonction de ces chiffres revient à vendre du rêve. Il faut assurer l'arrimage entre la première, la deuxième, la troisième et la quatrième ligne, une approche incontournable pour des propositions d'organisation de soins qui soient porteuses. Ce n'est pas en pénalisant financièrement les médecins que nous arriverons à régler le problème d'accessibilité, alors qu'un manque de médecins fait également partie du problème.

Avant d'imposer des objectifs de productivité à nos médecins de famille, il faudrait discuter du manque de soutien administratif dans les cliniques et des trop nombreuses obligations administratives imposées aux médecins de famille. Il faudrait aussi pousser plus loin les initiatives de complémentarité interprofessionnelle avec les autres professionnels de la santé.

La médecine de famille est une spécialité très diversifiée au Québec. Elle va bien au-delà de la prise en charge de patients en cabinet ou du fait de soigner tous les membres d'une même famille. La formation des médecins de famille fait en sorte que ceux-ci sont répartis dans plusieurs milieux pour les soins aux patients, tel que dans les hôpitaux, les salles d'urgence, aux soins intensifs, en obstétrique.

Quoiqu'on en dise et peu importent les standards pancanadiens de plus en plus imposés à nos facultés du Québec, il demeure que la prise en charge en cabinet n'est pas l'unique aspect de leur formation, et peu importe, d'ailleurs, ces médecins offrent et offriront des soins qui répondent à des besoins bien réels de la population québécoise, mais dans le cadre d'une pratique diversifiée. Mettons ça au clair, un médecin de famille, actuellement, qui offre des soins en faisant de l'urgence, des accouchements ou qui forme actuellement nos nouveaux médecins, ne fait pas un mauvais travail.

La FMRQ est d'avis que l'objectif d'utiliser des statistiques pour contrôler la pratique de nos médecins de famille sans égard à leur profil de pratique serait une grave erreur et se solderait par un échec. La diversité de la pratique est le fondement de la formation en médecine de famille au Québec, et cette diversité de pratique est au cœur des promesses qui sont faites à la relève médicale pour attirer les étudiants vers cette discipline. On faire miroiter une pratique autonome, à la mesure de chacun, qui peut se moduler au cours de la carrière. Cela est ainsi depuis très longtemps, et c'est toujours la chose qui est mise de l'avant pour les attirer.

Comment pouvons-nous être surpris, avec des mesures comme celles du p.l. n° 20 que l'actuel projet de loi n° 11 propose de reprendre en version 2.0, que la relève médicale hésite à choisir la médecine de famille? Lorsque le gouvernement a imposé, en 2015, des mesures qui limitent la pratique... la liberté de pratique et modifient les perspectives de carrière de façon soudaine, c'est à ce moment que nous avons noté une augmentation importante des postes de résidence non comblés en médecine familiale. Au lieu de célébrer la contribution de ceux qui ont choisi cette discipline, on les accuse de ne pas faire leur part et on leur ajoute des mesures toujours plus contraignantes.

Ce que nous vous proposons aujourd'hui, c'est de faire des choix audacieux d'une médecine du 21e siècle, où un patient n'attend plus parce qu'on a égaré son dossier papier, c'est d'investir nos énergies vers une médecine moderne qui embrasse notamment la télémédecine comme une voie de pratique complémentaire. La pandémie nous a menés collectivement vers un nouveau paradigme, il y a donc assurément moyen de penser notre système de santé autrement.

M. le Président, voilà un aperçu global de notre avis sur le projet de loi. Nous répondrons maintenant aux questions avec plaisir. Un grand merci.

**Le Président (M. Provençal) :** Je vous remercie pour votre présentation. Nous allons maintenant procéder à un échange avec M. le ministre. M. le ministre, vous disposez de 15 min 15 s.

**M. Dubé :** Très bien. Merci, M. le Président. Premièrement, j'aimerais beaucoup remercier la FMRQ pour la participation, aujourd'hui. Je pense que j'ai eu l'occasion de vous rencontrer, vous ou vos prédécesseurs, là, dans les dernières années. Puis j'aimerais juste, peut-être, rappeler à la population que, pour moi, la relève médicale, c'est ce qu'il y a de plus important. Alors donc, je suis content que vous preniez le temps aujourd'hui de venir nous parler de vos préoccupations. Puis, ça, je l'apprécie, même si ce n'est pas toujours dans un contexte idéal, parce que je comprends qu'on est tous en pandémie et qu'il faut peut-être... J'ai toujours dit qu'il faut être capable de travailler sur les dossiers urgents. L'urgence, c'est la pandémie mais, en même temps, des dossiers qui sont importants, qu'on doit faire avancer. Puis je pense qu'on a déjà eu ces discussions-là.

Je comprends aussi que vous êtes d'accord avec moi que le plan de santé, le plan de reconduction qu'on est en train de mettre en place, va tenir compte des apprentissages qu'on a eus dans la pandémie. Je suis tout à fait d'accord avec votre point. Et notamment, lorsque j'entends des jeunes comme vous qui viennent dire que la télémédecine, tout ce qu'on a appris durant la pandémie, peut être mis à profit, ça, pour moi, je pense que c'est... je suis content de l'entendre. Parce qu'on a vu qu'il y avait des choses qui étaient peut-être impensables, il y a même quelques années, comme la télémédecine, comme une nouvelle façon de pouvoir accéder... permettre aux Québécois d'accéder à leur médecin de famille, ont été développées durant la pandémie. Donc je suis content que vous reconnaissez... Puis moi, c'est pour ça que je parle beaucoup, dans le plan de santé, d'innovation. Ça fait qu'est-ce qu'on est capable de jouer d'équilibre entre la résistance au changement puis les nouvelles pratiques? Je suis très, très content d'entendre ce que vous dites.

Maintenant, j'aimerais préciser une chose. Dans votre présentation, vous avez beaucoup parlé de la loi n° 20, beaucoup parlé du retour à la loi n° 20. Si vous saviez comment ce n'est pas du tout mon intention. Et c'est drôle que c'est vous qui reveniez là-dessus, parce que moi, je ne veux pas en parler, de la loi n° 20, moi, j'ai... Et c'est important que je le précise, parce que tout à l'heure j'ai manqué un petit peu de temps, avec votre prédécesseur, le Dr Amyot, et j'aimerais vous le dire, parce que c'est vous, la relève, là, puis je veux juste qu'on se comprenne bien, pour moi, on a voulu faire un projet de loi qui se concentre uniquement sur l'importance d'avoir les données pour la gestion. Il n'y a aucune mesure, dans ça...

Puis je suis d'accord, là. Ce n'est pas parce qu'on l'a oublié qu'on ne veut pas parler de multidisciplinarité puis de pertinence. C'est n'est pas parce qu'on l'a oublié, c'est parce qu'on a voulu simplifier ce qu'on a besoin de savoir. Puis ce qu'on a besoin de savoir, c'est, par exemple, est-ce qu'il manque des médecins. Et moi, si je suis à votre place... Je prends ça avec beaucoup d'importance, ce que vous avez dit, et c'est ça que j'ai voulu expliquer tout à l'heure au Dr Dion puis au Dr Amyot, peut-être que les fédérations, la vôtre, celle de la fédération des médecins, seraient les premiers à prendre avantage d'avoir une meilleure information de ce qu'ils font.

J'ai pris une note, tout à l'heure, vous avez parlé du profil de pratique. Ça, pour moi, c'est de la musique à mes oreilles. Vous avez raison, pour être capable de bien comprendre ce que font les médecins de famille dans une région donnée, il faut comprendre leur profil de pratique. On a chez nous, au Québec, puis on est différent de toutes les autres provinces, effectivement, à cause des activités médicales, puis des AMP qu'on demande, on a beaucoup de médecins qui prennent une direction de la médecine générale, qui, à mon avis, est une très belle profession, mais qui, pour des raisons qui ont été demandées par les gouvernements précédents, doivent faire des activités médicales autres, ce qui fait qu'on a maintenant des médecins qui travaillent... des omnis qui travaillent dans des urgences, qui travaillent dans toutes sortes d'activités, mais, lorsqu'on veut voir comment on a accès au bon médecin, au bon endroit, dans la bonne région, bien, savez-vous, on ne s'entend pas qu'est-ce qu'ils font, on n'est pas capables d'avoir ces données-là, ce que vous, vous appelez le profil de la pratique, le profil de la pratique dans une région.

• (10 h 10) •

Alors, je voudrais juste que les Québécois comprennent bien, là, ce qu'on essaie de faire avec ce projet de loi, là, mais surtout ce qu'on n'essaie pas de faire. Moi, là, quand vous m'avez dit qu'il est important qu'on comprenne bien le profil de pratique dans une région, c'est exactement ce que le projet de loi veut faire, dans sa première partie, bien comprendre est-ce qu'on a les bons médecins au bon endroit puis est-ce que ça tient compte de ce qu'on leur demande de faire. On en connaît, des bons médecins généralistes, qui sont maintenant en train de pratiquer aux urgences. Je pourrais vous les nommer, vous les connaissez tous. On les voit dans la pandémie depuis 2 ans. Moi, je suis le premier à vouloir reconnaître que, quand on regarde ça par région, bien, il faut tenir compte de cette information-là. J'ai demandé au Dr Dion, tout à l'heure, vous l'avez entendu, on n'a pas cette information-là. Nos DRMG dans les différentes régions n'ont pas cette information-là. Donc, comment voulez-vous, quand on discute les PREM, une fois par année... qu'on soit un peu dans l'arbitraire, parce qu'on n'a pas cette information-là?

Alors moi, je voulais vous dire deux choses. Je vous dirais de ne pas lâcher. Je vous dirais que vous vous en allez vers probablement une des plus belles professions qu'on a au Québec dans le réseau de la santé. Moi, je vous dis que le réseau de la santé, on peut le travailler différemment. Et peut-être que la question que je vous poserais, c'est : Est-ce que vous pensez que, lorsque je me limite aux deux fonctions qu'on est en train de faire, avec le projet de loi n° 11... Je veux juste que vous compreniez bien, que vous me dites que c'est clair, maintenant qu'on a eu cette discussion-là, puis qu'on aura la chance de continuer. Parce qu'il ne s'arrêtera pas après la commission parlementaire, là. On s'est déjà rencontrés, on va se rencontrer encore. Vous êtes la relève. Alors, ma question est simple : Est-ce que vous pensez que le projet de loi, pour ce qu'il fait, là, pas pour ce qu'il ne fait pas, on a essayé de garder ça très simple, est-ce que vous pensez que ça peut aider à avoir un meilleur profil dans chacune des régions pour être capable de vous aider à savoir s'il manque des médecins?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Merci pour votre intervention. En fait, ce qui est important pour nous, c'est de savoir quelle va être la suite, après l'accès à ces données-là. Est-ce qu'on veut imposer des profils de pratique, tu sais, à des docteurs qui sont déjà en pratique? Est-ce qu'on veut déplacer d'une région à une autre un docteur qui est déjà en pratique? Tu sais, qu'est-ce qu'on veut faire avec ces données-là par la suite? C'est ça qui nous inquiète grandement. Nos membres ont besoin de savoir...

**M. Dubé :** Est-ce que je peux vous répondre tout de suite?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Oui.

**M. Dubé :** Parce que je ne sais pas comment il me reste de temps, mais c'est tellement une bonne discussion que j'aimerais vous répondre tout de suite à cette première question, là. Moi, pour moi, là, je l'ai dit, là, ce n'est pas un projet de coercition, puis de bâton, puis de carotte, c'est un projet de gestion. À votre question, moi, quand on me dit que... Ce que je veux essayer de savoir, c'est est-ce qu'il me manque de médecins à un endroit, ce n'est pas pour être capable de l'envoyer ailleurs, c'est au contraire pour être capable d'avoir une discussion.

Puis je le vois, là, je vais vous donner un exemple. J'ai demandé à des gens qui ont déjà été médecins de famille, qui le sont encore, qui ont eu une expérience, on leur a demandé : Dites-nous, regardez toutes les... Parce que moi, je l'ai dit tantôt aux docteurs, là, on l'a, l'information, moi, je l'ai, comme ministre. Malheureusement, nos DRMG ne l'ont pas. La journée que j'ai demandé au Dr Dulude de me dire : Est-ce que j'ai des problèmes partout?, il dit : Non, non, non, il y a des endroits, là, où je n'ai pas besoin d'ajouter de l'offre, il y en a amplement, mais il y a d'autres endroits qui en manquent.

Alors, moi, je vous dis, la question, c'est d'être capable, puis je crois... J'aimerais ça qu'on garde ce message là ce matin, là, c'est peut-être que vous et vos autres associations, vous êtes les premiers à vouloir bénéficier qu'on se prouverait qu'il en manque, des médecins à des endroits. C'est très différent, ça. Puis j'espère que vous pouvez le réaliser et m'aider à mettre en place ce petit projet de loi là, tout petit, qui dit que... dont le premier objectif, c'est de s'assurer qu'on a le bon profil au bon endroit puis que, s'il en manque, on va en rajouter. Est-ce que c'est clair pour vous quand je vous fais cette précision-là?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Oui, effectivement, c'est plus clair. Merci pour la précision. Si je peux ajouter, aussi, je pense qu'il est important qu'on arrête le «doctor bashing», vous m'excuserez l'expression anglaise, puisque je n'ai pas de termes français derrière ça. Je pense que ce n'est pas ce que vous avez fait, M. Dubé, puis je ne suis pas en train de vous mettre quoi que ce soit là-dessus. Je dis juste que, lorsqu'on envoie, tu sais, des projets de loi qui sont perçus par les médecins en pratique comme si leur profil de pratique n'était pas suffisant ou qu'ils sont perçus comme s'ils ne travaillaient pas assez, alors qu'ils se donnent corps et âme dans d'autres activités que la prise en charge...

**M. Dubé :** Vous avez tellement raison. Puis je suis content que vous le précisiez. Parce que, s'il y en a bien un qui n'a pas fait de «doctor bashing», depuis que je suis là... Puis au contraire, je l'ai dit depuis le début de la pandémie, ces gens là en font bien plus que tout le monde leur en demande. Et j'apprécie un médecin généraliste qui a décidé d'être à l'urgence. Puis on peut les nommer, là, vous les connaissez tous, là, ceux qui ont fait des miracles depuis deux ans. Alors, j'apprécie que vous dites ça, parce que c'est ça, le changement de ton qu'on doit avoir et bien comprendre où se campe le projet de loi n° 11.

Alors, quand j'entends mes collègues qui disent que ça ne traite pas de ci puis ça ne traite pas de ça... Ce n'est pas ça qu'on voulait, ce n'est pas ça qu'on voulait. On voulait... on voulait dire : Écoutez, donnez-nous des outils de gestion qui vont nous permettre d'avoir une meilleure communication, puis, si, dans une région donnée... Puis là j'ai la chance d'avoir des gens qui négocient, en ce moment, des gens de calibre qui négocient avec la fédération de médecins, qui connaissent le réseau, qui connaissent le terrain, comme le Dr Dulude qui est capable de nous dire : Bien, il y a des endroits qui n'en manquent pas, puis c'est correct, mais dans les endroits où il en manque, par exemple, qu'est-ce qu'on va faire pour aider la pratique?

Alors, je voulais juste qu'on précise ça entre vous et moi. Puis, ça, je pense que ça peut contribuer à changer le ton. Mais j'apprécie énormément ce que vous venez dire, parce qu'on n'est pas du tout dans le «doctor bashing», au contraire, on n'a pas les moyens de faire ça. On a les besoins d'attirer des gens comme vous encore plus. Puis moi, je serais le plus heureux, puis je le sais que je vais être cité, là, je serais le plus heureux si on augmentait le nombre de médecins de famille. Je serais le plus heureux de ça, mais ça me prend des données pour être capable de montrer qu'un bon médecin de famille qu'on a travaillé pour faire de la prise en charge, bien, en ce moment, il n'en fait pas parce qu'il travaille à un endroit puis que c'est mieux pour les Québécois parce que c'est la bonne personne à travailler aux urgences. Mais ça, si je ne suis pas capable de le prouver, si je ne suis pas capable d'avoir les données pour le faire, ça ne fonctionnera pas.

Alors, je j'apprécie beaucoup l'ouverture que vous me donnez de pouvoir parler de ça parce que ça fait une grosse différence. Je ne sais pas comment qu'il me reste le temps...

**Le Président (M. Provençal) :** Trois minutes.

**M. Dubé :** Trois minutes, mon Dieu! J'aurais tellement d'autres questions à vous poser. Sur la question des rendez-vous, hein, vous êtes plus jeune que moi, là... Je dis ça puis c'est... je ne veux pas sentir... Il n'y a personne qui va me citer disant... comme si c'était paternaliste, quand je dis ça, là, mais tout le monde s'entend que je suis un petit peu plus vieux que vous, et j'aimerais vous parler des nouveaux outils, hein?

J'ai dit que, dans le plan de santé, oui, on va s'occuper des ressources humaines, puis les médecins de famille, c'est une grande composante des ressources humaines du réseau de la santé. Mais j'ai aussi dit qu'il fallait avoir des nouveaux outils et accès aux données. Accès aux données, là, vient à parler : O.K., c'est comment on peut échanger l'information sur le profil puis s'assurer qu'on a des bons médecins aux bons endroits. Sur les données, vous, là, est-ce que vous l'avez regardé, le système de prise de rendez-vous, à date? Est-ce que vous avez eu la chance de voir qu'est-ce qui s'est fait jusqu'à maintenant là-dessus ou vous avez... Parce que je voudrais connaître... Habituellement, les jeunes sont beaucoup plus ouverts aux systèmes informatiques. Est-ce que vous avez la chance de regarder un petit peu de ce côté-là?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Effectivement, tu sais, on a accès, bon, à votre plateforme Clic Santé. On a vu quand même des succès liés à la vaccination. Ça, on ne peut pas l'enlever. Par contre, notre question reste quand même que, derrière ce système de rendez-vous-là, est-ce qu'on ne veut pas venir contrôler pour dire : Bien, ce GMF là va devoir ajouter des plages, qu'il le veuille ou pas, puis arrangez-vous pour trouver des plages puis des disponibilités pour les médecins qui sont disponibles. C'est là que ça nous inquiète.

**M. Dubé :** O.K. Bon, c'est ça, mais laissez-moi vous dire, parce que j'ai expliqué, dans mon discours... puis on manque de temps, là, puis je vais essayer d'y aller très rapidement. On a modifié deux choses, durant nos négociations depuis trois ans, au moins deux grandes. La première, c'est... pour des jeunes comme vous, on dit : On ne fera pas... on n'exigera pas la prise en charge individuelle, on va parler de la prise en charge de la GMF. Ça, je pense que ça devrait vous aider à ne pas avoir ce fardeau-là, lorsque vous commencez à pratiquer. Je pense que c'est une grande différence. La deuxième différence, c'est qu'on est prêts à discuter la prise de rendez-vous, mais en autant qu'il y ait un échange, et ça, c'est la pertinence. Puis, vous avez raison, je pense que notre objectif, il est très clair avec la pertinence.

Puis surtout j'ai très hâte qu'on ait le groupe de Rimouski qui vient nous le présenter. Eux autres, ils ont prouvé, depuis un an, qu'en ayant un guichet d'accès à la pertinence, avant la prise de rendez-vous, ça n'a pas occasionné de jours supplémentaires ou de rendez-vous supplémentaires, parce qu'on a enlevé des rendez-vous qui étaient non pertinents parce qu'ils ont été réglés par d'autres professionnels. Puis ça, ce n'est pas théorique, ce que je vous dis, là, c'est arrivé, là, depuis un an à Rimouski.

Ça fait que je veux juste... Vous avez très bien dit, le rendez-vous n'est pas là pour augmenter la charge, mais pour s'assurer que le médecin de famille a des rendez-vous qui sont pertinents et que ceux qu'on peut envoyer ailleurs, aux pharmaciens, aux IPS, à tous les autres professionnels qui travaillent... D'ailleurs, on a fait des changements, dans des projets de loi, pour que ces professionnels-là puissent avoir accès. Alors, je veux vous rassurer que ce n'est pas pour augmenter la charge de travail. Mais la prise de rendez-vous va avec les guichets de pertinence, comme on a mis en place à Rimouski. Puis je suis content que vous posiez cette question-là parce qu'à mon sens les deux vont ensemble.

• (10 h 20) •

**Le Président (M. Provençal) :** Merci, M. le ministre. Nous allons poursuivre maintenant avec le député de Nelligan, pour les 10 min 10 s suivantes.

**M. Derraji :** Merci, M. le Président. Merci à vous deux. Excellente présentation. Des propos très clairs. Et, je tiens à le rappeler moi-même aussi, nous sommes en train d'étudier le projet de loi n° 11, et en aucun cas on ne parle d'un projet de loi n° 20, et je veux vraiment qu'on reste sur le projet de loi n° 11. Et j'entends le ministre et j'aimerais bien vous interpellier par rapport à quelque chose.

Si nous sommes là aujourd'hui, c'est que le ministre, dans son argumentaire très, très gouvernemental, essaie de trouver une solution à un laxisme qui dure depuis trois ans par rapport à l'accès à un médecin de famille. La liste d'attente, aujourd'hui, est de l'ordre de 1 million. Ce que je viens de comprendre, encore une fois, de l'échange du ministre, de M. le ministre avec vous, c'est que c'est un projet de loi pour la gestion de l'offre et la gestion des rendez-vous. Je vais revenir à une question primordiale : Pensez-vous qu'au-delà du Trivago et au-delà de la gestion des rendez-vous et voir s'il y a un manque de rendez-vous dans tel GMF versus un autre, est-ce que les Québécois, au bout de la ligne, vont avoir accès à un médecin de famille?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Cette question s'adresse à moi ou ministre Dubé?

**M. Derraji :** Non, à vous. Je n'ai pas le droit, je n'ai pas le droit encore...

**M. Dubé :** ...pas à répondre, mais... je n'ai pas le droit de répondre à sa question, mais ça serait... peut-être, la réponse serait très différente, disons. Mais c'est correct. C'est bon. C'est bon.

**M. Derraji :** Mais, vous savez, il va répondre à cette question. Il est obligé de répondre à cette question, mais un peu plus tard. Mais maintenant, vous, qu'est-ce que vous en pensez?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Bon, est-ce que le projet de loi n° 11 va régler la pénurie des médecins de famille au Québec? Je pense que probablement pas. Je pense que les médecins de famille ont surtout besoin de plus de soutien administratif, de soutien clinique avec d'autres professionnels dans leur clinique ou leur cabinet. Il y a des heures précieuses, tu sais, de prise en charge qui sont perdues, actuellement, pour remplir la paperasse puis avec nos systèmes désuets qu'on fonctionne encore avec des fax. Je pense qu'il faut faire vraiment attention avec le projet de loi qui pourrait amener une dévalorisation de la médecine familiale non pas par la manière dont le projet de loi est écrit, mais la manière dont le projet de loi est perçu par la relève médicale actuellement. Et c'est là qu'il faut faire attention.

**M. Derraji :** Et vous avez raison. Je vais prendre une minute par rapport à ça parce que je suis du même avis avec vous. Vous l'avez dit en anglais, le «docteur bashing» j'avais la même impression que vous, l'automne dernier. Et je suis content que le ministre... et je le reconnais, je ne l'ai jamais entendu, sérieux, je tiens à le dire, là, je n'ai jamais entendu une déclaration directe du ministre; probablement de quelqu'un d'autre de son gouvernement, mais pas le ministre. Mais c'est très important que vous nous rappeliez cette règle, c'est qu'aujourd'hui, si on veut diminuer la liste d'attente des Québécois, on doit travailler avec vous et non pas contre vous.

Ce que j'ai compris... que le projet de loi laisse une idée qui ne vous aide pas. On vient gérer vos affaires. La règle numéro un, j'ai passé plus de 10 ou 15 ans avec des GMF, avec qui j'ai monté beaucoup de projets : on s'attaque à l'autonomie. C'est la règle primordiale du mode de fonctionnement de nos GMF. Et on dit : Écoutez, prenez plus de place, et le ministre veut savoir combien il y a de rendez-vous. Mais, au bout de la ligne, on passe à côté de la multidisciplinarité et l'attractivité. Est-ce que vous pensez réellement que ça prenait un projet de loi pour savoir s'il manque des rendez-vous dans une région ou une autre?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Bien, notre réponse à ça, c'est non, puis notre réponse à ça, c'est vraiment que, que ça passe via un projet de loi, actuellement. Ça nous inquiète. Puis ça nous inquiète, comme je l'ai dit, puis je le répète, vraiment, pour la manière dont ce projet de loi là a été perçu par nos membres. Je ne vous parle pas de la population générale, je vous parle des gens qui sont en train de faire leur choix par rapport à est-ce que je m'en vais en médecine familiale ou pas.

On l'a vu, en 2015, comment ça a été perçu par nos finissants, on l'a vu dans l'augmentation du nombre de postes non comblés en médecine de famille, il y a eu une accalmie. On a vu, en 2018, 2019, tranquillement, on s'éloignait de la loi n° 20, bon, les gens, les finissants voulaient peut-être aller plus en médecine familiale. Puis là, tout de suite, on revient avec un nouveau projet de loi qui est perçu par nos membres puis par nos étudiants qui finissent leur externat actuellement comme si on voulait les contrôler. Puis ça, ça ne donne pas le goût aux finissants d'aller en médecine familiale. Puis ça, il faut faire vraiment attention, parce qu'on pourrait avoir un exode dans une autre province puis on pourrait avoir encore plus de postes non comblés.

**M. Derraji :** Vous avez raison. J'ai vu les chiffres : 24 non comblés en 2019, 38 non comblés en 2020, 76 en 2021. Donc, vous êtes sûre que ce projet de loi va exacerber la pression que, les gens, on s'attaque à leur autonomie et que l'attractivité ne sera pas réglée, pire, elle sera empirée? Est-ce que j'ai bien compris ou saisi ce que vos membres pensent?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Oui, elle sera empirée. Pas juste stable, empirée.

**M. Derraji :** O.K., empirée. On ne le souhaite pas. Parce que mon but, c'est atteindre à répondre aux Québécois, aujourd'hui, qui ne veulent pas une centrale de gestion de rendez-vous, mais ils veulent avoir un médecin de famille, le 1 million. C'est quoi, votre proposition aujourd'hui pour diminuer la liste d'attente de 1 million de Québécois et que... Vous dites, aujourd'hui, là : Je viens parler d'une centrale de réservation, de gestion de rendez-vous, mais je n'ai rien trouvé d'autre qui peut m'aider à avoir plus de patients. Avez-vous des propositions?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Bien, en fait, on l'a dit puis on va continuer de le dire, pour nous, la solution passe par l'utilisation d'autres professionnels. Je suis contente d'avoir entendu ministre Dubé, par rapport à ça, qui semblait dire que certains rendez-vous pourraient être attribués à d'autres professionnels. Par contre, c'est... lorsqu'on lit le projet de loi n° 11, ce n'est pas ça, ça n'en parle pas, là. Ça fait que, bref, pour nous, ça passe vraiment par l'utilisation d'autres professionnels puis surtout par plus de soutien administratif. Actuellement, là, vous perdez des heures cruciales chaque semaine avec des médecins de famille qui font du travail administratif qui pourrait être fait par d'autres. Puis ces heures-là, on peut les utiliser pour voir un patient.

**M. Derraji :** O.K. C'est excellent. On avance, on avance dans la solution. Donc, pourquoi on est rendus à 1 million? On est rendus à 1 million parce qu'il n'y avait rien qui a été fait, les 3 dernières années, par rapport à ça. Parce que, je tiens juste à le rappeler aux gens qui nous suivent, on était à 400 000, on est rendus à 1 million. Donc, selon vous, ce laxisme de trois, quatre ans qui nous a conduit à 1 million... Pourquoi on est rendus à 1 million de patients en attente d'un médecin de famille?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Je vais laisser Me Patrice Savignac Dufour répondre.

**M. Savignac Dufour (Patrice) :** Bien, en fait, il y a certainement plusieurs raisons derrière la question que vous posez, mais il y a certainement une pandémie, là, qui est venue vraiment faire quelque chose de très, très, très particulier, et c'est aussi... Tu sais, tout le monde est pour ça d'organiser le système de santé en valorisant l'entrée à la première ligne par un médecin de famille.

Mais, à un moment donné, aussi, dans le discours public, il faudrait que tout le monde, les parlementaires, se disent que... On vend du rêve. On dit à des gens : Inscrivez-vous sur des listes. Et la population sait ça, là, vous avez beau être sur une liste d'attente pour une chirurgie, s'il n'y a pas les ressources pour qu'on vous fasse la fameuse chirurgie, vous n'êtes que sur une liste d'attente. Donc, c'est la même chose. Quand il y a une obsession politique sur la question de mettre des gens sur des listes d'attente avec des... alliés à des noms ou à des groupes de médecins, en soi, ça ne donne pas de service et ça ne garantit pas que les services vont être là quand vous allez en avoir de besoin. Donc, il faut cesser de travailler uniquement sur la question statistique.

Puis je comprends l'intérêt politique, à un an des élections, de parler du nombre de personnes qui sont sur une liste de médecins. On comprend ça. Mais, à un moment donné, il faudrait peut-être avoir des mesures structurantes et ne pas nous dire, en 2015, avec Dr Barrette : Il faut sortir les médecins omnipraticiens des hôpitaux, tu sais; quatre ans plus tard, avec Mme McCann, nous dire : À l'avenir, c'est les IPS qui vont régler les problèmes en première ligne. Et là, on est en 2022, puis là on nous sort un nouveau plan maintenant, là. Là, tout passe par des sites Internet. Il me semble qu'on est à côté des problèmes fondamentaux, là, qui est la question d'accès à des soins de santé...

**M. Derraji :** Excusez-moi. Des problèmes fondamentaux, là... Moi, aujourd'hui, là, en tant que législateur, je m'adresse à 1 million de Québécois qui ont des attentes. Aujourd'hui, le ministre et son gouvernement sont en train de mettre sur la table un élément de refonte du système de santé. Vous, est-ce que vous considérez que ce projet de loi constitue quelque chose de central, dans la refonte, ou bien, encore une fois, vous l'avez très bien dit, on vend du rêve, c'est du marketing, c'est une année électorale, et on est en train de mettre des choses sur la table? En quelques mots, parce qu'il ne reste pas beaucoup de temps, s'il vous plaît.

**M. Savignac Dufour (Patrice) :** Moi, je vais vous dire, le projet de loi n° 11, c'est un projet de loi qui existe pour aider le gouvernement pour sa négociation avec la FMOQ. On utilise les parlementaires dans un rapport de force qui ne devrait pas relever du législatif. C'est ça, le projet de loi n° 11.

• (10 h 30) •

**M. Derraji :** Donc, vous pensez que le ministre va... (panne de son) ...le projet de loi, il ne va pas aller à l'étude, pour accélérer sa négociation avec la FMOQ?

**M. Savignac Dufour (Patrice) :** Tout le monde voudrait bien arrêter de parler du projet de loi n° 20, mais il y a un choix qui a été fait. On utilise la loi n° 20, et c'est l'article 11 qui est modifié, là, dans le fameux projet de loi n° 11, c'est l'article 11 de la fameuse loi n° 20.

**M. Derraji :** Est-ce que vous êtes en train de nous dire qu'on est en train de perdre notre temps, dans la commission, et que le ministre va signer une entente avec la FMOQ?

**M. Savignac Dufour (Patrice) :** Moi, je vous dis que le ministre a certainement des excellentes intentions, mais que le projet de loi n° 11, il a une seule et... un seul et unique but, c'est aider dans une négociation qui devrait concerner les représentants du MSSS et la FMOQ. Et je trouve qu'il y a une vilaine instrumentalisation du législatif dans quelque chose qui devrait relever d'une négociation des conditions de travail des omnipraticiens.

**M. Derraji :** Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** La suite de nos échanges sera avec le député de Rosemont.

**M. Marissal :** Merci, M. le Président. Bonjour, vous deux. Dre Ruel-Laiberté, vous avez eu la bénédiction du ministre pour le choix de votre carrière, c'est bien. Si vous vous activez sur Twitter, vous allez peut-être avoir le titre de bon médecin. Cela dit, ce que vous nous dites, c'est que le projet de loi n° 11 est tout sauf motivant et qu'il va amener la démobilitation des gens comme vous qui veulent faire de la médecine familiale. Pouvez-vous élaborer un peu là-dessus?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** En fait, le projet de loi n° 11 a déjà eu un impact. Il suffit d'avoir un réseau de docteurs sur Facebook pour avoir vu un nombre incroyable de publications en lien avec des médecins de famille qui avaient débuté leur pratique puis qui ont vu ça comme une gifle ou une claque dans la face. Parce que, comme je vous ai dit, le projet de loi n° 11, c'est un court projet de loi. Est-ce que c'est une mauvaise intention? Bon, on peut en discuter longtemps. Par contre, la manière dont c'est perçu par les jeunes médecins puis par ceux qui vont avoir à faire un choix bientôt, c'est qu'on veut contrôler leur autonomie professionnelle, on veut contrôler ce qu'ils vont faire, on va les obliger à faire de la prise en charge, même si, au final, ce que le ministre Dubé nous dit aujourd'hui, c'est que ce n'est pas ça ou...

Il faut vraiment revenir sur comment ça a été perçu par les jeunes qui vont faire un choix bientôt. Puis ces jeunes-là qui ne vont pas aller en médecine familiale, chaque jeune qu'on perd, c'est une perte importante pour le Québec. Chaque année, on perd plus de jeunes qui vont vers le... qui quittent le Québec pour faire leur résidence, que de gens des autres provinces qui viennent faire leur résidence au Québec. Puis chaque année, ce bilan migratoire là, il augmente. Chaque externe qu'on perd, chaque finissant en médecine qu'on perd puis qui s'en va faire sa résidence ailleurs, ça ne veut pas dire qu'il va revenir, puis ça c'est une perte pour le Québec.

**M. Marissal :** O.K., je ne veux pas être impoli, mais je n'ai pas de temps, alors je vais être obligé d'accélérer un petit peu pour une deuxième question, si le temps me le permet.

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Excusez.

**M. Marissal :** Non, non, je vous en prie, vous avez bien répondu, merci. Vous écrivez : «Tout miser sur l'inscription de la population auprès d'un médecin de famille est un choix politique, pas une fin en soi ni une panacée. L'accès réel aux soins ne s'en trouve aucunement garanti.» Pouvez-vous élaborer là-dessus aussi? Parce que moi aussi, je suis un peu plus vieux que vous, là, puis l'obsession des gouvernements pour un médecin de famille par patient, là, moi, je me rappelle du « boeuf de Matane », là, quand je recule dans ma mémoire, là, ça fait que ça ne fait pas... ce n'est pas tout à fait récent que les gouvernements font ça. Qu'est-ce que vous voulez dire par obsession politique?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Bien, en fait, on a senti qu'il fallait absolument s'inscrire au guichet d'accès à un médecin de famille. Par contre, à l'heure actuelle, ce n'est pas parce qu'on est inscrit qu'on a accès à des services.

Tout comme on faisait l'image avec : ce n'est pas parce qu'on est inscrit en étant en attente d'une chirurgie que notre hanche est opérée, là. Dans le sens que, lorsqu'on est en liste d'attente pour obtenir un médecin de famille, on n'obtient pas plus de service. Ça fait que pour l'instant, l'obsession, c'est de s'inscrire, s'inscrire, se réinscrire, bien, ça ne donne pas plus de service actuellement.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup.

**M. Marissal :** Mes vieilles hanches vous remercient de votre commentaire.

**Le Président (M. Provençal) :** Nous poursuivons avec le député des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Arseneau :** Merci beaucoup pour votre présentation. Tout d'abord, je vois votre inquiétude sur ce que veut faire le ministre de cette information-là. Elle est claire. Il a voulu vous rassurer en disant que c'était un outil de gestion pour une meilleure communication, sauf que les liens de dialogue, certainement affectés, si on s'en tient à l'échange qu'il a eu avec la FMOQ tout à l'heure... Mais est-ce que les conclusions ne sont pas déjà connues? Le ministre avoue qu'il a déjà cette information-là et, à l'automne, le premier ministre a dit, sur la base de cette information-là, il y a les bons médecins, puis il y a les méchants médecins, ceux qui ne font pas un bon travail. Est-ce que ce n'est pas cette chasse aux sorcières là que le gouvernement risque de vouloir évidemment entreprendre qui vous fait peur?

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** C'est clair, c'est 100 % ce qu'on ne voulait pas nommer puis que vous faites pour nous, ça fait que... merci. Mais effectivement de commencer à nommer qu'il y a des bons puis des mauvais médecins, ça, ça nous inquiète grandement. De ne pas savoir aussi très clairement comment on va utiliser cette information-là puis qu'est-ce qu'on va en faire, puis est-ce qu'on va obliger des médecins, tu sais, à changer leurs profils de pratiques, ça nous inquiète. Puis on l'a dit dans notre allocution aujourd'hui, un médecin qui fait de l'urgence, qui accouche des patientes, qui fait des soins palliatifs, ce n'est pas un mauvais médecin de famille, ces médecins-là, ils offrent des services aussi, mais différemment. Ça fait que, pour nous, c'est vraiment important de ne pas commencer à faire des catégories de médecins, puis des bons puis des mauvais. Pour nous, ça ne passe pas.

**M. Arseneau :** D'accord. On voit aussi l'intérêt, là, évidemment, du gouvernement de ne pas s'associer à l'époque de la réforme Barrette et de ne pas vouloir entendre parler de la loi n° 20. Mais vous venez de le mentionner, le projet de loi n° 11 repose essentiellement sur les bases du projet de loi n° 20, donc la prochaine étape risque d'être effectivement des sanctions aux médecins qui ne sont pas bons selon le point de vue du gouvernement. Merci de nous le rappeler.

Mais jusqu'à quel point... Pour les citoyens qui nous écoutent puis qui veulent quand même avoir accès à des soins de santé, pouvez-vous nous dire qu'est-ce qui a changé puis comment est-ce que cette nouvelle approche de multidisciplinarité, selon vous, peut se déployer maintenant, alors qu'on le souhaiterait et on le souhaitait depuis des années?

**M. Savignac Dufour (Patrice) :** Bien, il y a eu beaucoup de changements législatifs qui ont été faits, notamment avec le concours du Collège des médecins. Tu sais, il y en a eu des... on fait ça depuis trois, quatre ans, là. Il y a — peut-être que la pandémie a ralenti, là — il y a eu les pharmaciens, il y a eu les IPS, il y a eu plein de professionnels de la santé, mais il y a comme même cette idée politique que, tu sais, quand on fait un changement législatif auprès de pouvoirs d'un ordre professionnel, là, trois mois plus tard, le système de santé va être modifié.

Tu sais, il faut donner le temps aux réformes aussi. Il y a eu énormément de nouveaux professionnels de la santé qui ont pris des nouveaux pouvoirs diagnostiques puis, tu sais, quand on dit : Les médecins sont protectionnistes, puis tout, non, non, non, là, on a, tout le monde, participé, la FMOQ, la FMSQ, nous, à promouvoir que d'autres professionnels de la santé puissent mettre l'épaule à la roue. Mais il faut donner le temps aussi à ce que ces choses-là... Tu sais, c'est vrai pour la pratique de nos membres, là, qu'on craint que le projet de loi n° 11 peut changer du jour au lendemain, c'est vrai pour tous les autres professionnels. Alors, les IPS que Mme McCann nous promettait, elles ne sont pas nécessairement toutes là en termes de nombre. Bien, il faut continuer à travailler dans ce sens-là. Et je pense qu'il y a beaucoup de choses qui ont été faites qui n'ont peut-être pas encore donné tous les résultats, mais, des fois, il faut être patient quand on réforme le plus gros système au Québec, là.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup. Nous concluons cet échange avec la députée d'Iberville.

**Mme Samson :** Bonjour, madame, bonjour, monsieur. Bon, d'abord, il est vrai que lorsque, comme dans toute industrie, quand on veut des données et des statistiques, c'est parce qu'on veut pouvoir les moduler, ultimement s'en servir pour changer le modèle. Maintenant, j'aimerais... je compterais sur vous pour démolir deux préjugés que j'ai. Le premier, c'est que le projet de loi risque d'accélérer le départ à la retraite de beaucoup de médecins de famille qui vont se délester de leurs listes de patients avec leurs collègues. Et ça va régler le problème des autres qui ont besoin de prendre plus de postes. Mon autre préoccupation, c'est que comme les médecins omnipraticiens ont beaucoup d'occupations dans les urgences, la maternité, etc., moi, j'ai peur que le projet de loi fasse en sorte que les hôpitaux communautaires se vident et que ces hôpitaux-là doivent faire appel à plus de délestage par manque de médecins généralistes. Dites-moi que j'ai tort, s'il vous plaît.

**Mme Ruel-Laliberté (Jessica) :** Bien, en fait, on tombe dans la suite de l'application de la loi, tu sais, qui pourrait mener à des changements de profils de pratique. Vous comprendrez que mes membres, ce n'est pas les médecins en fin de pratique, là. Donc est-ce que ça va amener ces médecins-là à prendre leur retraite? Je pense que je vais vous référer à la FMOQ pour ça. Moi, mes membres, ils commencent, ça fait qu'on va espérer qu'ils veulent rester. Par contre, pour ce qui est de la suite de la loi n° 11 puis des changements de profils de pratique qui pourraient amener certains à devoir valoriser la prise en charge et donc à ne plus pouvoir faire d'AMP, qui sont, tu sais, nécessaires, dans des régions, pour offrir, par exemple, une couverture à l'urgence et en maternité, bien, c'est sûr que c'est une de nos craintes.

**Mme Samson :** Merci. C'est tout pour moi.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup. Nous vous remercions de votre contribution à nos travaux. Alors, je suspends pour que nous puissions laisser place au prochain groupe. Merci. Suspension. S'il vous plaît.

*(Suspension de la séance à 10 h 40)*

*(Reprise à 10 h 51)*

**Le Président (M. Provençal) :** Nous reprenons nos travaux. Je souhaite la bienvenue aux représentants de la Fédération médicale étudiante du Québec. Alors, je vous invite à nous présenter, pendant les 10 prochaines minutes, votre position et surtout à vous présenter l'une et l'autre. À vous la parole.

#### **Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)**

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** Merci, M. le Président. Donc, je me présente, je m'appelle Vanessa Bisson-Gervais, je suis étudiante de troisième année en médecine à l'Université McGill, également déléguée aux affaires politiques de la FMEQ.

**Mme Blouin (Victoria) :** Bonjour, je m'appelle Victoria Blouin, je suis étudiante en troisième année de médecine à l'Université de Montréal et je suis vice-présidente de la FMEQ.

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** Donc, brièvement, la FMEQ, la Fédération médicale étudiante du Québec a été fondée en 1974. On représente plus de 4 000 étudiants et étudiantes en médecine répartis dans les quatre facultés et sept campus du Québec qui offrent un programme de médecine. La FMEQ a pour mission la représentation et la défense des intérêts des étudiants sur les plans académique, social et du bien-être. Depuis quelques années, on joue également un rôle politique dans la sphère publique. On a produit une dizaine de mémoires sur des sujets de santé publique, d'organisation des soins et d'éducation médicale à travers nos journées d'action politique auxquelles certains députés ou ministres ont eu l'occasion de participer dans les 18 dernières années.

**Mme Blouin (Victoria) :** La FMEQ salue la volonté du gouvernement de régler rapidement la problématique d'accès à un médecin de famille au Québec. Nous ne pouvons toutefois pas ignorer les impacts à moyen et à long terme de ce projet de loi sur la volonté des étudiants en médecine de poursuivre une carrière en médecine de famille, de même que les conséquences d'une approche unidisciplinaire du gouvernement face à une première ligne qui est en difficulté depuis plusieurs années.

Dans les dernières années, le nombre de postes vacants de résidence en médecine familiale ne cesse d'augmenter. Au jumelage 2021, le moment où les étudiants en médecine choisissent dans quelle spécialité ils vont poursuivre le reste de leur carrière, 75 postes en médecine familiale n'ont pas été comblés. En 2020, il y avait 36 postes non comblés, en 2019, 29 et en 2018, 69 postes qui avaient été non comblés en médecine familiale.

La FMEQ et plusieurs autres acteurs du milieu médical se sont demandé un peu les raisons qui poussent les étudiants en médecine à ne pas aller vers la médecine de famille. Donc, en juin 2021, nous avons distribué un sondage à nos finissants en médecine pour connaître un peu ces raisons. Les raisons que les étudiants ont nommées pour ne pas choisir la médecine de famille incluent les restrictions de la pratique, donc une part de prochaines lois provenant du gouvernement qui pourrait changer leur pratique, et une incertitude qui s'installe par rapport à la médecine familiale au Québec. Ils nomment également l'organisation complexe de la pratique, notamment les plans régionaux d'effectifs médicaux, les PREM, les activités médicales particulières, les AMP, etc., peu d'intérêt suscité lors du parcours médical, une certaine phobie de faire seulement du bureau en tant que médecin de famille et plusieurs autres éléments qui nous ont été très intéressants pour se positionner par rapport à ce projet de loi.

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** Donc, on sait que garantir l'accès à un médecin de famille pour tous les Québécois, c'est une promesse électorale que plusieurs gouvernements ont tenté de remplir au cours des dernières années. Si l'objectif premier est d'assurer les soins à la population, la FMEQ est d'avis que le ministère se doit de mettre en oeuvre une réelle approche interdisciplinaire dans les soins de première ligne. Le projet de loi n° 41, l'entente du Collège des médecins du Québec concernant les responsabilités attribuées aux IPS de même que le

déploiement du guichet d'accès à la première ligne sont un pas dans la bonne direction, mais ne suffisent pas à combler les besoins en première ligne et en prévention. La FMEQ est d'avis que médecin de famille doit cesser d'être l'acteur principal et parfois le seul acteur dans la prise en charge des problèmes de santé pour lesquels d'autres professionnels sont formés à compétences égales, voire supérieures.

Le projet de loi n° 11 précise que le gouvernement peut déterminer la mesure dans laquelle un médecin doit se rendre disponible et précise certaines plages horaires visées, dont les soirées et en week-end. La FMEQ reconnaît que des plages horaires variées pourraient permettre un accès plus équitable aux soins médicaux pour les patients, mais, si l'enjeu fondamental, c'est un nombre insuffisant d'actes médicaux effectués par les médecins de famille en cabinet, ce n'est pas des plages horaires modifiées qui régleront la problématique. On croit, à la FMEQ, qu'il faut reconnaître le rôle essentiel que jouent les médecins de famille québécois pour soutenir notre système de santé en cabinet, en milieu particulier et également en centre hospitalier, notamment à travers les AMP. Les contraintes d'horaires qui s'ajoutent aux contraintes existantes sur la pratique des médecins de famille risquent d'être perçues de manière négative par nos étudiants, qui hésitent de plus en plus à choisir la médecine de famille comme carrière, comme on l'a mentionné plus tôt.

Le projet de loi n° 11 autorise également la RAMQ à communiquer certains renseignements sur la pratique des médecins de famille afin de mettre en oeuvre et de surveiller l'application des politiques prévues par la loi. À la FMEQ, on n'est pas contre la collecte de données sur le réseau de la santé ni sur les professionnels qui y travaillent, évidemment, mais ça confirme la crainte existante de nos étudiants que le gouvernement se réserve le droit de dicter leur pratique future en tant que médecins de famille et de les sanctionner au besoin.

On craint également que ça accentue la hiérarchisation qui existe déjà, en fait, entre les omnipraticiens et les médecins des autres spécialités, qui, eux, ne sont pas visés par de telles contraintes ou une telle surveillance, puis, encore une fois, que ça nuise davantage au choix des étudiants de poursuivre une carrière en médecine de famille.

**Mme Blouin (Victoria) :** La FMEQ est heureuse d'avoir été invitée à participer à ces consultations particulières sur le projet de loi n° 11 afin de partager notre perspective sur les enjeux de la première ligne au Québec et discuter de la relève en médecine familiale. La FMEQ soutient les efforts afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de première ligne de qualité pour la population québécoise, mais nous invitons à reconsidérer les interventions politiques qui peuvent contribuer à l'instabilité entourant la pratique de la médecine familiale telle que perçue par nos étudiants, augmenter l'incertitude que nos étudiants ont par rapport à leur carrière future et, au final, tout simplement décourager les étudiants en médecine à s'identifier au rôle d'omnipraticien et de choisir la médecine familiale comme carrière.

La FMEQ souhaite formuler quelques recommandations supplémentaires pouvant aider à répondre aux besoins en matière de relève médicale pour la première ligne au Québec.

Tout d'abord, établir un plan de valorisation de la médecine familiale clair, en collaboration avec les acteurs médicaux du Québec, notamment le Collège des médecins, les facultés de médecine, la FMOQ, la FMRQ et nous-mêmes, la FMEQ, afin de mettre en oeuvre une stratégie concertée de promotion de la médecine familiale auprès des étudiants.

Soutenir les facultés de médecine dans leurs efforts de valorisation de la médecine familiale, notamment par la création de nouveaux groupes de médecine familiale universitaire où ils pourront prodiguer de l'enseignement à nos étudiants en médecine et aux résidents.

Entretenir un discours politique positif à l'égard du travail des médecins de famille et du rôle essentiel qu'ils jouent dans le système, en plus d'offrir une stabilité dans l'encadrement de la pratique de la médecine familiale au Québec.

Bonifier les montants attribués aux groupes de médecine familiale universitaires et aux omnipraticiens pour la prise en charge d'externes en médecine afin d'améliorer l'exposition des étudiants pendant leur parcours médical.

Augmenter le nombre de places dans les programmes de compétences avancés afin de favoriser la diversité de la pratique.

Favoriser une diversité et une flexibilité des AMP, particulièrement pour les nouveaux médecins.

Et enfin poursuivre et accélérer le déploiement du Guichet d'accès à la première ligne à travers toutes les régions du Québec. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, merci beaucoup pour votre exposé. Nous allons initier cet échange avec M. le ministre. Je vous cède la parole, M. le ministre.

**M. Dubé :** Merci beaucoup, M. le Président. Alors, à vous deux, merci d'être là. Je suis content de vous revoir, parce qu'on a eu la chance quelques fois, au cours des dernières années, là, des deux dernières années, même si ce n'était pas toujours facile, de se voir à travers la pandémie. Mais merci beaucoup.

Je vais commencer par, premièrement, vous dire à quel point j'apprécie vos suggestions. Vous en avez plusieurs, je les ai reprises en note, là : un plan de valorisation de la médecine familiale, d'être capable de soutenir les facultés de médecine pour promouvoir la médecine familiale, d'être capable d'avoir un discours positif par rapport à la médecine générale, je suis tout à fait d'accord avec ça, être capable de bonifier les dollars pour, entre autres, les GMF, notamment celles où on peut accélérer la participation des étudiants.

J'aime beaucoup le fait de ce que vous dites par rapport à favoriser les AMP, là, les activités médicales prescrites, et ce que vous dites sur le guichet de la pertinence. Je vais vous faire une confidence aujourd'hui, à toutes les deux, il y a beaucoup de ces recommandations-là qui vont dans le plan de santé qui va être déposé dans les prochaines semaines. Parce que ce n'est pas la première fois que vous me le dites, puis je peux vous dire qu'il y en a beaucoup

que vous allez retrouver dans le plan de santé. Ça fait que c'est le premier engagement que je vous prends aujourd'hui. Puis merci beaucoup d'avoir eu, je dirais, la décision de prendre cette approche positive là. Je l'apprécie énormément, premièrement.

• (11 heures) •

Deuxièmement, je veux en profiter pour parler de la perception, parce que j'entends ça beaucoup depuis ce matin, puis, surtout quand on pense à la relève, c'est important de clarifier des choses. J'ai... Plus j'entends... Puis j'entends aussi ceux qui sont intervenus, puis j'entends aussi l'opposition, que le projet de loi n° 11 peut avoir un impact puis une perception très négative. Et, vous savez, en gestion du changement, souvent, on dit que la perception est la première chose à vouloir régler parce que s'il y a une mauvaise perception, peu importe la communication qu'on peut faire... Alors, moi, j'aimerais peut-être clarifier une couple de petites choses avec vous pour continuer cette discussion-là.

Premièrement, je... Vous avez la meilleure approche, c'est d'avoir une perception positive en faisant des suggestions. Alors donc, pour moi, votre enjeu de perception, il est beaucoup derrière moi. Maintenant, j'aimerais vous rassurer sur des changements. Moi, je suis ouvert à des changements, puis il y en a un que j'ai fait pour les jeunes, les plus jeunes médecins. Puis, quand je dis ça, là, c'est... Je veux être très clair que je vous ai entendu quand on s'est rencontrés puis qu'il y avait ce besoin-là de limiter — vous vous souvenez des discussions qu'on a eues — la pression sur les nouveaux médecins qui arrivent puis qui ne sont pas prêts à s'engager tout de suite à prendre 1 000 ou 1 500 patients. Puis il fallait changer la façon de penser. Et c'est pour ça que moi, rapidement, après ces rencontres-là, j'ai dit : On doit repenser la façon dont on définit la prise en charge. Et la prise en charge, pour moi, ne doit plus être maintenant la question d'un médecin, mais elle doit être la question de plusieurs personnes. Donc, quand j'entends que le projet de loi ne traite pas de l'interdisciplinarité, ce n'est pas son objectif. Je l'ai dit tout à l'heure à ceux qui vous ont précédés, vous l'avez entendu. Mais moi, je veux juste vous rassurer que c'est important pour moi de vous dire qu'on est très conscients, dans les changements, depuis qu'on se parle avec les différentes fédérations, que cette prise en charge là doit se faire différemment pour tenir compte de la nouvelle façon de faire, incluant une prise en charge par, justement, les GMF, et non par le médecin lui-même. Très ouvert à ça.

La deuxième chose, c'est sur la pertinence. Puis là ça revient à votre dernière recommandation ou suggestion, là, je ne me souviens pas du terme que vous avez utilisé. C'est le guichet d'accès à la pertinence. Ça, pour moi, c'est fondamental. Vous savez, ce qu'on gère, nous, en ce moment là, comme ministère puis comme gouvernement, c'est l'argent des Québécois. Puis l'argent des Québécois... on ne parle pas d'un système privé ici, là, qui est dans une compagnie, là, c'est l'argent des Québécois qui est géré et qui est redistribué aux médecins de famille pour donner le meilleur service. Le guichet d'accès à la pertinence fait exactement ça. Il y a quelqu'un qui l'a dit tout à l'heure, il y a eu beaucoup d'actions qui ont été mises par notre gouvernement pour donner plus de place aux IPS, plus de place aux pharmaciens, plus de place aux autres professionnels, mais à date on n'a pas eu l'effet bénéfique de ça. On ne l'a pas senti. Peut-être que, quelqu'un disait tantôt, c'est trop récent. Peut-être, mais le guichet d'accès à la pertinence, c'est exactement ce qu'il veut faire. Exactement ça. Et moi, je... C'est pour ça que je vous dis. : Ne soyez pas surprises que ce que vous me dites comme suggestion, de donner plus de place au guichet de la pertinence, il va être dans le plan de santé parce qu'il est important. Parce que, justement, ce qu'on veut, c'est avoir, puis je parle aux Québécois quand je dis ça... c'est d'être capables d'avoir un filtre avant la prise de rendez-vous. Ce qu'on veut, c'est qu'il y a des gens... Puis, ils l'ont montré à Rimouski, 50 % des gens qui appelaient au guichet à la pertinence sont redirigés ailleurs qu'à un médecin de famille, 50 %, c'est énorme, là. C'est-à-dire qu'en ce moment ce n'est pas juste un problème avec les médecins. Puis c'est exactement ce qu'on est en train de dire. Si on veut profiter de l'expertise que vous êtes en train de développer et de l'expérience des médecins, il faut leur envoyer les bons cas, les bons dossiers, et, pour être capables de faire ça, il faut qu'en amont il y ait de la pertinence qui soit déterminée par des agents administratifs, par des infirmières et même par des médecins qui, eux autres, disent : Maintenant, 50 % des cas, oui, on va les envoyer aux bons médecins, mais, en même temps, on va les envoyer aux pharmaciens puis aux IPS. Vous me suivez?

Donc, je suis très content d'entendre votre suggestion. Et, pour moi, la dernière chose que je ferais... Puis je veux vous rassurer, parce que, si ce n'est pas clair, je vais vous demander de commenter là-dessus. On n'a pas besoin d'un projet de loi pour faire de l'interdisciplinarité. On n'a pas besoin de ça. Quand les gens nous disent : Bien, écoutez, votre projet de loi n° 11 ne parle pas d'interdisciplinarité... On n'a pas besoin d'un projet de loi pour ça, c'est déjà tout possible de faire ça. Ce qui est important, puis c'est là qu'est ma question, est-ce que tout le monde comprend bien, puis vous inclus, qu'on a besoin de bien savoir quelle est la charge sur les médecins pour que ça soit attractif pour vous, comme nouveaux professionnels?

Moi, je pense que le projet de loi n° 11... puis, ça, je vais travailler très fort sur la perception dans les prochaines semaines, parce que vous avez posé les bonnes questions, c'est de s'assurer que les gens comprennent que le projet de loi n° 11 va servir à s'assurer que, s'il y a des gens qui ont trop de charges de travail parce qu'ils l'ont pris ailleurs, qu'ils l'ont pris dans les urgences, qu'ils l'ont pris dans des CLSC et qu'ils ne sont pas capables de prendre la prise en charge... Le projet de loi n° 11 va nous aider à déterminer que, peut-être, dans certaines régions, on a besoin de plus de médecins.

Puis je veux juste être sûr que je vous ai bien compris, parce que, pour moi, c'est la meilleure façon de changer la perception négative du projet de loi n° 11. Si les gens... comprendre que le premier objectif, c'est de bien comprendre combien qu'il nous manque de médecins dans certaines régions, si c'est la façon de régler le problème... Je ne dis pas que c'est la seule parce que je pense que l'organisation du travail fait partie de la solution aussi, mais le nombre de médecins... Je veux juste que vous me dites... que vous me disiez, pardon, qu'on se comprend bien qu'on a besoin de changer la perception là-dessus. Je vous laisserais répondre à ça, s'il vous plaît.

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** Bien oui, je pense effectivement que... Comme on disait, on n'est pas contre la collecte de données sur le système de santé, les médecins, les infirmières qui y pratiquent. Notre compréhension de la chose, c'est que cette question-là du nombre de médecins dont on a besoin dans chacune des régions ou chacune des... en ville versus en région, c'était une problématique qui était peut-être déjà répondue par la table de concertation sur les effectifs médicaux, où est-ce qu'on détermine le nombre, par exemple, de postes en résidence, le nombre de postes... le nombre de places en médecine, puis, ensuite de ça, c'est une répartition qui est faite au niveau des régions.

Je n'ai pas, je pense, l'expertise nécessaire pour dire si les données collectées vont pouvoir changer exactement la répartition qui est faite à ce moment-là. On sait qu'il y a déjà des besoins non comblés en région en termes de médecins spécialistes et de médecins de famille, mais, à la FMEQ, encore une fois, on n'est pas contre la collecte de données comme telle sur les médecins de famille, mais on s'inquiète de la perception — encore une fois, le mot «perception» — que ça va avoir sur le choix de nos étudiants à choisir cette pratique-là.

**M. Dubé :** Bien, écoutez, c'est pour ça que tout à l'heure... que... puis j'apprécie, là, quand on ne sait pas... Moi, je vais vous dire que j'ai été... pardon, j'ai été très surpris que cette information-là n'était pas connue de nos gestionnaires locaux. J'ai été très surpris de ça. Je dois vous dire, quand on dit que c'est l'argent des Québécois, je pense que la première chose qu'on veut, surtout dans une approche, en tout cas, que moi, je préconise dans le plan de la santé, c'est la décentralisation, d'aller dans les régions... d'aller dans des régions pour tenir compte des réalités propres aux régions. Bien, j'ai été le premier surpris à savoir que nos DRMG n'avaient pas l'accès à cette information.

Alors, c'est pour ça tout à l'heure, que j'ai questionné les représentants de la FMOQ, mais moi, je veux vous rassurer que notre objectif d'être capable d'aller collecter cette information-là qui... À mon sens, les Québécois le comprennent, là, il y a un problème. S'il y a, aujourd'hui, 1 million de médecins... il y a 1 million de patients qui n'ont pas un médecin de famille, bien, il faut trouver des solutions puis il faut savoir qui pourrait et comment on pourrait prendre cette prise en charge là, comme on a dit, pas par des médecins, naturellement, mais peut-être par les GMF ou par d'autres façons, par plus de pertinence, plus de multidisciplinarité. Mais, pour ça, il faut savoir quelle est la charge de travail dans les régions. Alors donc, je sais que, peut-être, vous n'avez pas toutes cette information-là. Moi, je ne l'avais pas, mais, maintenant, je sais une chose, c'est qu'elle ne se rend pas jusqu'à la région. Et, comme nos DRMG ont un travail de tous les jours pour bien gérer l'offre locale, bien, c'est sûr que ça fait...

• (11 h 10) •

Puis, deuxièmement, sur la perception qu'on ne veut pas ajouter de médecins, vous avez donné des statistiques, là, qu'il y a des gens qui se sont retirés un peu de leur intérêt, mais je voudrais dire que les précédents gouvernements ont quand même beaucoup coupé l'accès à la médecine générale. Je pourrais vous montrer des statistiques, là, puis je ne veux pas faire de politique ce matin, là, mais, dans les années qui ont précédé notre gouvernement, là, on a, comme on dit, capé le nombre de médecins généralistes. Elle a été arrêtée, la croissance, alors qu'il aurait fallu l'augmenter.

Alors, aujourd'hui, on est prêts à faire ça, nous, puis on l'a fait dans les trois dernières années. Depuis notre arrivée, on a augmenté le nombre de médecins de famille. Ça ne s'est jamais fait avec le gouvernement précédent. Alors, deuxièmement, pour être capable de continuer à faire ça, ça me prend des données puis ça me prend de savoir où on doit le faire. Puis ça, c'est important que je le dise à ceux qui rentrent dans la profession, on va vous donner un environnement de travail avec des outils de travail qui vont vous permettre d'avoir un environnement de qualité. Et c'est ça que je vais continuer à travailler avec vous dans les rencontres qu'on va avoir dans les prochains mois, dans les prochaines semaines, pour s'assurer qu'on change cette perception-là. On n'est pas là pour contrôler. On est là pour gérer ensemble pour s'assurer que les Québécois ont accès à un médecin de famille ou à un professionnel qui vient donner le service dont ils ont droit et dans un délai raisonnable. C'est ça qu'on appelle l'accès adapté, et c'est ça qui va nous permettre de faire...

Alors, je veux... J'en profite ce matin pour vous rassurer toutes les deux, mais surtout pour les étudiants que vous représentez, qui ont fait un travail incroyable, entre autres, durant des temps difficiles, d'étudier, de venir nous aider dans la vaccination. Je veux en profiter pour vous remercier parce qu'il y a plusieurs d'entre vous qui sont venus nous donner un coup de main.

Alors, je ne sais pas combien de temps qu'il me reste, mais, M. le Président, je pense que le plan de valorisation... Puis je vais terminer sur votre première suggestion. Quand on va mettre... En tout cas, vous allez voir, là, et vous me le reprocherez si jamais vos suggestions ne sont pas dans le plan de santé qu'on va développer, qu'on va déposer dans quelques semaines... J'ai très hâte de voir qu'est-ce qu'on va suggérer pour le plan de valorisation, parce que c'est ça que vous demandez, puis pour que nos... on ait plus d'étudiants en médecine qui soient intéressés. Et nous, on va augmenter la façon d'avoir plus de médecins de famille pour que votre environnement de travail soit meilleur. Je veux juste vous rassurer là-dessus et je vous remercie encore des suggestions que vous avez faites ce matin. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci, M. le ministre. Nous allons maintenant poursuivre cet échange avec le député de Nelligan.

**M. Derraji :** Merci, M. le Président. Merci pour votre exposé. Merci pour votre mémoire, pas mal de bonnes propositions. Et je vais saisir l'occasion que j'ai, devant moi, deux jeunes de la relève, et moi, je pense que vous êtes les bonnes personnes pour parler de la pratique de médecine de famille. Et je vais saisir aussi l'occasion de parler de

l'organisation des soins. Je laisse le ministre parler de l'organisation du travail parce que, là, je viens de comprendre que le but de son projet de loi, c'est de la collecte de l'information, de la collecte de la donnée, parce qu'il ne peut pas agir s'il n'a pas les données, si j'ai bien compris. Il peut me répondre la prochaine fois quand il va parler avec un autre groupe, parce que c'est comme ça qu'on avance dans ce projet de loi. Il saisit bien comment répondre à mes questions.

Donc, on a besoin... On a des besoins de médecins dans une région. Le ministre a choisi le projet de loi... a choisi une commission parlementaire pour déposer un projet de loi pour collecter de l'information pour savoir s'il manque de médecins dans une région et agir en conséquence, parce qu'il n'y a pas une maximisation de l'utilisation de rendez-vous. Donc, au bout de la ligne, on va se réunir trois jours pour écouter des groupes, étudier le projet de loi, pour, au bout de la ligne, aider le ministre et le ministère à savoir les données des rendez-vous disponibles et non disponibles. Et, au bout de la ligne, on va laisser 1 million de Québécois en attente d'un médecin de famille.

Du moment que vous êtes la relève, vous voyez l'évolution de l'organisation des soins. Les dernières années, on a parlé beaucoup des ordonnances collectives. On a parlé de l'organisation des soins, de l'importance d'une équipe multidisciplinaire, de l'importance de l'IPS, de l'importance de l'infirmière clinicienne. Pensez-vous réellement, à la lumière... et vous avez lu le projet de loi n° 11, pensez-vous vraiment qu'on est en train de parler de la qualité des soins et de l'organisation des soins ou on est en train de monter un tableau de bord pour voir les rendez-vous qui manquent?

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** Je pense que c'est un peu difficile pour nous de se prononcer sur cette question-là. Notre compréhension du projet de loi, effectivement, c'était une collecte de données. Là, moi, je viens de comprendre qu'il allait y avoir d'autres éléments qui allaient être présentés dans le plan de santé. Je ne suis pas certaine qu'on puisse se prononcer sur cette question-là.

**M. Derraji :** Je comprends, mais je vais essayer de la rendre beaucoup plus facile pour vous. Vous êtes là par rapport à un projet de loi. On n'est pas encore en train de parler d'un plan de santé parce que je n'ai même pas encore vu ce plan de santé. Il est dans la tête du ministre. Ce que j'ai devant moi, c'est un projet de loi n° 11. Vous avez envoyé un mémoire sur le projet de loi n° 11. Vous représentez la relève. Vous vivez des problèmes par rapport à la profession, notamment les postes vacants : 2019, 24, 2020, 38 boudés, 2021, 76. J'entends le ministre qui dit que ça remonte à beaucoup plus longtemps. Il avait quatre ans pour agir. Il n'a pas stoppé l'hémorragie. Il ramène un projet de loi pour collecter les données. Ma question est très simple : Est-ce que, vraiment, on est sur la bonne voie pour l'organisation des soins ou bien pour juste uniquement collecter les données pour autre chose, et, au bout de la ligne, on laisse 1 million de Québécois en attente d'un médecin de famille?

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** Je pense que c'est... Pardon, O.K. Donc, oui, je pense que c'est une inquiétude qu'on a. Effectivement, on réalise que les postes en médecine de famille ne sont pas comblés. Oui, on mentionne qu'on va augmenter les places en médecine comme telles, mais, si c'est un... En termes de pourcentage, là, c'est... En termes relatifs, si on n'attire pas les étudiants en médecine vers la profession de médecin de famille, oui, il y aurait ultimement un enjeu où est-ce que des médecins... En fait, des patients n'auraient pas accès à un médecin de famille si le pourcentage relatif d'étudiants qui souhaitent aller en médecine de famille reste le même malgré une augmentation absolue d'étudiants dans les programmes.

**M. Derraji :** On s'entend aujourd'hui que ce projet de loi ne règle pas votre problématique. Donc, c'est bien beau, parler d'un plan de santé, mais vous, en tant que représentantes de la relève dans ce domaine, avez-vous vu une proposition pour améliorer l'accès à la médecine de famille? Avez-vous vu une mesure pour améliorer l'attractivité, sachant que tous les indicateurs, parlons d'indicateurs du moment qu'on cherche d'autres indicateurs... ça fait trois ans que les gens boudent la médecine familiale. Pensez-vous qu'on est sur une bonne voie?

**Mme Blouin (Victoria) :** La FMEQ salue l'effort de rendre plus accessible la première ligne puisque c'est, pour nous aussi, une des priorités, mais effectivement je ne crois pas que c'est dans ce projet de loi-ci qu'on va régler le problème d'attirer les étudiants en médecine vers la médecine familiale.

**M. Derraji :** Oui, je partage la même conclusion que vous, que le projet de loi n'a pas pour but d'améliorer l'attractivité, sachant que c'est un des problèmes. Si on n'a pas assez de médecins, ça sert à quoi d'aller chercher une collecte de données dans une région si, au bout de la ligne, la conclusion va être : on n'a pas assez de médecins? Donc, c'est un cercle vicieux. On n'a pas assez de médecins parce qu'on a fait la collecte de données, il n'y a pas assez de disponibilité, et on va revenir à la même... au même cercle vicieux, il faut remplir les places ignorées et boudées.

Je vais revenir à l'organisation des soins parce que j'ai en face de moi deux personnes très intelligentes. C'est quoi, la meilleure façon pour l'organisation des soins dans le contexte de la médecine familiale avec ce qu'on a présentement, avec la structure qu'on a présentement, les GMF? Parce qu'au bout de la ligne vous vous adressez aussi à la population qui a des attentes. 1 million de Québécois n'ont pas de médecin de famille. C'est pour cela que nous sommes là aujourd'hui, là, c'est parce qu'il y a 1 million qui attendent, là, des solutions. Comment on peut améliorer l'organisation des soins, chose que vous ne voyez pas dans le projet de loi?

**Mme Blouin (Victoria) :** Pour nous, la réponse à l'organisation des soins passe par l'interdisciplinarité, de décharger le médecin de famille, et les médecins de famille en général, d'être l'acteur central dans la prise en charge

de la première ligne pour que, comme vous dites, les patients qui ont besoin d'accéder à la première ligne et de recevoir des soins n'aient pas seulement à contacter un médecin et à avoir un médecin comme acteur principal, mais puissent bénéficier de l'expertise de tous les professionnels qui sont autour.

**M. Derraji :** Et on répond quoi aux gens qui disent que le médecin de famille ou médecin en GMF a d'autres charges, les urgences, les tournées en CHSLD, et on veut qu'il maintienne une bonne présence en clinique, en GMF? Donc, la collecte des données, est-ce que, selon vous, va mettre l'emphase sur ça? Est-ce qu'elle va régler et mettre... Expliquez aux Québécois la charge de travail de ce médecin de famille ou bien on passe à côté.

• (11 h 20) •

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** Je pense que la collecte de données va nous donner un indicatif de ce qui se passe en cabinet, mais il faut... À la FMEQ, on croit qu'il faut quand même reconnaître les particularités du système de santé au Québec. On a des médecins de famille qui travaillent, comme vous venez de le mentionner, en CHSLD, dans les milieux de soins particuliers, en hôpital, en urgence, en obstétrique. Donc, ça semble être un projet de loi qui s'oriente plus vers la pratique en cabinet. Nous, l'élément qu'on souhaite aussi souligner, c'est qu'il ne faut pas du tout mettre fin à cette diversité de pratiques là avec les AMP parce que c'est, au contraire, ce qui attire nos étudiants à poursuivre une carrière en médecine de famille, avoir la possibilité de moduler leur pratique au fil des ans. Puis c'est pour ça qu'on souhaite, d'ailleurs, la bonification des programmes de compétences avancées.

**M. Derraji :** Oui, très d'accord, et je suis un partisan du travail multidisciplinaire, et vous avez raison de le mentionner. Prenons le cas d'un patient diabétique ou autre qui souffre d'une maladie chronique, ce n'est pas vrai que ça prend uniquement l'intervention d'un médecin généraliste, et Dieu sait que, dans pas mal de GMF, il y a pas mal de succès par rapport à cette prise en charge.

Je reviens aux discours. Depuis l'automne, vous avez vu les sorties du premier ministre par rapport aux médecins de famille. Il y a un groupe avant vous qui a dit : Il y a comme du «bashing». Excusez-moi l'expression. Comment vos membres reçoivent un peu le discours politique sur les médecins de famille? Il y a des gens qui disent : Bien, écoute, il y a des médecins paresseux. Je le mets entre guillemets parce que je ne fais que rapporter. C'est pour cela que le projet de loi veut savoir qu'est-ce que les médecins font. Est-ce qu'il y a des plages horaires disponibles? Comment vous recevez ce message et comment vos membres reçoivent ce message politique?

**Mme Blouin (Victoria) :** C'est certain que le discours qu'on dirait négatif au niveau politique, mais également au niveau facultaire et médiatique... c'est certain que ça nuit à la perception des étudiants en médecine de la médecine familiale. Il faut comprendre que, les étudiants, on étudie la médecine au sens large. On a un doctorat en médecine. On est au tout début de notre carrière et on doit choisir vers quelle spécialité on s'orient, et, afin de choisir la médecine de famille, il faut que les étudiants s'identifient comme omnipraticien et aient envie de devenir un omnipraticien. Donc, c'est certain que, si, en ouvrant la télé ou en ouvrant les réseaux sociaux, ce qu'on voit, c'est des commentaires péjoratifs sur le travail des médecins et leur rôle dans le système de santé... c'est certain que ça n'encourage pas nos étudiants à s'identifier comme omnipraticiens.

**M. Derraji :** Oui, vous avez...

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** J'ajouterais... Pardon.

**M. Derraji :** Non, non allez-y.

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** J'ajouterais à ça que c'est un problème chronique, là. Ça fait des années, là, qu'on parle justement... qu'on entretient un discours négatif envers la médecine de famille, puis ça s'est répercuté dans les statistiques du match en médecine de famille. Donc, ça va prendre beaucoup d'efforts, là, pour régler ce problème-là.

**M. Derraji :** Il y a une phrase qui m'a marqué un peu dans votre mémoire, la phobie de la pratique de bureau exclusive. Vous ne pensez pas que le projet de loi... Au bout de la ligne, cette centrale de réservation, avoir accès aux données, est-ce que ça ne va pas aller vraiment dans ce sens de la pratique de bureau, donc, ne voir que la pratique exclusive au bureau?

**Le Président (M. Provençal) :** Je vais...

**Mme Blouin (Victoria) :** À ce qu'on sache, ce projet de...

**Le Président (M. Provençal) :** Allez y, madame, je vais vous laisser quelques... un petit instant pour une réponse rapide, s'il vous plaît.

**Mme Blouin (Victoria) :** À ce qu'on sache, ce projet de loi-ci ne touche pas les activités médicales particulières. Donc, je ne crois pas qu'on peut s'avancer sur l'effet que ça aura éventuellement sur la pratique en cabinet versus hors cabinet.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup.

**M. Derraji :** Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, nous poursuivons avec le député de Rosemont.

**M. Marissal :** Merci, M. le Président. Avant que mon temps ne commence à s'égrener, étant donné que notre collègue d'Iberville semble s'être absentée, nous pourrions, mon collègue et moi, chouraver son temps. Ça nous ferait 30 secondes de plus.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, écoutez, pour cette intervention-là, si le député de Nelligan nous le permet, on répartirait le temps entre le deuxième et le troisième groupe.

**M. Derraji :** ...mais j'ai une minute, parce que je n'ai pas vu qu'elle n'est pas là, puis je peux récupérer plus tard, si ça ne vous dérange pas.

**Le Président (M. Provençal) :** Ça va. Consentement?

**M. Marissal :** Consentement.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci. Alors, à vous la parole, M. le député.

**Une voix :** ...

**M. Marissal :** Le... Pardon?

**M. Arseneau :** C'est quoi, le temps total qu'on a?

**M. Marissal :** Combien on rajoute de temps, M. le Président?

**Le Président (M. Provençal) :** Une minute et quelques secondes. Alors, vous avez un peu plus de trois minutes maintenant.

**M. Marissal :** C'est fou, ça prend deux minutes pour négocier une minute. On n'est pas efficaces, M. le Président. Bien, bonjour à vous deux, là. On ne vous a pas oubliées, là. On était en train de régler des petits problèmes d'intendance ici.

Je vais continuer sur la lancée de mon collègue de Nelligan. Quand on a entendu le premier ministre se lever, dans son discours inaugural en octobre dernier, puis, l'expression est de moi et pas de lui, là, casser du sucre sur le dos des médecins de famille en disant que sa patience aura des limites et qu'il mettra de l'ordre là-dedans, quitte à sanctionner les... je suis curieux. Moi, je ne suis pas familier avec les facultés de médecine. Je n'ai pas étudié là du tout. Comment c'est reçu parmi vous? Ça vient du premier ministre, quand même, qui dit essentiellement que vous n'en faites pas assez, là.

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** Bien, je pense que les étudiants en médecine ne se sont pas identifiés aux médecins de famille qui sont déjà en pratique. Nous, on est encore en formation puis on ne sait pas... Certains ne savent pas encore s'ils vont poursuivre une carrière en médecine de famille ou en spécialité, mais effectivement il y a eu une réponse assez rapide de nos étudiants sur le sujet, qui ont perçu tout ça de manière négative. La FMEQ a d'ailleurs sorti un communiqué sur le sujet. Le contexte, c'est qu'il y avait des négociations qui étaient en train de se produire. Puis, de notre part, c'est un peu comme si, en bon français, papa, maman se chicanait puis les enfants étaient un peu pris au milieu de ça. C'était un peu comme ça que ça a été perçu.

**M. Marissal :** D'accord. Le ministre semble assez ouvert à vos suggestions. Il vous a lancé quelques fleurs, d'ailleurs, c'est bien. Alors, une question très, très large, là, pour le temps qui reste. On fait quoi avec le projet de loi n° 11? Puisqu'il est devant nous, là, puis, jusqu'à preuve du contraire, on va devoir l'étudier, là, mais est-ce qu'on peut rattraper ça? Qu'est-ce qu'on fait avec ça?

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** Je pense qu'en tant que Fédération médicale étudiante du Québec on ne sera pas portés à voter sur le projet de loi, évidemment. Nous, on n'est pas arrivées avec... Comme vous l'avez vu, on n'est pas arrivées avec des propositions concrètes pour modifier ce projet de loi là. On est arrivées avec une approche vraiment de la relève, qu'est-ce que ça veut dire pour la relève. Puis on souhaitait amener certains autres points, là, certains autres éléments à ça, mais je n'ai pas de réponse pour vous par rapport au projet de loi qui est devant nous, malheureusement.

**M. Marissal :** D'accord. Si je vous dis le nom, je vous donne le nom du Dr Samuel Giard, ça vous dit probablement quelque chose. Il y a eu deux, trois articles sur lui, là, récemment. Il a fait un sondage maison parmi

les finissants et les finissantes, là, donc, prochains médecins. Ses chiffres... Bon, c'est un sondage maison, et puis évidemment ça ne fait pas le tour. Ce n'est pas exhaustif, là, mais il y a quand même un assez faible nombre de finissants et de finissantes qui se destinent à la médecine familiale, 43 %. C'est en deçà de ce qui serait souhaitable. Mais il y a surtout une majorité, 95 %, ça ne peut pas être beaucoup plus clair que ça, qui pense que le climat politique autour de la pratique de la médecine est négatif. Vous en avez parlé un peu tout à l'heure avec mon collègue de Nelligan, mais j'aimerais vous entendre un peu plus là-dessus puisqu'un jour vous finirez puis vous entrerez officiellement dans la profession. De quoi est-il question quand on dit que le climat politique est négatif?

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** Pour nos étudiants, je pense que c'est le fait que... Bon, premièrement, la promesse d'avoir un médecin de famille, c'est un enjeu récurrent en campagne quand les gouvernements sont en mandat. Donc, c'est un sujet qui revient d'emblée très souvent chaque année, aux deux ans, aux trois ans. Donc, c'est très présent. Puis, à ça, il y a des positions qui sont émises de la part de certains partis politiques, des gouvernements, puis, veux veux pas, ça vient affecter la perception que nos étudiants ont. Je souhaiterais quand même parler du fait que les facultés de médecine ont un rôle à jouer dans la perception de la médecine de famille, puis le discours facultaire est problématique également. Donc, c'est l'ensemble de tout ça qui fait que nos étudiants ne souhaitent pas aller en médecine de famille.

**M. Marissal :** Je vous remercie.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, nous complétons avec le député des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Arseneau :** Merci beaucoup. Merci beaucoup pour votre présentation, mesdames. Je voudrais revenir sur le sondage, les résultats du sondage que vous avez... dont vous nous avez fait part. Sur le plan quantitatif, il y a plus de désavantages que d'avantages si on regarde seulement, là, les arguments, mais évidemment il ne faut pas regarder le dossier uniquement sur le plan quantitatif, mais aussi qualitatif. J'aimerais que vous nous parliez de ce que vous avez décrit comme la crise de recrutement. Alors, comment est-ce que ça se traduit? Vous avez fait le choix de la médecine de famille, je crois, vous deux, ou pas encore? Non, pas nécessairement. Mais comment ça se traduit, là, dans les facultés?

**Mme Blouin (Victoria) :** En fait, dans les facultés de médecine, les étudiants, rendus à leur quatrième année de médecine, leur dernière année, doivent participer à ce qu'on appelle le jumelage. Donc, ils doivent envoyer des candidatures à différents programmes, notamment à la médecine familiale et aux autres spécialités, et ensuite de faire un choix après un processus de sélection. Donc, on remarque que c'est peu d'étudiants finissants qui mettent en premier choix la médecine de famille. Donc, on a plusieurs étudiants qui poursuivent leur carrière en médecine familiale, mais que ce n'était pas, pour eux, un premier choix, mais bien un plan de secours, si je peux me le permettre. Donc, ils ont appliqué dans une autre spécialité pour commencer, et, vu le contingentement, n'ont pas nécessairement été pris, et ont ensuite choisi de poursuivre en médecine familiale.

Donc, on voit qu'il n'y a pas beaucoup d'étudiants qui le choisissent en premier. Et, parmi ceux qui sont pris, ce n'est pas tout le monde pour qui c'était nécessairement le premier choix. Je pense qu'on peut attribuer ça vraiment à l'attractivité pour... envers la médecine familiale pour les étudiants, notamment, avec tous les éléments que je vous ai nommés tantôt. Là, c'est les restrictions de la pratique. Il y a l'organisation des soins et l'organisation de la pratique qui est assez complexe. Avec les PREM, les AMP, ça fait peur à nos nouveaux étudiants qui veulent s'ouvrir les portes vers une carrière diversifiée qu'ils vont pouvoir moduler au fil des années, et selon leurs intérêts, et ils se heurtent à une perception d'un système qui est lourd et rigide et qui ne correspond pas nécessairement à leurs valeurs pour leur carrière future.

• (11 h 30) •

**M. Arseneau :** Et je ne veux pas mettre des mots dans votre bouche, mais, avec le projet de loi qui y est déposé aujourd'hui, cette perception-là pourrait même être exacerbée sur le plan... négativement.

**Mme Blouin (Victoria) :** On craint effectivement que ce soient certaines contraintes supplémentaires. Bien que certains éléments soient... n'affectent pas directement, là, la perception des étudiants, mais on craint, effectivement, là, que les contraintes, par exemple, d'horaires puissent contribuer à cette perception de lourdeur de la pratique par nos étudiants.

**M. Arseneau :** Est-ce que c'est la question des horaires ou c'est la question de l'autonomie professionnelle? J'imagine que, comme jeune étudiant qui veut embrasser une nouvelle carrière, l'idée de pouvoir se défoncer là-dedans puis de développer une pratique, sauver le monde... Est-ce que de dire qu'on va être sous la tutelle plus importante encore du gouvernement, c'est ce qui... c'est ce qui vous affecte ou c'est simplement une gestion de rendez-vous?

**Mme Blouin (Victoria) :** Sous toute réserve de ne pas avoir sondé directement nos membres sur cette question, je supposerais que c'est plutôt le fait que ça soit encadré et surveillé, qu'il y ait même mention de sanctions, parfois, si on ne respecte pas les contraintes. Je pense que c'est plus le contexte que les heures, nécessairement.

**M. Arseneau :** Et, pour ce qui est de l'interdisciplinarité, vous voyez... vous l'avez peut-être mentionné, mais j'aimerais que vous nous expliquiez comment vous voyez, par exemple, le rôle avec les IPS, tout ça. Vous, ça fait partie, là, de votre vision?

**Mme Bisson-Gervais (Vanessa) :** Oui, bien, la pratique conjointe avec les IPS, c'est quelque chose qu'on valorise. Il y a effectivement des enjeux d'éducation médicale qui viennent... qui se présentent aussi dans ce contexte-là, mais nos étudiants... On est un peu la nouvelle vague, là, je dirais, depuis une dizaine d'années, où on est-ce qu'on est, je crois, plus ouverts à la pratique multidisciplinaire parce qu'on reconnaît que ça va avoir un impact positif sur notre pratique individuelle.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup pour votre contribution aux travaux de la commission. Je vais suspendre quelques instants pour que nous puissions accueillir le prochain groupe. Merci beaucoup.

*(Suspension de la séance à 11 h 35)*

*(Reprise à 11 h 45)*

**Le Président (M. Provençal) :** Nous reprenons. Je souhaite la bienvenue aux représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé. Après quoi, nous procéderons à la période d'échanges avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à débiter votre exposé. À vous la parole.

### Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

**M. Oliva (Vincent) :** Parfait. Bonjour. M. le Président, Mmes et MM. les parlementaires, bonjour à tous, bonjour à toutes. Je suis Dr Vincent Oliva, radiologiste d'intervention et président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Je suis accompagné de Me Pierre-Luc Desgagné, qui est directeur général de la fédération. Donc, je tiens à remercier la commission pour son invitation.

Je vous rappelle que la FMSQ, c'est plus de 10 000 médecins spécialistes répartis en 59 spécialités de toutes les disciplines médicales, chirurgicales, d'imagerie et de laboratoire. Depuis deux ans, nous sommes à combattre la plus importante pandémie de l'histoire moderne, et, depuis deux ans, les médecins spécialistes sont présents dans tous les forums, dans toutes les tribunes pour expliquer l'évolution de maladies. Depuis deux ans, on est présents pour soigner nos patients. On est présents pour réorganiser les soins et assurer un leadership avec les établissements de santé. On est tous dans le même bateau : spécialistes, omnipraticiens, personnel infirmier et autres professionnels de la santé. Nous ne souhaitons pas nous immiscer dans le débat entourant la prise de rendez-vous par les omnipraticiens, mais nous croyons fermement que la meilleure façon de travailler avec les fédérations médicales reste la négociation, en particulier en situation de crise, alors que personne d'entre nous ne compte ses heures. Dans ce contexte de pandémie, il nous apparaît surprenant de se retrouver aujourd'hui à débiter d'une telle initiative. En bon français, le timing n'est pas idéal.

Aujourd'hui, je vous entretiendrai de trois thèmes qui nous interpellent, soit l'accès aux renseignements personnels des médecins, la gestion des informations en lien avec les effectifs médicaux et le retour de certaines dispositions de ce qui a été appelé le projet de loi n° 20.

D'abord, il m'apparaît important de vous mentionner que l'accès est la première préoccupation des médecins que je représente. Nous demeurons toujours ouverts à discuter et à trouver des solutions visant l'accès aux soins. Dans un récent sondage conduit par la firme Léger auprès de nos membres, c'est avant toute chose l'accès qui a été ciblé comme un élément central dans les priorités de travail de la fédération. C'est d'autant plus vrai avec l'avènement de la pandémie, tous les jours, les médecins spécialistes qui sont disponibles 24 heures sur 24, et ce, 7 jours sur 7 pour veiller à la prise en charge des patients québécois et leur prodiguer les soins requis.

Les médecins veulent travailler, ils veulent opérer, ils veulent soigner. C'est dans ce contexte qu'on a pris connaissance du projet de loi n° 11. On peut tous souscrire aux objectifs du gouvernement en matière d'accès aux soins, nous faisons cause commune, mais on peut se questionner sur les moyens suggérés, des moyens qui n'apparaissent pas en phase avec ce que nous vivons actuellement, en pleine cinquième vague, et qui peuvent laisser une impression de déphasage. Oui, il y a un problème d'accès. On en est conscients, on veut le régler, mais on croit que la solution ne passe pas par une approche legaliste, une espèce de camisole. Ça ne passe pas par l'imposition de ratios aux médecins qui sont déjà débordés par la paperasse, les suivis de laboratoires, l'absence de personnel, le manque d'outils technologiques. Repenser la prise en charge pour favoriser l'accès, c'est selon nous la voie à suivre, et on peut y arriver, notamment en continuant de travailler sur la pertinence des actes médicaux.

À la fédération, nous avons réglé plusieurs problèmes d'accès aux soins par la responsabilisation de groupes, par un effort et une prise en charge collective plutôt qu'individuelle, par des solutions locales plutôt que du mur-à-mur. Contrairement à certaines idées reçues, les médecins ne travaillent pas en vase clos. Ils travaillent en collaboration avec les pharmaciens, les infirmières, les physiothérapeutes, les technologues, pour ne nommer que ceux-là. Nous suggérons que cette voie continue d'être celle à suivre, une voie faisant appel au leadership médical et à la cogestion, une solution qui responsabilise les médecins et les rend imputables. De nombreux exemples de cogestion dans nos centres hospitaliers existent, et le tout fonctionne très bien.

Nous sommes également préoccupés par le niveau d'information que souhaite obtenir le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de ce projet de loi. Dans la pratique, avec comme objectif de mieux gérer les effectifs médicaux, l'État se donnerait le droit d'accéder à l'ensemble des bases de données de la Régie de l'assurance

maladie du Québec, pas seulement pour les médecins, mais pour tous les professionnels rémunérés, optométristes, dentistes, sages-femmes, etc.

Pour vous donner une idée, juste pour les médecins spécialistes, c'est un amalgame de données comptant 40 millions de lignes d'information auxquelles le ministère pourrait accéder immédiatement si le projet de loi venait à être adopté. Il pourrait accéder aux noms des médecins et à tous les renseignements personnels que détient la régie. Pour nous, c'est difficilement acceptable.

Ce n'est pas pour cette raison et dans ce but que la Loi sur l'assurance maladie a été adoptée et sanctionnée. Pour être bien clair avec les parlementaires, les données dont on parle ici sont des données de facturation. La seule raison pour laquelle la régie dispose de ces données, c'est qu'elle doit rémunérer les médecins dans le cadre de leur travail. Ce n'est pas simplement, par exemple, en regardant le nombre d'actes que pose un médecin qu'on peut juger de sa performance. Une telle approche ne permet pas d'apprécier les soins qui sont donnés aux patients. La fédération, en somme, s'oppose à toute divulgation d'informations personnelles ou nominatives concernant ses membres.

De plus, à l'heure où le gouvernement propose à l'Assemblée nationale de revoir l'ensemble du cadre de gestion des renseignements personnels dans le secteur de la santé dans un autre projet de loi, le projet de loi n° 19, on s'interroge sur les raisons qui viennent créer une exception parapluie dans le cadre du projet de loi n° 11. D'une part, ce n'est pas l'objet du projet débattu aujourd'hui. D'autre part, on touche à bien plus que simplement l'accès à la première ligne, on parle de l'ensemble des données de la RAMQ.

• (11 h 50) •

En conclusion, M. le Président, il faut rappeler que la fédération est toujours ouverte à discuter de mesures qui favorisent l'accès aux soins de santé. Pendant la pandémie, nos membres ont été et sont demeurés présents, attentionnés, disponibles, collaborateurs. Notre mission, c'est de soigner nos concitoyens par temps clair comme par temps dur.

Par le passé, les gouvernements précédents, à plus d'une demi-douzaine de reprises, ont eu tendance à utiliser l'Assemblée nationale pour imposer des solutions; elles n'ont à peu près jamais donné de résultats escomptés. Ce rappel historique me donne l'occasion de vous enjoindre à la prudence, en particulier à l'égard de la protection des renseignements personnels. Mais, du même souffle, je tiens à vous assurer que la fédération et ses membres collaboreront de près à la bonification de l'accès aux soins. Nous croyons cependant que le remède à certains maux du réseau se trouve dans des solutions locales et sur mesure plutôt que par l'imposition de solutions du haut vers le bas.

Pour toutes ces raisons, la fédération émet de sérieuses réserves sur l'actuel projet de loi et invite les parlementaires à la prudence dans l'imposition de solutions en santé par le biais d'une loi. Nous demeurons bien sûr disponibles pour répondre à vos questions. Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup pour votre exposé. Nous allons débiter cet échange avec M. le ministre. Je vous cède la parole, M. le ministre.

**M. Dubé :** Alors, merci beaucoup, M. le Président. Dr Oliva, M. Desgagné, merci beaucoup d'être là aujourd'hui. Puis je suis d'accord avec vous que ce n'est pas facile de garder un équilibre entre l'urgent et l'important. L'urgent, c'est la pandémie, vous avez absolument raison. Mais, si on veut changer les choses, il faut prendre, des fois, un petit peu de recul puis de regarder aussi l'important. L'important, c'est ce qu'on est en train d'essayer de faire, ça fait que merci beaucoup d'être là.

J'ai la prétention de penser que vous pouvez apporter énormément à cette discussion-là. J'ai eu la chance de travailler avec vous, là, depuis deux ans, avec vous puis vos collègues, puis on s'est toujours entendus pour trouver des solutions, alors je suis certain que vous pouvez apporter beaucoup de valeur à ce projet de loi là.

D'entrée de jeu, je vous dirais, Dr Oliva, qu'on est ouverts aux améliorations du projet de loi. Il y a beaucoup de choses là-dedans. Puis je vous entends sur des questions de protection de données, si effectivement, lorsqu'on aura la possibilité de regarder... quand on aura la possibilité de regarder le projet de loi qu'on appelle article par article, on va tenir compte de vos commentaires dans votre... pour s'assurer que nos objectifs d'avoir accès à de l'information ne sont pas contraires aux objectifs de protection de données, de facturation, etc. C'est... Je suis très conscient de ce que vous mentionnez comme point aujourd'hui, puis on fera les améliorations nécessaires, on raffinera, au besoin.

Moi, Dr Oliva, je suis beaucoup projeté vers l'avenir. Puis j'entendais les commentaires qu'on a eus, tout à l'heure, dans d'autres discussions, je pense que tout le monde comprend bien maintenant que ce qu'on veut faire... puis, encore une fois, je le dis, du raffinement, mais, dans le cas des médecins généralistes, il faut bien comprendre quelle est leur charge de travail en ce moment, avec les AMP, les autres fonctions qu'ils ont. Ça, les gens, je pense, comprennent bien notre intention, maintenant, de... C'est la première partie du projet de loi.

La deuxième... puis c'est pour ça que j'entendais tantôt certains de mes collègues qui disaient : Oui, mais qu'est-ce que ça va apporter? Mais la journée qu'on a bien défini la charge de travail puis est-ce qu'on doit augmenter les médecins dans certaines régions aussi, bien, c'est sûr que la question de la prise de rendez-vous puis de la façon dont on va rendre ces médecins-là disponibles pour des gens qui auront maintenant soit un médecin de famille ou qui auront accès à un médecin de famille par des guichets de pertinence ou à d'autres professionnels, c'est sûr que la deuxième partie du projet de loi, elle est là pour ça. Je pense qu'il ne faut pas l'oublier, que ce projet de loi là, il n'est pas compliqué, il a deux objectifs, c'est de bien connaître l'occupation de nos médecins pour être capable de s'assurer que, s'il y a des changements à faire, on les fait, notamment d'augmenter le nombre de médecins dans les régions mais aussi de s'assurer que les Québécois peuvent leur avoir accès, notamment par des guichets de pertinence ou par des rendez-vous. Ça fait que je veux juste mettre ça...

Sur la question de la pertinence, vous avez été, Dr Oliva, vous et votre association, puis même au moment où j'étais au Trésor, les premiers à reconnaître l'importance de la pertinence dans les actes. Et ça, je dois le dire aux Québécois qui nous écoutent, c'est un gros enjeu de notre réseau de la santé. Puis vous le savez parce que vous avez été celui qui m'a fait aussi évoluer, au cours des derniers mois, des dernières années, en disant : La pertinence, ce n'est pas juste une question de savoir si l'acte est à la bonne rémunération, mais est-ce qu'on pourrait l'enlever, est-ce qu'on pourrait peut-être mettre nos énergies ailleurs? Et je pense que cette ouverture d'esprit là que vous avez, à la FMSQ, me fait penser comment c'est important de revenir sur le guichet d'accès à la pertinence. Puis je le répète, là, pour ceux qui nous écoutent aujourd'hui, ce qui a été fait à Rimouski, on n'a pas besoin de projet de loi pour ça. Il faut juste l'implanter ailleurs puis donner les ressources pour que la pertinence puisse être faite comme vous le faites à la FMSQ.

Sur l'accès à la première ligne, bien, écoutez, moi, je vous dirais, Dr Oliva, puis je veux vous entendre, c'est sûr, on l'a vu, qu'il y a un enjeu, puis je voudrais vous entendre là-dessus, parce que, vous savez, là, moi, j'aime beaucoup les données puis je pense que c'est ça que les Québécois nous demandent, c'est d'essayer de trouver des solutions. Et, quand je regarde le nombre de rendez-vous qui se prennent entre les omnis... un omni rencontre un patient, puis dire : Bien là, je ne peux pas, moi, vous aider, mais je vais vous référer à un spécialiste, donc aux gens de votre association, et le temps que ça prend, des fois, c'est très long, hein? Les gens disent : Malheureusement, dans certaines spécialités — puis là je pense à la dermatologie, je pense qu'il y en a qui sont plus difficiles que d'autres — il y a énormément de délais. Puis ça, ce n'est pas un enjeu de première ligne, mais c'est un enjeu de deuxième ligne.

La question que j'aimerais vous poser, puis je vous ai déjà entendu là-dessus, c'est : Comment vous pensez qu'on peut s'assurer que, là... Puis moi, je regarde les données, là, depuis un certain temps, parce qu'avant on n'avait pas ces données-là, là on les a, puis ça nous permet de poser les bonnes questions. Puis c'est ça que les Québécois s'attendent de nous comme gestionnaires. Il y a 600 000, 700 000 rendez-vous qui sont en attente entre les omnis et les spécialistes. C'est beaucoup, ça, là, là. Il y a 700 000 rendez-vous qui sont en attente pour différents professionnels. Parlez-moi de pertinence, parlez-moi comment vous, vous voyez ça, qu'on pourrait améliorer ça, parce que ce n'est pas juste un enjeu de première ligne, là, c'est un enjeu de collaboration entre les deux groupes. J'aimerais ça, vous entendre là-dessus, s'il vous plaît.

**M. Oliva (Vincent) :** Bien, d'abord, M. le Président, M. le ministre de la Santé, donc c'est une question assez large que vous soulevez, mais effectivement, la pertinence, je pense que c'est un enjeu sur lequel je me suis déjà exprimé, puis que vous soulevez encore aujourd'hui, puis je pense que c'est important de mettre en lumière ce que c'est, la pertinence.

Dans le fond, la pertinence, c'est d'éliminer les activités médicales qui ont peu de valeur ajoutée pour le patient. Et puis ça a l'air simple à dire, mais il y en a quand même beaucoup. Disons, le piège là-dedans, c'est d'essayer de ne pas pointer des doigts. Parce qu'il faut réaliser que c'est l'affaire de tous, hein? Il y a d'abord les patients, qui lisent, qui veulent des soins, qui veulent des examens. Les omnipraticiens sont impliqués là-dedans, réfèrent à des spécialistes. Les spécialistes sont impliqués. Ça fait qu'autrement dit tout le monde est impliqué dans ça, puis il faut changer nos comportements et faire en sorte que le bon soin est donné par le bon professionnel au bon patient au bon moment.

• (12 heures) •

Alors, il y a beaucoup d'intersections entre la première et la deuxième ligne, hein? Il y a... Les omnipraticiens, on sait qu'ils ont des activités particulières, on sait qu'ils font aussi de l'hospitalisation, ça fait qu'ils ne font pas juste de la prise en charge. Et, la même chose, les médecins spécialistes, entre autres à l'urgence, entre autres quand ils voient des patients qu'ils suivent, bien, ils en font aussi, disons, de la première ligne, entre guillemets, parce qu'ils font du suivi de patients, dans le fond, qui pourraient être pris en charge par la première ligne. Alors, il y a beaucoup d'intersections entre, si on veut, nos implications, et ça, ça ouvre à la question de l'interdisciplinarité, parce qu'effectivement il y a d'autres ordres professionnels, d'autres professionnels de la santé qui peuvent prendre en charge ces maladies-là, ces patients-là.

Donc, quand vous dites qu'il y a beaucoup de patients qui attendent une consultation en médecine spécialisée, vous avez absolument raison. Et puis, là, tu sais, je ne veux pas lancer des chiffres en l'air, mais ce n'est pas juste au Québec que ce problème-là existe, si on veut. Partout sur la planète, il y a des publications qui disent qu'il y a 20 % à 30 % des soins qu'on ne serait peut-être pas obligés de donner ou qu'on pourrait donner différemment. Alors, ce que ça veut dire, c'est que, sur les 600 000 ou 700 000 patients qui sont en attente, ils n'ont pas nécessairement tous besoin d'être vus par un médecin spécialiste. Alors, c'est cette espèce de filtre qu'il faut mettre en place. Il faut essayer de raccourcir la boucle. Parce que, là, actuellement, il y a des patients qui voient un médecin de famille, qui sont envoyés au médecin spécialiste, puis le médecin spécialiste dit : Bien, je vais l'envoyer faire de la physio, puis, après ça, il me revient puis je te le renvoie. Alors, ça fait en sorte qu'il y a beaucoup d'arrêts, dans le fond, dans un système où on pourrait raccourcir beaucoup cette boucle et puis faire en sorte que l'omnipraticien, au lieu de le voir deux ou trois fois, il le voit une fois.

Puis il y a un des outils, vous savez, qui commence à être déployé, c'est le Conseil numérique, qui est, en gros, une plateforme où l'omnipraticien demande conseil au spécialiste puis il lui demande : Qu'est-ce que je dois faire avec mon patient? Est-ce que ça vaut la peine que je te l'envoie? Et, si la réponse est non, bien, ça raccourcit la boucle. Ça donne du feedback aussi à l'omnipraticien ou ça lui donne des outils pour continuer à le prendre en charge, et tout le monde, disons, travaille de façon plus efficace, sans se renvoyer les patients. Alors, c'est des outils comme ça qu'on est en train de mettre en place, sur lesquels on pousse beaucoup.

Puis vous avez raison, M. le ministre, l'idée de la pertinence, ce n'est pas nécessairement de revoir... Tu sais, on comprend que, dans l'entente, il y a de l'argent qui est impliqué là-dedans, mais, si on revient à l'essence même

de la pertinence, c'est d'arrêter de faire les choses qui ne sont pas utiles pour les patients. Puis ça, il y en a beaucoup, puis on a l'intention de travailler avec vous sur ces solutions-là.

**M. Dubé :** Bien, écoutez, Dr Oliva, puis je suis content de vous entendre là-dessus. Puis c'est pour ça que je soulève ce point-là, parce que, tout récemment, vous avez annoncé, par exemple, une nouvelle façon de regarder comment la prise de rendez-vous peut se faire en dermatologie, là. Vous vous souvenez, il y a quelques semaines, il y a eu des annonces là-dessus. Puis je veux le mentionner aux Québécois qui nous écoutent parce que ces nouvelles façons là de travailler grâce au Conseil numérique, grâce aux nouveaux outils, il ne faut pas les prendre à la légère. Puis j'entendais, tout à l'heure, des gens qui disaient : Oui, mais, écoutez, c'est juste des rendez-vous électroniques. Je m'excuse, là, on a accès à ces outils-là maintenant qu'on n'avait pas avant. Et je veux donner cet exemple-là, que la deuxième partie du projet de loi n° 11, elle traite de ça. Elle dit : Maintenant, on a accès à des outils qu'on n'avait pas avant, et ces outils-là permettent, comme on l'a fait durant la vaccination, aux Québécois d'interagir beaucoup plus facilement avec leur professionnel. Alors, il faut avoir une ouverture d'esprit de dire : Ces outils-là, ils sont disponibles. Et on l'a vu dans des régions, mais on l'a vu aussi avec votre pratique professionnelle de spécialiste, qu'il faut être ouvert à ces changements-là. Ce n'est pas juste une question d'électronique, c'est une question d'avoir la ressource au bon endroit, d'avoir accès aux données, je reviens, mais aussi d'avoir accès à ces nouveaux systèmes-là. Et moi, je suis content de le voir parce que, du côté des spécialistes, c'est ce qu'on appelle le CRDS, pour être capable d'avoir, justement, le centre de rendez-vous avec des spécialistes. Vous le dites, il y a des améliorations à faire de ce côté-là, et je pense que nos médecins de famille vont être encore bien plus heureux de vous entendre que cette boucle-là dont vous parlez, entre le médecin de famille et le spécialiste, si elle se fait plus facilement grâce à ces outils-là, notamment, tout le monde va être heureux, parce que c'est ça les Québécois qu'ils veulent. C'est qu'ils veulent en avoir pour leur argent, parce que lorsqu'on prend... je m'excuse d'être aussi direct que ça, là, mais la masse salariale des omnis et des spécialistes, on parle de plusieurs milliards ensemble. Alors, ce qu'il faut que les Québécois comprennent, c'est que notre objectif, ce n'est pas de contrôler, mais c'est de mieux gérer tout ce bassin de spécialistes là, incluant les médecins de famille qui ont une spécialité en médecine de famille.

Donc, je veux juste que... puis j'apprécie votre commentaire, parce que... et le dernier, c'est que je pense que vous avez montré, votre association, qu'il était possible de s'entendre avec la négociation. Puis j'aimerais ça... vous avez dit que vous préférez la négociation, mais, en même temps, j'aimerais rappeler que, pour être capable de bien négocier, il faut avoir les données, et, en ce moment, malheureusement, avec les omnis, il n'y en a pas, de ces données-là de façon régionale. Et j'apprécie beaucoup le commentaire que vous avez fait, et c'est ça qu'on va faire avec le projet de loi n° 11, c'est d'amener cette granularité-là jusqu'à la région. Et merci beaucoup pour votre intervention, Dr Oliva. Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** Il vous reste encore une minute, si vous voulez...

**M. Dubé :** Bien, si... je pensais que vous me faisiez un signe que c'était terminé. Est-ce qu'il y a quelque chose qu'on oublie, Dr Oliva? Je vais prendre le risque d'une question ouverte, là. Je vous donnerais la minute qu'il me reste pour me dire est-ce qu'il y a quelque chose qu'on oublie, qui est importante, là, pour les prochains jours?

**M. Oliva (Vincent) :** Bien, écoutez, de répéter que l'accès, c'est clair que c'est notre priorité, là, surtout avec cette pandémie qui a fait gonfler les listes d'attente, je pense qu'il va falloir s'y mettre. Et puis, effectivement, vous mentionnez, tantôt, les changements qui sont mis en place. Et puis, par exemple, les consultations numériques avec la dermatologie. Puis c'est un bon exemple qu'on peut faire les choses différemment, qu'il ne faut pas avoir peur du changement. Ça fait que ça, je pense que c'est très important. Ensuite, il faut qu'on fasse plus avec l'argent qu'on a. Ça, c'est critique parce que, dans le fond... je m'excuse d'utiliser des expressions peut-être un peu communes, mais on... des fois, on dirait qu'on brûle du gaz à faire du sur place. Autrement dit, on n'est pas assez efficace et ça, ça rejoint la pertinence. Ça veut dire qu'il y a des activités, en ce moment, qu'on fait, qui ne sont pas nécessaires. Il faut comprendre que ça prend la place d'autres patients qui attendent. Alors, ça, il faut absolument s'y mettre rapidement. Puis nous, on est prêt à se mettre à table. Et puis, on tend... on a tendu la main, aussi, aux omnipraticiens. On collabore très bien avec les omnipraticiens. On a échangé avec eux nos projets de pertinence. Et puis, on va continuer à travailler ensemble pour améliorer l'accès aux Québécois.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup.

**M. Dubé :** Merci, Dr Oliva. Merci, M. Desgagné. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Provençal) :** Nous allons poursuivre avec le député de Nelligan. À vous.

**M. Derraji :** Merci, M. le Président. Merci à vous deux d'être là en commission. Merci pour le rapport. Je n'ai pas malheureusement le temps nécessaire, comme le ministre, pour parler avec vous sur le système de santé. Mais, sûrement, on va avoir l'occasion d'échanger avec vous au courant des prochains jours.

Ma première question, c'est en lien avec votre commentaire dans la page 11. Vous dites : «Le projet de loi dépasse donc largement l'objectif d'accès à un médecin en première ligne dans le traitement qu'il souhaite réserver aux renseignements détenus par la RAMQ.» Vous insistez beaucoup, beaucoup sur les renseignements depuis le début.

J'ai deux questions. À part la question du renseignement, moi, ce qui m'inquiète aujourd'hui, c'est la liste d'attente. Un million de Québécois en attente d'un médecin de famille. C'est du jamais vu au Québec. Vous êtes responsable de la deuxième ligne. On sait très bien qu'un patient qui souffre d'une maladie chronique, qui n'a pas vu son médecin de famille, c'est des coûts plus tard pour le réseau de la santé, et notamment vous. Ce que vous avez devant vous aujourd'hui, et j'en suis sûr et certain, vous avez analysé très bien le projet de loi n° 11. Pensez-vous que c'est ça, la solution, c'est cela, la solution, pour diminuer la liste d'attente en médecine de famille?

**M. Oliva (Vincent) :** Alors, M. le Président, en fait, pour répondre à cette question-là, je pense qu'il faut d'abord que je mette les choses en perspective, il faut que je vous dise que ce qui nous touche directement ou potentiellement et ce qui va chercher une corde sensible, c'est effectivement l'accès aux renseignements. Ça, je pense qu'on a été clairs là-dessus, on ne pense pas que d'avoir accès aux renseignements de la RAMQ, c'est la solution parce que les données de facturation ne sont pas un bon instrument de mesure pour mesurer, dans le fond, la productivité des médecins. Donc, c'est sûr qu'il y a aussi toute la question de la divulgation des renseignements personnels qui nous gêne beaucoup. Ça fait que ça, c'est la première chose.

Ensuite, bien, vous me posez des questions sur des mécanismes qui touchent directement les omnipraticiens et sur comment améliorer l'accès à la première ligne. Alors, ça, je veux dire, ce que je peux vous dire, c'est qu'il y a un continuum entre la première ligne et nous et qu'on est prêts à travailler sur des solutions. Autrement dit, j'ai dit tantôt qu'il y avait des intersections, puis c'est sûr que, si on peut aider là-dedans puis faire en sorte que ça dégage du temps pour les omnipraticiens à assumer leurs responsabilités, sachant que nous aussi on a une liste d'attente qui est très élevée... je pense que les listes d'attente sont élevées pour tout le monde, hein, l'accès au réseau est bouchonné actuellement, puis ça a été empiré beaucoup par la pandémie... Ça fait qu'on est prêts à discuter de ces solutions-là. Cependant, le coeur de ce projet de loi là touche les omnipraticiens. Et puis je réserverais là-dessus mes commentaires parce que, de la même façon, si jamais un projet de loi nous touchait de plein fouet dans nos mécanismes, disons, de prise de rendez-vous, je n'aimerais pas que les omnipraticiens fassent des commentaires. Donc, autrement dit, ça les regarde plus directement puis je préfère les laisser, disons, commenter sur ces aspects-là.

• (12 h 10) •

**M. Derraji :** Oh! en fait, je vais juste préciser parce que, malheureusement, je n'ai pas beaucoup de temps. En fait, je n'invente rien, c'est votre rapport : «Le projet de loi dépasse donc largement l'objectif d'accès à un médecin en première ligne dans le traitement qu'il souhaite...» Et corrigez-moi si je me trompe, mon interprétation, c'est que, probablement, vous pensez que c'est une étape, la médecine de famille, probablement, ça serait un autre accès plus tard à autre chose. Je formule juste l'hypothèse. Parce que vous dites que ça touche les médecins de famille, que ce n'est pas vous, vous laissez ça aux médecins de famille, mais, quand même, vous êtes là pour un projet de loi qui touche la médecine familiale. Il ne touche pas la médecine des spécialistes, il touche la première ligne, ce projet de loi, et vous êtes là pour s'exprimer dans ce projet de loi.

Donc, je tiens juste à comprendre. C'est quoi, votre crainte aujourd'hui? Est-ce que votre crainte que ça va au-delà de juste l'accès aux renseignements? Est-ce que vous voyez une menace pour vous prochainement? Que, si le législateur ouvre cette porte, ça serait quelque'un d'autre demain?

**M. Oliva (Vincent) :** Bien, vous savez, il y a à peu près 55 000 travailleurs de la santé, là. Ça fait beaucoup de citoyens qui seraient touchés par ce projet de loi là parce que ça donnerait l'accès aux ministres, aux ministères, aux établissements de santé à des données très précises, des données personnelles nominatives de tous ces citoyens-là. Ça fait que, pour moi, c'est un débat qui dépasse l'objet du projet de loi n° 11. Ça devrait faire plutôt l'objet d'une commission sur l'accès aux renseignements. Donc, c'est ça qui nous inquiète, c'est la divulgation de ces renseignements-là. Je pense qu'on doit être sensibles à ça, comme société. Il faut être très prudents. On n'est pas dans une société de Big Brother, hein, il ne faut pas s'approcher de ça.

**M. Derraji :** Bien, je pense que je partage votre préoccupation parce que, même au début, je me suis posé la question : Est-ce que je suis dans une commission de santé et services sociaux? Parce que je n'ai pas entendu le continuum de soins, je n'ai pas entendu une insistance sur le travail multidisciplinaire. On va me dire oui, ça fait partie, mais la crainte... Et je vous pose la question, il y a 1 million de Québécois, aujourd'hui, qui attendent des solutions, il y a 1 million de Québécois, vous êtes aussi et vous serez touchés par ça parce qu'encore une fois je ne vous apprend rien un patient qui souffre d'une maladie chronique, qui n'a pas vu son médecin de famille, et que le temps joue contre lui, il se ramasse directement à l'urgence et se ramasse chez vous, et vous souffrez déjà avec une liste d'attente très élevée, et c'est là ma question : Est-ce qu'aujourd'hui, dans ce qu'on voit au niveau marketing, sur la place publique, avec la refonte d'un système de santé, et qu'on a dit aujourd'hui que c'est le premier pas avec le projet de loi n° 11, pensez-vous vraiment qu'on est en train de parler du continuum de services ou bien, comme vous l'avez très bien dit, ce projet de loi doit être dans la case de l'accès aux renseignements et être étudié à part quand, notre problème, c'est l'accès à 1 million de Québécois?

**M. Oliva (Vincent) :** Bien, nous, ce qu'on souhaite et... c'est premièrement que le gouvernement et les omnipraticiens s'entendent, s'assoient, puissent discuter, puis s'entendre sur des solutions. Et puis il y a des solutions communes qui peuvent être appliquées aux omnipraticiens comme à nous parce qu'il y a un continuum, puis ces solutions-là, on a commencé à en discuter et on en discute et on va continuer à les faire avancer parce que l'accès des patients aux soins de santé, c'est ça qui nous empêche de dormir, là. En ce moment, là, on n'est pas capable d'y parvenir

parce que... et on en a parlé, c'est sûr que le système de santé n'était pas parfait avant la pandémie, hein, puis... mais ça a été drôlement empiré. Ça a mis en relief la fragilité de notre réseau. Alors, maintenant, on n'est pas dans une période où on pense où il faut se confronter, je pense qu'il faut qu'on se mette à table ensemble puis qu'on travaille ensemble main dans la main puis on pense que c'est possible.

**M. Derraji :** Donc, vous venez de dire que ce n'est pas le moment de se confronter. Est-ce que je dois comprendre que le gouvernement et le ministre de la Santé est en confrontation avec la FMOQ? Parce que c'est ce qu'ils ont dit ce matin. Ils ont dit qu'on avait une entente. On était en train de négocier. Vous avez dit maintenant : Il faut s'entendre. Donc, je vois beaucoup de mots de négociation, de s'entendre, arriver à une entente, et non pas un projet de loi dans vos propos. Donc, qu'est-ce que selon vous, selon votre interprétation, sans vous mettre aucun mot dans la bouche parce qu'il s'agit de la FMOQ, et vous n'êtes pas des gens qui parlent au nom de la FMOQ, mais votre interprétation du climat général que le gouvernement n'utilise pas la voie de l'entente, de la négociation, mais plutôt de la confrontation. Est-ce que j'ai bien saisi vos propos?

**M. Oliva (Vincent) :** Ce que je dis, c'est que, nous, en ce moment, avec tous les partenaires du réseau, on collabore puis on trouve des solutions. Ce qu'on souhaite, c'est que ce soit la voie qui soit privilégiée par le gouvernement pour discuter avec les omnipraticiens, puis c'est ce que c'est ce qu'on souhaite.

**M. Derraji :** D'une autre façon, pas le projet de loi, mais plutôt une entente claire qui, au bout de la ligne, va avoir un impact sur le million de patients.

**M. Oliva (Vincent) :** Bien sûr qu'on pense que la voie législative n'est pas la voie privilégiée.

**M. Derraji :** C'est très clair. C'est très clair. Pensez-vous que le projet de loi fait fuir les jeunes médecins et est-ce qu'il va y avoir de la difficulté à combler les besoins au niveau de la première ligne?

**M. Oliva (Vincent) :** Bien, écoutez encore une fois, moi, là-dessus, je ne suis pas le premier touché par ça, mais ce que ce que j'observe, c'est ce que j'entends, puis les étudiants en médecine, les candidats qui considèrent à prendre la médecine de famille ou la médecine spécialisée, effectivement, hésitent, et je pense que c'est ce climat de mésentente, je dirais, je pense à l'attractivité de la profession, alors ça, je suis sensible à ça aussi. Je pense que si le climat est plus à la discussion et à la collaboration, ça va faciliter l'adhésion des candidats à la médecine de famille.

**M. Derraji :** Et on s'entend que ce projet de loi ne règle pas la question de l'attractivité. Je vais revenir à la question du continuum de services parce que ça m'intéresse beaucoup. On a vu l'impact de la pandémie sur la deuxième ligne. On l'a vu le délestage. On a vu les niveaux de délestage 1, 2, 3, 4, 5. On a vu plein, plein, plein de plans sur la table. Là, aujourd'hui, la situation, elle est très critique au niveau de la première ligne. Bon...

**Le Président (M. Provençal) :** Je suis obligé de vous interrompre parce que le temps est écoulé, malheureusement pour vous.

**M. Derraji :** Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, on poursuit avec le député de Rosemont.

**M. Marissal :** Oui, merci, M. le Président. Bonjour, messieurs, merci de votre présentation, qui est claire. Vous dites dans la recommandation n° 1 que vous voulez le retrait de l'article 6. Mais moi, j'écoute le ministre, là, ce matin. Puis, depuis un moment que je le pratique, ça a l'air d'être pas mal le nerf de la guerre de son affaire. Ça fait que si on retire l'article 6, est-ce qu'on ne devrait pas passer le projet de loi à la déchiqueteuse? Parce que sinon ça perd un peu de son objet. Comment vous voyez la concrétisation de ce projet de loi là sans sa colonne vertébrale?

**M. Oliva (Vincent) :** Bien, M. le Président, pour répondre à cette question, je pense que c'est au ministre de la Santé qu'il faut poser la question. Nous, ce qu'on dit, c'est que cet article 6 vient toucher beaucoup de professionnels de la santé, dont les médecins spécialistes, puis évidemment, il nous inquiète parce qu'on pense que ça n'est pas une solution pour améliorer l'accès. Donc ça, c'est l'essence de nos propos. Maintenant, j'ai quand même entendu le ministre de la Santé dire qu'il était ouvert à faire des accommodements ou des modifications. Donc ça, ça m'encourage.

**M. Marissal :** ...nous aussi. C'est clair qu'on est ici pour ça, idéalement, mais je vois mal comment on peut concrétiser ce projet de loi puisque ça passe par ça, là. La charnière de cette affaire-là, c'est la collecte d'informations puis la diffusion pour être capable de suivre presque en temps réel la pratique des médecins de famille dans ce cas-ci.  
• (12 h 20) •

**M. Oliva (Vincent) :** Bien, écoutez, moi, je peux parler de ce que je connais, puis j'ai été chef de département pendant huit ans avant d'arriver à la FMSQ, puis comme chef de département, je m'assoiais avec mon DSP, je regardais les listes de travail et je lui disais : Bien, voici comment on répartit nos effectifs pour être sûr qu'il n'y a pas de trou puis que l'accès est complet. Donc, j'ai l'autre... Un des aspects sur lesquels j'ai insisté ou que j'ai mentionnés,

c'est la cogestion, O.K., je pense qu'il y a moyen de responsabiliser les médecins, de faire en sorte qu'ils sont imputables dans un rôle de cogestion. Et je pense que, ça, c'est beaucoup plus porteur, c'est beaucoup plus granulaire, c'est beaucoup plus efficace que de légiférer et d'essayer d'obtenir des renseignements, dans le fond, qui ne sont pas nécessairement un bon instrument de mesure.

Donc, c'est ça, l'essence de nos propos, c'est de s'éloigner un petit peu, premièrement, du cadre légal, puis surtout de l'accès aux renseignements, qui ne nous donneront pas nécessairement de solutions pratiques sur comment améliorer l'accès, puis de plutôt travailler sur le leadership médical, l'imputabilité, la cogestion. Ça prend, oui, les médecins connaissent bien l'activité médicale. Et ces notions-là doivent être incorporées dans les notions de gestion pour s'assurer que les services sont bien rendus. Ça prend aussi un gestionnaire. C'est pour ça que ça s'appelle la cogestion. Puis je l'ai vécu, puis ça fonctionne très bien. Alors, moi, j'insiste beaucoup plus sur l'imputabilité des gens en poste et sur les qualités de leadership des médecins.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup. Nous allons poursuivre avec le député des Îles de la Madeleine.

**M. Arseneau :** Merci beaucoup, M. le Président. Messieurs, merci de votre présentation, trois recommandations très, très claires. Je vais continuer un peu dans le même sens que mon collègue de Rosemont sur l'article 6 et sur l'information, les données. Le ministre a mentionné tout à l'heure qu'il voulait bien négocier, mais que, pour cela, il avait besoin d'avoir les données. Ce qui vaut pour la FMOQ va falloir nécessairement pour la FMSQ et pour toutes les autres professions. C'est ce que je comprends. C'est ce qui vous titille un peu, là, ou qui vous inquiète.

**M. Oliva (Vincent) :** Bien, oui, absolument. C'est que... Ça nous inquiète parce qu'avec cet article-là, ça fait en sorte qu'il y a 55 000 travailleurs de la santé qui vont être touchés. Ces gens-là ont donné leur accord pour que leurs renseignements soient utilisés, pour qu'ils soient rémunérés, mais pas pour les donner au réseau, pour les utiliser dans un contexte qui n'est pas celui à l'origine qui a été décidé, puis surtout, qui ne sera pas la bonne cible. On ne pense pas que ça va servir à bonifier l'accès.

**M. Arseneau :** Bien, ce qui nous amène un peu... Pardonnez-moi, on manque de temps, à votre deuxième recommandation où vous appelez le gouvernement à respecter la lettre et l'esprit de la Loi sur l'assurance maladie. Est-ce que vous voyez dans le projet de loi quelque chose qui vous fait douter du fait que le gouvernement respecte et la lettre et l'esprit de la loi?

**M. Oliva (Vincent) :** Me Desgagné, voulez-vous, peut-être faire un...

**M. Desgagné (Pierre-Luc) :** Peut-être un mot, M. le Président, et je salue le député des Îles de la Madeleine en même temps, M. le Président, peut-être un élément important ici, c'est que la Loi sur l'assurance maladie, elle, n'a pas été adoptée... son objet ne visait pas à transmettre un ensemble de données personnelles qui vont au-delà de l'administration de la rémunération des médecins. Alors, ce qui nous inquiète, c'est que, par le projet de loi, ce qui est proposé, c'est qu'on va au-delà de l'objet même de la Loi sur l'assurance maladie, qui est une loi qui visait à créer une régie qui, elle, reçoit des informations personnelles aux fins de rémunération. Et c'est ça qu'on exprime dans le mémoire.

**M. Arseneau :** Je comprends. J'aurais une petite dernière question si j'ai 30 secondes. Vous mentionnez à plusieurs reprises que vous voulez comprendre à quelles fins on veut utiliser les renseignements. Est-ce que vous avez davantage de réponses au sortir de cette consultation...

**M. Oliva (Vincent) :** Non, je n'en ai pas plus. Puis moi, je vais être très prudent, là, je ne fais pas de procès d'intention, là. Tout ce qu'on dit, c'est que, pour nous, ce n'est pas la bonne voie à adopter. Par ailleurs, on est prêts à discuter, se mettre à table et puis faire tout ce qu'il faut pour améliorer l'accès et collaborer avec nos collègues omnipraticiens puis avec le gouvernement puis le ministère.

**M. Arseneau :** Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** Nous concluons cet échange avec la députée d'Iberville.

**Mme Samson :** Merci, M. le Président. Messieurs, vous avez été on ne peut plus clairs, et ça soulève une question. Quand on entend toute la collaboration des différentes fédérations qui est offerte, on se demande pourquoi ça ne marche pas mieux. Comment se fait-il qu'avec toute la bonne volonté de tout le monde, celle du ministre, qui ne veut pas contrôler les agendas, dévoiler des données, la volonté des fédérations d'améliorer les soins à la population et leur accès... On ne comprend pas que ça ne marche pas mieux. Il me semble qu'une réunion de trois heures devrait régler ça, là. Mais je vous remercie, messieurs, vous avez été très clairs. Merci beaucoup. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, je vous remercie pour votre contribution aux travaux de la commission. Je suspends les travaux pour... jusqu'aux affaires courantes, excusez-moi. Merci. Bon appétit à tous.

*(Suspension de la séance à 12 h 27)*

(Reprise à 15 h 36)

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, bonjour à tous. Bienvenue à la Commission de la santé et des services sociaux.

La commission est réunie afin de poursuivre les consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 11, Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre.

Cet après-midi, nous entendrons par visioconférence les groupes suivants : le Collège des médecins du Québec, l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec et Me Paul Brunet, président-directeur général du Conseil de la protection des malades.

Je souhaite la bienvenue aux représentants du Collège des médecins du Québec. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter et à débiter votre exposé. La parole est à vous.

### Collège des médecins du Québec (CMQ)

**M. Gaudreault (Mauril) :** Bonjour, je me nomme Mauril Gaudreault, je suis président du Collège des médecins du Québec, et je suis accompagné du Dr André Luyet, qui est directeur général du collège.

Bonjour, M. Provençal, et salutations à tous les membres de la Commission de la santé et des services sociaux. Bonjour également, M. Dubé. Je vous remercie de nous donner l'occasion de formuler publiquement les commentaires du collège sur le projet de loi n° 11 portant sur les services de première ligne par les médecins de famille.

L'accès des citoyens à la première ligne de soins est d'une grande importance pour nous, tellement que nous avons mis sur pied un chantier multipartite sur cet enjeu. Je vous en parlerai un peu plus tout à l'heure.

Sur le projet de loi n° 11, nous avons trois préoccupations : premièrement, l'élargissement de la première ligne pour englober un plus grand nombre de professionnels de la santé; deuxièmement, la revalorisation de la profession de médecin de famille; et troisièmement, le partage des données et le recours obligatoire au guichet d'accès.

Notre première préoccupation touche la capacité et la volonté du gouvernement d'élargir les ressources de la première ligne. Actuellement, le médecin de famille est la porte d'entrée. Faute de médecin de famille, des centaines de milliers de Québécois, vous le savez, rivalisent d'astuce et de détermination pour accéder aux soins. Nous sommes convaincus que pour élargir ce grave défaut d'accès il faille élargir la première ligne pour y inclure d'autres professionnels de la santé. Par exemple, l'accès pour un problème musculosquelettique pourrait être un physiothérapeute. Dans d'autres cas, ce pourrait être une infirmière praticienne spécialisée.

Cette première ligne doit par ailleurs inclure un accès fluide à la médecine spécialisée ainsi qu'aux services diagnostics de laboratoire et d'imagerie. Ceci suppose donc des outils technologiques appropriés. Nous en sommes convaincus, le réseau doit pouvoir travailler de front plutôt qu'à la chaîne, travailler ensemble plutôt qu'en silo, offrir des soins intégrés pour et avec les patients.

On retrouve les médecins de famille par ailleurs partout dans le réseau de la santé : dans les hôpitaux, en clinique privée, dans les GMF, dans les CHSLD, dans les résidences pour personnes âgées, chez les patients pour offrir des soins à domicile, dont des soins palliatifs, et dans les universités à enseigner à la relève. Dans la majorité des régions du Québec, leur rôle est incontournable pour le suivi des patients hospitalisés. Ces médecins de famille, ils sont écartelés entre leurs patients et l'ensemble de leurs autres obligations.

Le rôle du médecin de famille a évolué, il faut le reconnaître. Les pathologies qu'il traite sont plus nombreuses chez des patients de plus en plus âgés, de plus en plus malades, qui nécessitent davantage de soins et de suivi. Par ailleurs, les médecins souhaitent maintenant un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle, personnelle, le travail et leur engagement communautaire. La quantité des actes, donc, et/ou la disponibilité ne peuvent plus être considérées comme les seuls vecteurs d'une médecine de qualité. Pour une refondation de la première ligne, il faut d'abord changer la perception que l'on se fait du médecin de famille.

• (15 h 40) •

Ce qui m'amène à notre deuxième préoccupation sur la valorisation de cette profession médicale. Je suis médecin de famille au Saguenay depuis 50 ans. Ce fut pour moi un choix et une véritable vocation. Mais aujourd'hui, avec ce que j'entends de la bouche du gouvernement notamment, si j'étais en train de refaire ma formation postdoctorale, j'y penserais à deux fois. Et je ne serais pas le seul. Je serais très hésitant à m'impliquer dans cette discipline.

Les chiffres ne mentent pas, on peine à recruter d'année en année le minimum requis de candidats. On n'atteint pas la proportion de 55 % d'étudiants que nous désirons qu'ils aillent en médecine de famille depuis 10 ans. D'entendre le gouvernement dire qu'il a en main la liste des médecins qui ne font pas leur part, qui n'ont pas 1 000 patients ou qui ne sont pas assez disponibles, c'est une dévalorisation inacceptable de cette profession et c'est une vision très réductrice du rôle du médecin de famille, et ça, ça m'attriste énormément. Le Collège des médecins a donc bien hâte d'entendre les détails du plan du gouvernement pour réintéresser les étudiants à la médecine de famille.

Notre troisième préoccupation porte sur le partage des données et l'obligation de recourir au guichet d'accès. Et là-dessus je laisserais le soin au Dr Luyet d'aborder cette question.

**M. Luyet (André) :** Merci, Dr Gaudreault. Le partage des renseignements est l'une des pierres angulaires du projet de loi. Le collège veut s'assurer que les informations partagées seront utilisées avec toutes les précautions nécessaires et qu'elles ne seront pas détournées à des fins coercitives à l'endroit des médecins. Le projet de loi n° 11 autoriserait en effet la Régie de l'assurance maladie du Québec à communiquer certains renseignements pour la planification des effectifs médicaux à un établissement de santé ou encore à un département régional de médecine générale.

Actuellement, seuls les renseignements portant sur la rémunération des médecins leur sont transmis par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ces données n'incluant pas d'information permettant la planification des effectifs médicaux, le projet de loi élargit le type de renseignements transmis et les fins auxquelles ils seront utilisés. Ces changements permettront-ils d'identifier des médecins?

Sur la question, maintenant, de l'obligation de recourir au guichet d'accès, le collège l'estime trop restrictive et craint que des patients en fassent les frais. Par exemple, un médecin de famille devrait pouvoir assurer le suivi d'un membre de la famille de l'un de ses patients, sinon ce dernier devra passer par le guichet, et rien n'assure qu'il pourra être traité par le même médecin de famille. Le recours obligatoire au guichet d'accès pourrait aussi brimer les populations vulnérables peu enclines à s'inscrire sur cette plateforme, comme les patients sans médecin de famille aux prises avec un problème de toxicomanie. Par ailleurs, certains médecins ayant des pratiques particulières ou spécifiques à certaines populations, comme la santé mentale, l'obligation d'inscription au guichet empêcherait un suivi approprié.

Enfin, le projet de loi ne vise que les médecins de famille, oubliant les patients dont le suivi médical plus longitudinal est assuré par des médecins d'autres spécialités, comme la pédiatrie, la psychiatrie, la gériatrie ou la médecine interne.

**M. Gaudreault (Mauril) :** Merci, Dr Luyet. En terminant, quelques mots sur notre chantier sur l'accès aux soins et à la cessation d'exercice. Ce chantier multipartite, qui comprend des membres des fédérations médicales mais aussi du ministère de la Santé, a pour mandat d'optimiser, un, l'accompagnement des médecins en vue de leur cessation d'exercice et le suivi de leurs patients, deux, la contribution des différents professionnels de la santé, entre autres pour le suivi des patients orphelins, et, finalement, la communication entre les médecins et plus largement entre les divers professionnels de la santé.

Et ce chantier, il repose sur certains grands principes, d'abord la responsabilité sociale des médecins d'assurer des services à la population dans le territoire qu'ils desservent, ensuite, les moyens utilisés pour accroître l'accès à la première ligne ne doivent pas opposer quantité et qualité des soins, et finalement il faut permettre au patient d'avoir accès aux bons soins au bon moment par le bon professionnel.

Voilà. Le Collège des médecins souhaite que l'on réinvente ensemble les soins de première ligne. Il offre ainsi toute sa collaboration au gouvernement pour ce faire. Nous vous remercions de votre attention et sommes prêts à entendre vos commentaires ou encore à répondre à vos questions.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup pour votre présentation. La première personne avec laquelle vous aurez un échange, c'est M. le ministre. Alors, M. le ministre, je vous cède la parole.

**M. Dubé :** Oui, merci beaucoup, M. le Président. Dr Gaudreault, je voudrais partager une petite information personnelle avec vous et mes collègues députés pour vous souhaiter un bon anniversaire. Alors, il y a des sources d'information, puis je suis certain que mes collègues ici...

**M. Derraji :** Bien, il faut lui chanter bonne fête, hein, en direct, hein?

**Des voix :** ...

**M. Dubé :** Bien, il faut lui chanter bonne fête, Dr Gaudreault. Voilà.

**M. Derraji :** Hein, écoute, bonne fête.

**M. Dubé :** Allez-y, allez-y.

**Des voix :** ...

**M. Dubé :** Alors, Dr Gaudreault, très content, encore une fois, de pouvoir avoir cette discussion-là avec vous et avec votre collègue. J'aimerais dire aux Québécois qui nous écoutent aujourd'hui à quel point, depuis que j'ai eu la chance de travailler avec vous, que vous avez démontré beaucoup d'ouverture à l'innovation. Vous êtes, avec votre association, parmi ceux qui avez, entre autres avec la ministre qui m'a précédé, Mme McCann... l'organisation qui a fait plus, entre autres, pour les infirmières spécialisées, pour être capable d'avoir accès à ces services-là. Et, lorsque vous parlez, entre autres, d'élargir le cadre des professions pour être capable de mieux desservir la première ligne, je pense que vous avez énormément de crédibilité, parce que c'est vous qui avez été, avec vos collègues, à l'instigation de ça. Et on pourra entendre un peu plus tard les infirmières spécialisées, mais je tenais à le mentionner parce que vous avez beaucoup de crédibilité dans les recommandations que vous apportez. Je voulais que les gens en soient conscients.

Maintenant, sur vos trois objectifs, puis un peu ce que j'ai dit ce matin à la Fédération des médecins résidents, moi, je salue d'emblée les trois points que vous soulevez, qui sont des suggestions, et j'aimerais en reprendre quelques-uns pour peut-être préciser votre pensée.

Premièrement, pour la capacité d'élargir les ressources, vous avez parlé des physiothérapeutes, vous avez parlé, par exemple, des IPS, puis je vais y revenir, parce que vous avez dit : Écoutez, il faut arrêter d'avoir les silos puis que les gens puissent plus travailler ensemble puis même d'élargir à d'autres professions. J'aimerais vous entendre,

justement, sur la question des IPS. Parce qu'il y a eu les changements à la loi qui ont été faits par ma prédécesseure, mais où est-ce qu'on en est rendus dans l'application, selon vous, de l'utilisation des IPS dans la prise en charge? Où croyez-vous qu'on en est rendus aujourd'hui?

**M. Gaudreault (Mauril) :** Bien, écoutez, d'abord, merci pour vos souhaits de bonne fête, là. Merci beaucoup. Bien, écoutez, moi, bien, vous le savez, hein, j'ai démontré beaucoup d'ouverture, là, depuis trois ans, beaucoup, vraiment. Puis c'est le collège, maintenant, ce n'est pas juste Mauril Gaudreault, là, qui démontre cette ouverture-là, puis je pense que c'est la communauté médicale tout entière qui a beaucoup progressé dans la vision qu'elle a de l'exercice de la médecine. Et, comme j'ai dit souvent, ce n'est pas juste le Collège des médecins ou la communauté médicale qui allons faire en sorte d'améliorer le réseau et d'améliorer l'accès, c'est tous ensemble. Donc, c'est pour ça que je parle de silos; tous ensemble, on va devoir avoir une vision beaucoup plus globale que celle que nous avons eue jusqu'à maintenant.

Et au niveau de la première ligne, à mon avis, il faudra travailler à la réinventer et aller dans une façon de faire beaucoup, beaucoup, beaucoup plus interdisciplinaire. On est rendus là, le collège, mais aussi les autres disciplines, les autres professionnels de la santé. Je ne pourrais pas vous dire exactement où ça en est par rapport à la relation entre les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées. Je pense qu'elle est bonne. Mais, encore là, vous avez fait allusion à la commission parlementaire, quand j'étais allé discuter et présenter nos recommandations, alors que c'est Mme McCann qui vous précédait, et j'avais dit à ce moment-là : Si les gens ne communiquent pas ensemble, si les gens ne se parlent pas, ça ne marchera pas. Ça va être la même chose pour l'ensemble des autres professionnels qui devront former équipe. On parle d'une équipe, hein, je veux dire, le médecin de famille, pour moi, n'est plus la seule porte d'entrée, n'est plus le seul joueur. C'est un joueur d'équipe. C'est peut-être un joueur important dans l'équipe, mais autant que les autres disciplines puis les autres professionnels. Et, à mon avis, comment je vois ça, là...

• (15 h 50) •

**M. Dubé :** Très bien, mais on... Oui.

**M. Gaudreault (Mauril) :** Comment je vois ça, c'est qu'un patient devrait pouvoir s'adresser à un membre de l'équipe et non pas seulement au médecin de famille. Et, lorsque le membre de l'équipe, c'est bien clair là-dessus, lorsque le membre de l'équipe, qu'il soit un physiothérapeute, une infirmière praticienne spécialisée, a besoin d'un avis de la médecine spécialisée, bien, pourrait y avoir accès sans passer par le médecin de famille nécessairement, de même que l'accès aux plateaux techniques sophistiqués.

**M. Dubé :** Mais ça, Dr Gaudreault, là, ça ne prend pas un projet de loi pour faire ça, là. Le projet de loi qu'on avait besoin, c'était d'augmenter la portée des actes que pouvait faire une infirmière. Ça a été fait, mais ça n'a pas encore été appliqué autant que ça aurait pu, j'aurai la chance d'en parler avec les IPS qui viendront un peu plus tard, mais je voulais juste vous mentionner que c'est un bel exemple. Nous, on est prêts à élargir le nombre de professions qui peuvent, mais il faut qu'il y ait une volonté de tout le monde de travailler ensemble et de donner à ces gens-là le plein exercice des nouveaux pouvoirs qu'ils ont. Alors, je voulais juste le mentionner parce qu'encore une fois on est d'accord, on n'a pas besoin d'un projet de loi pour que maintenant les IPS puissent prendre ces appels-là. On est d'accord là-dessus.

**M. Gaudreault (Mauril) :** Et, si vous pensez qu'on peut avoir un leadership important là-dedans avec vous, je vous assure, là, qu'on va être là pour y travailler.

**M. Dubé :** ...déjà, parce que dans votre chantier, là, multipartite, là, je pense que c'est la bonne façon de s'assurer que ce qui a été fait dans les dernières années puisse maintenant être pratique.

Votre deuxième point, j'y crois beaucoup. Puis vous avez entendu peut-être les différentes associations qui sont venues ce matin, plus particulièrement les regroupements de médecins résidents. Je veux parler du travail... de la conciliation du travail-famille, qui est un point important pour vous. Moi, j'aimerais ça savoir si... Puis je pense que vous l'avez noté, mais je voudrais l'entendre de vous, qui êtes quelqu'un... et votre corporation, comme vous dites, qui êtes innovant, on a changé le discours en tant que gouvernement au cours des dernières années. Avant, la pression sur la prise en charge était sur un individu, et, après des discussions puis des négociations qui, j'espère, vont continuer avec les médecins de famille, on s'est bien rendu compte que cette conciliation du travail-famille pouvait être améliorée si c'était, par exemple, un bloc de médecins qui pouvait prendre charge plutôt qu'une seule personne. J'aimerais vous entendre là-dessus parce que je n'ai peut-être pas eu le temps de discuter, ce matin, avec les présentations. Mais vous, comme expérience et comme responsable du Collège des médecins, pensez-vous que cet élargissement-là d'aller vers le GMF comme responsable plutôt que le seul médecin peut nous aider? J'aimerais vous entendre là-dessus.

**M. Gaudreault (Mauril) :** Bien, je vais vous dire ce que j'ai souvent dit depuis trois ans également, j'ai souvent parlé de responsabilité sociale de la communauté médicale. Tu sais, j'aime ça, cette introspection-là. Et les gens me demandaient qu'est-ce que je voulais dire. Je leur disais : Allier une éthique de responsabilité individuelle entre un patient et son médecin ou son professionnel de la santé, on est bon là-dedans, à une éthique de responsabilité collective entre un groupe de professionnels, un groupe de médecins et une population à desservir. Et on y revient aussi dans notre mémoire. Et je pense que, ça, il faudra travailler tous ensemble là-dessus également.

Oui, pour répondre à votre question, c'est ma façon de voir cette responsabilité-là. Mais j'en profiterais pour vous dire que la valorisation dont on parle, notre deuxième point, il faudra tous ensemble y travailler. Parce que malheureusement, pour toutes sortes de raisons, elle a été dévalorisée, cette profession, elle est moins attrayante et moins intéressante. Et Mme Catherine Lajoie, la présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec, a dû vous le dire ce matin, là, par rapport à un intérêt moins grand des étudiants à y aller. Bien, on a comme responsabilité de société de valoriser mieux cette profession-là pour la rendre plus attrayante pour les étudiants.

**M. Dubé :** Tout à fait. Puis c'est pour ça que je veux vous entendre là-dessus parce que — vous me direz, M. le Président, s'il me reste encore un peu de temps — je l'ai vu, là, ce matin, puis je pense qu'on l'a bien noté, puis mes collègues députés ici... d'accord, il y a vraiment un enjeu de perception. Puis, lorsque ça a été dit qu'on voulait augmenter la charge de travail, puis que les médecins devaient prendre plus de patients, puis tout ça, je pense qu'on est rendus plus loin que ça. Et c'est pour ça, moi, que je veux clarifier cet équilibre-là de travail-famille dont vous avez parlé, parce que, pour moi, il est beaucoup plus facile pour un jeune médecin de penser qu'il peut travailler maintenant dans une équipe et que cette équipe-là peut prendre l'engagement de mieux servir la population sans nécessairement sentir toute la pression sur lui ou sur elle. Et je pense que ça, c'est un changement majeur, puis je pense qu'on doit continuer à pousser ça. Puis je vois de votre hochement de tête, là, je ne veux pas vous dire quoi dire, mais, pour moi, c'est tellement important, et ça va nous permettre de revitaliser la profession. Parce que si les gens sont plus heureux dans leur environnement de travail parce qu'il y a un meilleur esprit d'équipe et que ces gens-là se sentent épaulés par leurs collègues, quand il arrive un événement dans leur vie ou, peu importe, bien, je pense que c'est tous ça qu'on veut, créer un meilleur environnement de travail, mais ça, je pense qu'il faut changer cette perception-là qu'on est seulement après la prise en charge. Alors, vous voulez réagir à ça?

**M. Gaudreault (Mauril) :** Bien, la prise en charge, ça ne fait pas souvent partie de mon vocabulaire. C'est plus, je dirais, une équipe qui s'occupe des soins à donner à un patient ou une patiente et non pas une prise en charge. Il faut le faire avec le patient, donc, cette action-là de lui donner les soins appropriés, donc... Mais c'est... Vous l'avez très bien dit, là, je ne parle pas juste des nouveaux médecins. Les médecins, de plus en plus, veulent faire partie d'une équipe et le faire en respect de tous les autres professionnels, en respectant leur autonomie. Donc, je pense, c'est ce travail-là qu'il faudra ensemble viser. Et c'est pour ça que je dis ensemble, tous les acteurs, y compris... Le collègue sera partie prenante là-dedans. Mais peut-être que... Notre directeur général est aussi un médecin psychiatre, là, je suis sûr qu'il aurait quelque chose à dire là-dessus, puis j'aimerais ça l'entendre.

**M. Dubé :** J'y viens, j'y viens, au docteur psychiatre, parce que je veux parler des données, hein, je veux parler des données. J'ai toujours dit, puis mes collègues de l'opposition avec qui j'ai travaillé, là, dans les dernières années, sont d'accord qu'un projet de loi, il est toujours perfectible. Puis je pense que c'est pour ça, d'ailleurs, qu'on fait une commission parlementaire, on n'a pas la prétention d'avoir la vérité. Ce n'est pas pour rien qu'on invite une... je ne sais pas, une douzaine, une quinzaine de groupes à venir nous faire des commentaires.

Bon, sur le partage des données, vous l'avez bien dit, on part d'une loi, qui est la loi, entre autres, de la Régie d'assurance maladie, qui a été faite pour certains objectifs. Puis là je voudrais entendre votre collègue, parce que qu'est-ce qui pourrait... Je pense que les gens reconnaissent bien qu'on a un besoin... D'ailleurs, la Commissaire à la santé, qui vient de faire un rapport important, dit qu'on a besoin d'avoir les données. Vous l'avez lu, le rapport de Mme Castonguay, qui dit : Écoutez, pour bien gérer, il faut avoir les données, puis il nous manque de données sur, justement, les médecins, comment on peut faire les choses.

Est-ce que vous... Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans notre projet de loi qui permettrait aux gestionnaires locaux, comme les DRMG, d'avoir l'information nécessaire, tout en s'assurant, comme vous avez dit, là, qu'il n'y a pas d'enjeu de recourir à... de s'assurer qu'on prend toutes les précautions nécessaires pour que les informations soient pour les bons besoins? J'aimerais peut-être ça vous entendre, parce que s'il y a des corrections à faire ou à réduire la portée de l'article 6, qui a un objectif très clair, c'est d'améliorer la gestion. Je voudrais vous entendre peut-être là-dessus, si vous pensez qu'on peut améliorer l'article 6.

**M. Luyet (André) :** Bien, peut-être prendre juste une minute pour répondre à la question que me référait mon président, là. C'est sûr que l'organisation des services, la réponse aux besoins de santé de la population doit se réfléchir de plus en plus en termes d'équipe, d'équipe élargie, d'équipe médicale, d'équipe de professionnels et d'équipe aussi avec tous les organismes présents, là, qui offrent des services communautaires, là, à la population. Alors, si on parle d'une offre de service intégré, je pense qu'il faut mettre ensemble tous ces acteurs-là qui ont un rôle important, important à jouer. Donc, la première ligne, c'est beaucoup plus large, puis à l'intérieur de cette première ligne-là, il y a des professionnels, puis à l'intérieur de ces professionnels-là, il y a des médecins et des médecins qui ne doivent plus travailler tout seuls, entre eux et en vase clos. Alors, c'est très clair qu'il faut penser de manière beaucoup plus large la notion d'équipe et d'équipe élargie, là, pour mettre à contribution tous les acteurs présents.

• (16 heures) •

Pour ce qui est des renseignements, c'est sûr que ça... c'est... une bonne prise de décision implique qu'on ait des renseignements puis des informations de qualité. Mais il y a certaines précautions aussi à prendre, là, pour savoir quelles sont les informations qui sont nécessaires et à quelles fins on va les utiliser et à quelles fins on ne devrait pas les utiliser, parce que ça pourrait avoir... ça pourrait atteindre des buts qu'on ne veut pas atteindre. Et puis de quelle façon on va communiquer ces renseignements-là aussi, parce qu'on est régi par certaines... un encadrement légal aussi pour

fournir les renseignements. Donc, on peut les fournir, mais il faut être bien certain qu'on respecte toutes les lois qui encadrent la transmission de données là, notamment avec le Code des professions.

**M. Dubé :** Il va me manquer de temps, mais je serais intéressé à avoir des suggestions sur comment ça peut être ramené à ces éléments-là que vous suggérez. Mais là je manque de temps, je vais passer la parole à mon collègue. Mais, si vous voulez, on peut continuer cette discussion.

**M. Luyet (André) :** En fait, il faudrait préciser. Il faudrait préciser de quels renseignements on a besoin pour prendre des décisions éclairées, là... l'offre de service.

**M. Dubé :** Excellent. Merci beaucoup, docteur.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, messieurs, nous allons poursuivre nos échanges avec le député de Nelligan.

**M. Derraji :** Merci. Merci à vous deux. J'ai aimé la question et surtout le dernier échange avec M. le ministre, mais si vous voulez, vous pouvez continuer, parce que je suis vraiment curieux sur votre interprétation.

**M. Luyet (André) :** Sur l'interprétation du transfert de données?

**M. Derraji :** Oui, oui, absolument.

**M. Luyet (André) :** En fait, notre préoccupation est surtout sur les précisions qu'on aimerait avoir concernant quelles données seront requises et par quelles modalités elles seront transmises pour s'assurer qu'on le fasse de façon correcte, et quelle utilisation en sera faite. Donc, c'est plutôt un besoin d'éclaircissements ou de précisions qui est souhaité à ce moment-ci.

**M. Derraji :** Et, selon vous, est-ce que le projet de loi ne précise pas assez ou votre demande, c'est plus, nous, en tant que législateurs, rendus à l'étape où on va étudier article par article, votre demande... à ce que le législateur soit beaucoup plus clair, avec des énoncés très clairs sur le comment, le pourquoi et c'est quoi la donnée?

**M. Luyet (André) :** Oui.

**M. Derraji :** C'est clair, dans un monde idéal. J'en suis sûr et certain que vous avez... vous connaissez très bien votre pratique. Il y a une ligne rouge où vous dites : Ça, ce n'est pas important. On ne peut pas aller là, et ça, c'est une donnée qu'on peut partager, on n'a aucun problème. Vous êtes à l'aise à partager quelles données et par rapport à quoi exactement?

**M. Luyet (André) :** Bien, en fait, c'est surtout qu'est ce qu'on est autorisé à fournir comme données. Il y a des données qui sont publiques, qu'on peut donner individuellement. Le numéro de pratique, la spécialité du médecin. Mais il y a des données qu'on n'est pas autorisé à donner sous forme de liste, alors... et il y a des données qu'on pourrait donner avec l'autorisation, qui demandent le consentement aussi du médecin. C'est un peu l'encadrement juridique qu'on a actuellement.

Si on veut décloisonner, si on veut ouvrir, ça, il faut qu'on puisse pouvoir le faire avec les coudées franches, là, au plan légal. Mais de quoi le ministre, de quoi la RAMQ a besoin pour la planification des effectifs, par exemple, lorsqu'on dit : On va avoir besoin de données qui vont être utilisées à planifier les effectifs? Alors, dans ce contexte-là, quelles sont les données dont vous avez besoin et comment on pourrait vous les transmettre?

Alors, à ce moment-ci, ce n'est pas une fermeture ou un désir d'opacité. On veut collaborer, mais on veut savoir qu'est ce que vous voulez avoir exactement, pour faire quelle utilisation et atteindre quel but, et de quelle façon on peut vous les fournir en respect de tout l'encadrement réglementaire et législatif qu'il y a.

**M. Derraji :** Je vous remercie pour...

**M. Gaudreault (Mauril) :** Et si je peux ajouter, à notre lecture du projet de loi, pour les patients, on estime que le projet protège très bien leurs informations. Mais, pour nous, cela est moins clair, en ce qui concerne les médecins. C'est ça qu'on veut clarifier, baliser, et faire en sorte que vos attentes ou les attentes du législateur soient plus claires.

**M. Derraji :** Je vous remercie, parce que j'ai trouvé l'échange, vers la fin... de M. le ministre avec vous était pertinent, constructif pour notre commission. Donc, si j'ai bien compris pour vous, en tant que médecins, vous voulez que le législateur soit beaucoup plus clair sur la qualité de la donnée, de l'information qu'il veut transmettre? Est-ce que j'ai bien saisi votre demande? Mais par rapport à l'objectif général, il est louable, pour vous, parce que cela va permettre au législateur de planifier les effectifs en conséquence et d'agir. Est-ce que j'ai bien saisi votre demande?

**M. Luyet (André) :** Oui.

**M. Derraji :** Merci beaucoup, c'est très clair. Maintenant, ça va me permettre de... Moi, j'en suis sûr et certain que le ministre il a déjà ouvert la porte par rapport à l'étude du projet de loi. Je pense que rendu à cet article on va avoir des échanges par rapport aux choses à divulguer, les choses que vous ne voulez pas, surtout avoir la qualité de données. Je partage ce point avec M. le ministre parce que ça nous prend une bonne qualité de données pour pouvoir agir. Mais j'invite le ministre, s'il a l'information, de la dévoiler. Ça va aider plus les groupes à dire : Bien, écoutez, ça, ça va vous aider davantage pour bien planifier les effectifs. Mais je trouve que là, on a vraiment un bon point avec vous. Et je vous remercie pour cette clarté.

Je vais revenir à quelque chose que vous avez dit, docteur, sur la prise en charge. Je suis de l'école de la prise en charge, et surtout de nos jours, avec la rareté des médecins, on voit qu'il n'y a pas beaucoup de gens qui s'inscrivent au niveau de la médecine familiale. Le rôle de l'infirmière, de l'infirmière clinicienne, le rôle des adjointes aussi à l'intérieur du GMF, le rôle du pharmacien, le rôle du pharmacien communautaire, le rôle de toute la communauté, j'ai bien saisi la responsabilité sociale que vous avez mentionnée. Mais vous ne pensez pas que mettre tout le fardeau sur le GMF, en quelque sorte, ça va diluer l'impact pour le patient qui aimerait avoir cette relation intime avec son médecin de famille? Ou bien, le contraire, la prise en charge par une équipe, ça va améliorer la qualité des soins?

**M. Gaudreault (Mauril) :** Je vais peut-être oser un début de réponse. Moi, je suis persuadé que le patient... il y a des patients qui vont vouloir continuer à voir leur médecin de famille, il y a d'autres patients qui vont être très à l'aise puis très bien dans le cadre de cette relation avec un autre professionnel du groupe de médecins de famille. Et le patient ou la patiente pourra toujours demander une discussion, un entretien ou une visite au médecin qui fait partie de l'équipe. Mais de façon... je suis sûr que de façon générale, les patients, exemple, vont être très satisfaits d'être suivis par une infirmière praticienne spécialisée, juste pour ne nommer qu'elle. Ça fait que ça va dépendre des patients, évidemment, mais ça fait en sorte que ce n'est pas le seul médecin de famille qui a la lourdeur de prendre charge, de prendre soin de personnes. Vous aurez compris que prise en charge, je n'aime pas ça.

**M. Derraji :** Oui, oui, oui. Non, je l'ai bien compris parce que dans une ancienne vie, on m'a dit que ce mot, parfois, ne veut rien dire. Mais vous étiez très clair et des propos justes, je vous remercie. Et d'ailleurs, c'est le modèle de l'Ontario où on a l'obligation de résultat de recevoir un appel 48 heures après un autre appel et 72 heures après l'appel d'avoir un contact avec un professionnel. Donc, si c'est ça, la tendance, bonne chance. Bon recrutement par rapport à nos infirmières spécialisées, pharmaciens. Bien, je pense, ça va élargir le soin. Le ministre, il vous écoute aussi. Combien il me...

**Le Président (M. Provençal) :** Trois minutes.

**M. Derraji :** Trois minutes. Je vais revenir à la liste.

**Le Président (M. Provençal) :** Je peux vous donner plus de temps, si vous voulez.

**M. Derraji :** Oui. Non, mais c'est vraiment... Vous avez... Non, mais votre dernière question, elle était... Au fait, c'est ça qui a, surtout avec le...

**M. Dubé :** Vos questions sont excellentes d'ailleurs.

**M. Derraji :** On est là pour améliorer le projet de loi. Mais sérieux, c'est l'essence même du projet de loi. Et avec le collègue, ils étaient très, très, en fait, précis par rapport à la qualité. C'est la première fois que j'entends un groupe parler de ça. Et ça, c'est très bon pour nous et pour l'avancement des travaux. Je vais revenir à la liste, 1 million de patients. Vous, vous êtes sur le terrain, vous êtes en contact avec vos membres. On veut tous... on a tous un objectif commun de réduire la liste. C'est quoi, selon vous, la meilleure approche en termes de temps, effectifs, rareté, postpandémie? Comment on va y arriver?

**M. Luyet (André) :** Bien, on va continuer dans le même sens que ce qu'on discute depuis quelques minutes. Si on pense différemment l'offre de services, peut-être que les citoyens ont besoin de services professionnels. Et si on regarde l'ensemble des intervenants qui peuvent rendre ces services-là et quand on pense d'une manière beaucoup plus interdisciplinaire, et multidisciplinaire, puis intraprofessionnelle aussi, je pense qu'on vient de multiplier les personnes qui peuvent intervenir auprès de la population.

Alors, si on pense uniquement en termes de médecins et qu'on cherche uniquement à augmenter le nombre, je pense que la réflexion va être incomplète. Il faut penser à comment on s'organise entre nous en mettant à profit l'ensemble des compétences, l'ensemble des formations de tous les soignants et d'intégrer tout ça pour répondre aux besoins de santé de la population.

• (16 h 10) •

**M. Derraji :** C'est excellent. Ça a été déjà démontré dans des cas avec les ordonnances collectives, où il y avait une délégation de pouvoirs. Certaines infirmières cliniciennes, j'ai été témoin d'excellents résultats. Pensez-vous qu'on en a assez, d'ordonnances collectives? Que le Québec, avec des ordonnances collectives, surtout donner la possibilité aux IPS, aux infirmières cliniciennes, de faire partie de la solution, vous vous êtes à l'aise par rapport à ça?

**M. Luyet (André) :** Bien, les ordonnances collectives, elles n'ont pas encore porté tous leurs fruits, donc il faut aller encore plus loin dans celles qui existent déjà et on pourrait définir d'autres également.

**M. Derraji :** C'est l'occasion, le ministre... Saisissez l'occasion, le ministre vous écoute. Sur quel point on doit élargir les OC, les ordonnances collectives?

**M. Gaudreault (Mauril) :** Moi, je veux revenir sur... si... Je pense qu'il faut profiter des discussions concernant ce projet de loi et de toute l'organisation de la première ligne, il faut en profiter pour déclarer — à mon avis, on devrait faire ça, là, haut et fort — qu'il n'est pas nécessaire que chaque Québécois ait un médecin de famille. Il est nécessaire que chaque Québécois puisse être pris en charge par une équipe lorsque cela l'exige, mais ce n'est pas nécessaire que tous les Québécois aient un médecin de famille. Quand on parle qu'il y a 800 000 ou près de... plus de 1 million de Québécois qui n'ont pas de médecin de famille, là-dedans, là, il y en a qui n'en ont pas besoin, de médecins de famille. Ça fait que ce n'est pas vrai qu'on a tous besoin d'un médecin de famille. On a besoin d'un professionnel de la santé quand c'est nécessaire, donc d'une équipe.

**M. Derraji :** Oui, au fait, c'est toute une rencontre avec vous aujourd'hui parce que vous ramenez beaucoup de choses sur la table. Je vais retenir cette dernière phrase : Les Québécois n'ont pas besoin d'un médecin de famille, mais ils ont besoin d'une équipe et d'une prise en charge. Vous venez de dire «pris en charge».

**M. Luyet (André) :** Bien, il aurait dû dire, comme à son habitude, parler du partenariat patient.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, nous allons poursuivre cet échange avec le député de Rosemont pour les 3 min 47 s suivantes.

**M. Marissal :** Merci, M. le Président. Dr Gaudreault, on ne pourra pas dire que vous êtes corporatiste, en tout cas, vous qui avez été médecin de famille pendant 50 ans, puis vous venez de nous dire une vérité qui sort malheureusement trop peu souvent de la bouche des gens qui devraient le dire : Ce n'est pas vrai que tous les Québécois et les Québécoises ont besoin tout le temps d'un médecin de famille 24/7. Je suis très heureux de vous l'entendre dire. Maintenant, j'ai très peu de temps, mais j'ai trois questions. On va essayer de faire ça méthodiquement.

Vous dites qu'il faut élargir la première ligne, que le médecin ne soit pas nécessairement toujours la première entrée. C'est vrai. On parle des physios, ça se fait dans d'autres pays, ça marche très bien, en particulier. Est-ce que le p. l. n° 11 fait ça ou est-ce qu'il ouvre une porte efficace pour faire ça? Ensuite, protection des données, quels risques voyez-vous à une ouverture que vous jugez peut-être trop grande des données de la RAMQ? Puis ensuite une question un peu plus personnelle pour vous, Dr Gaudreault : Vous avez été médecin de famille pendant 50 ans, vous l'avez dit, quel était le pourcentage de gens que vous aviez en double, en triple, autrement dit médecin de famille qui a une famille? Parce que, si je comprends bien, ce ne sera plus nécessairement possible dans la mouture actuelle de la loi. Je me tais, je vous laisse aller. Merci.

**M. Gaudreault (Mauril) :** Bien, je vais répondre à la première question puis je vais laisser le Dr Luyet la deuxième. Pour finir, peut-être avec votre troisième question. Écoutez-moi, moi, je pense que... excusez, mais répétez vite, vite, vite votre première question, excusez.

**M. Marissal :** Est-ce que le p.l. n° 11, dans sa forme actuelle, fait ça, ouvrir la première ligne multidisciplinaire?

**M. Gaudreault (Mauril) :** Oui. Bien, je pense qu'il ne fait pas ça au moment où on se parle, mais il prête... il nous donne l'occasion de faire ça. C'est ça, c'est ça, c'est là-dessus qu'on veut insister, l'occasion de refonder toute la première ligne, donc... Et on l'a dit, je ne veux pas être trop long dans ma réponse puisque vous n'avez pas beaucoup de temps, mais on est prêts à collaborer avec vous. Pour nous, c'est une ouverture à une discussion plus large pour véritablement remodeler toute la première ligne.

**M. Marissal :** C'est noté puis c'est bien noté. Allez-y.

**M. Gaudreault (Mauril) :** Dr Luyet, deuxième question.

**M. Luyet (André) :** Bien, ce qui est craint, c'est que des données qui permettraient d'identifier des médecins et qui permettraient aussi de voir le nombre de prises en charge et de mettre vraiment l'emphase sur un certain nombre de prises en charge pour déterminer une qualité d'exercice d'un médecin, alors qu'on pense que l'accessibilité, c'est important, c'est un déterminant de la qualité, mais il y a d'autres indicateurs aussi à prendre en compte là-dedans, et ça nous inquiéterait, là, que d'y aller uniquement sur une volumétrie sans voir la lourdeur, la complexité, d'autres dimensions de la qualité, de voir des pratiques, des profils de pratique différents. Je pense à des médecins qui font des soins palliatifs, je pense à des médecins qui font de la santé mentale, qui ont des clientèles vulnérables, qui font des soins à domicile. Bien, c'est tous des profils, là, où le 1 000 inscriptions ne rend pas vraiment compte de toute la complexité puis de toutes les nuances, là, des... qu'on peut rencontrer dans la pratique médicale.

**M. Marissal :** C'est clair. Merci.

**M. Gaudreault (Mauril) :** Et votre troisième question, M. Marissal. Écoutez, dans ma pratique, j'ai déjà eu près de 3 000 patients, et il y avait là-dedans des familles complètes, des familles... plusieurs familles d'un même quartier, plusieurs familles d'un même village, et j'avais, j'ai déjà eu, en reconnaissance, là, une grand-mère qui était venue avec sa fille et sa petite-fille, et je les suivais toutes les trois.

**M. Marissal :** Merci de vos réponses.

**Le Président (M. Provençal) :** La suite appartient au député des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Arseneau :** Merci beaucoup, M. le Président. Merci, messieurs, pour votre présentation. J'aimerais tout d'abord poser une question sur... enfin, sur ce que vous avez mentionné à l'égard du partage des données en disant qu'il ne faudrait pas détourner cette nouvelle initiative à des fins coercitives. Est-ce que vous pouvez préciser votre crainte, vos inquiétudes à cet égard?

**M. Luyet (André) :** Bien, si le nombre d'inscriptions devient le seul critère pour évaluer la qualité d'exercice d'un médecin ou sa contribution à desservir la population, c'est... et qu'on identifie les médecins qui n'ont pas 1 000 inscriptions, par exemple, et qu'on met des mesures pour les contraindre sans prendre en compte d'autres variables, d'autres dimensions, c'est préoccupant. Donc, c'est des données de groupe, des données qui renseignent sur, je dirais, l'intensité de la disponibilité médicale dans un secteur, la couverture médicale dans un secteur. Alors, pris dans cette optique-là, pour une planification des effectifs, pour une meilleure répartition des effectifs, pour tenir compte des pénuries puis des besoins de la population, oui. Mais, si c'est pour identifier des individus, puis sur la base uniquement d'un nombre d'inscriptions, on met en place des mesures de contrôle et des mesures punitives, ça ne nous apparaîtrait pas être une bonne utilisation des données.

**M. Arseneau :** Est-ce que... Juste pour être plus précis, est-ce que c'est la raison pour laquelle vous demandez de baliser, de mieux baliser ou est-ce que c'est deux volets, c'est-à-dire qu'on doit d'une part baliser pour des questions, là, d'informations nominatives et ainsi de suite, pour la protection de la vie privée, par exemple, puis, parallèlement, il faut aussi non seulement baliser les données, mais baliser l'utilisation des données qu'on aura obtenues? Est-ce que c'est le même enjeu ou c'est deux enjeux séparés?

**M. Luyet (André) :** Non. Non, c'est deux enjeux différents.

**M. Arseneau :** D'accord.

**M. Luyet (André) :** D'abord, qu'est-ce qu'on a besoin d'avoir comme données pour faire le travail qu'on décide... qu'on veut faire, là, en termes de planification des effectifs, en termes de l'application de certaines lois. Et le ministère a besoin d'avoir de l'information. Alors, de quelle information il a besoin? Parce qu'on ne transférera pas tous les dossiers professionnels en bloc au ministère, puis ce ne serait pas pertinent de le faire, ce ne serait pas utile de le faire puis ce seraient des... beaucoup trop d'informations par rapport aux besoins présentés, là.

**M. Arseneau :** Donc, si je comprends bien, il y a un double balisage qu'il faut faire sur le type de données et sur l'utilisation des données.

Alors, je vais passer à une autre question, parce qu'on manque un peu de temps. Ma question s'adresse au docteur Gaudreault. Vous parlez du guichet d'accès qui pourrait s'ouvrir à d'autres professions. Ça me semble une excellente idée, ça va dans le sens des propositions qu'on a déposées la semaine dernière. Mais est-ce qu'il n'y a pas, comment dire, des conditions à réunir préalablement? Est-ce que c'est aussi simple que ça d'ouvrir le guichet à d'autres professions? Et il me semble avoir... qu'il y ait d'autres éléments à régler pour favoriser l'élargissement de la première ligne.

• (16 h 20) •

**M. Gaudreault (Mauril) :** Bien oui, il va falloir former les équipes, hein? On parle d'équipes, on parle de travail d'équipe, et il va falloir les former, les équipes, évidemment. Tu sais, il y en a actuellement, là, mais il va falloir mettre plus d'accent là-dessus pour que les différents membres d'une équipe, que le guichet d'accès puisse leur donner un accès à toutes les personnes de l'équipe et non pas seulement aux médecins de famille, je répète... oui, mais il va falloir travailler au préalable là-dessus, là. Et on travaillera, bien sûr, avec vous sur toute la construction de cette première ligne que nous désirons faire.

**M. Arseneau :** Donc, c'est cette recommandation-là, ce n'est pas... évidemment pas pour l'amélioration du projet de loi n° 11. Ce serait dans une démarche en parallèle a posteriori.

**M. Gaudreault (Mauril) :** Bien, il faut en profiter pour peut-être... peut-être profiter de ce projet de loi pour vraiment, vraiment, vraiment construire une nouvelle première ligne puis une nouvelle façon de la voir. Peut être que ça ne prend pas un projet loi, comme M. Dubé le disait tantôt, mais ça prend une volonté.

**M. Arseneau :** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup pour votre contribution aux travaux de cette commission. Je suspends les travaux quelques instants afin qu'on puisse accueillir le prochain groupe.

**M. Dubé :** M. le Président?

**Le Président (M. Provençal) :** Oui, excusez.

**M. Dubé :** Est-ce qu'on pourrait... je pense j'ai senti de la part de mes collègues, là, un besoin de remercier pour la participation qu'on vient d'avoir. Je trouve que vous avez un apport excessivement important à ce que les Québécois recherchent, c'est de trouver un service de qualité, comme ils ont pu avoir de vous depuis plusieurs années. Merci beaucoup pour votre présentation, docteur. Merci beaucoup.

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

*(Suspension de la séance à 16 h 21)*

*(Reprise à 16 h 29)*

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, je souhaite la bienvenue aux représentantes de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec.

Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échanges avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter et à commencer votre exposé. À vous la parole.

#### **Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ)**

**Mme Laliberté (Christine) :** Merci. Merci beaucoup, M. Provençal, M. le ministre Dubé, l'ensemble des députés membres de la commission, de nous laisser la chance de nous exprimer aujourd'hui. Mon nom est Christine Laliberté, je suis infirmière dans le réseau de la santé depuis plus de 30 ans, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne depuis 2009, et je suis présidente de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec, l'AIPSQ.

Alors, je suis en compagnie de ma collègue Isabelle Levasseur, infirmière praticienne en soins de première ligne et vice-présidente de l'association, qui est présente avec moi aujourd'hui pour répondre aux questions et selon les besoins.

• (16 h 30) •

Alors, l'association est un organisme à but non lucratif, sans visées syndicales corporatives, qui représente plus de 800 infirmières praticiennes membres pour chacune des cinq classes de spécialités au Québec, donc néonatalogie, première ligne, soins aux adultes, santé mentale et soins pédiatriques. On retrouve les infirmières praticiennes, notamment en première ligne dans les GMF, CLSC et autres endroits de la première ligne, aux soins à domicile, dans les CHSLD, mais aussi en centres hospitaliers sur des étages spécialisés, en cliniques externes, aux soins intensifs, et parfois comme consultante aux urgences, parmi les milieux où on peut les retracer, les retrouver.

Les infirmières praticiennes veulent contribuer à la solution, mais, tout comme les médecins, ne sont pas l'unique solution. Notre collègue de la FMEQ l'a bien nommé ce matin, le médecin doit cesser d'être l'acteur principal, et les Québécois doivent connaître davantage ce que chaque ressource professionnelle peut leur apporter. Le projet de loi n° 11 vise à intégrer des solutions pour améliorer l'accessibilité aux médecins de famille et mieux comprendre l'offre régionale. L'AIPSQ l'abordera sous l'angle de solutions complémentaires qui permettent de décentraliser les soins vers les médecins de famille pour les diriger vers un ensemble de professionnels. Le médecin fait partie du groupe, et on ne doit plus réfléchir en termes d'aider le médecin, mais bien d'aider le patient, qui est notre partenaire dans ses soins, mais aussi le spécialiste de sa propre condition de santé. Il est impératif qu'on mette de l'avant l'expertise et les forces de chaque membre de l'équipe, que ce soit l'infirmière clinicienne, les infirmières praticiennes, les physios, médecins, pharmaciens et autres.

Et pour faciliter ce processus, chacun doit occuper totalement son champ d'exercice, et on doit mobiliser ensemble nos compétences. Alors qu'un physiothérapeute prend en charge une personne qui a une blessure à la cheville, le médecin ou l'infirmière praticienne ou sa collègue infirmière clinicienne peuvent donner un accès à d'autres patients, et c'est des actions comme ça qui vont faire que, dès maintenant, on est capable de laisser de la place pour prendre de nouvelles personnes et assurer un suivi.

L'association a identifié des zones de travail qui embourbent les horaires de nos collègues médecins, qui dédoublent les services ou qui créent de l'attente pour accéder à un rendez-vous. Alors qu'on cherche des solutions, il y a déjà des projets tels que celui mentionné à Rimouski, ce matin, SABSA, mais aussi Archimède, un projet clinique d'avant-garde qui est au Québec depuis 2017 qui met l'accent sur des trajectoires de soins qui répartissent l'accès aux services en fonction de la raison de consultation. Étant responsable du projet, il me ferait plaisir, M. le ministre, d'en parler avec vous au besoin. Le projet est très discret sur la place publique. Il dénote beaucoup d'intérêt, par contre, dans les milieux où, justement, il y a des vides de services actuellement.

Nos recommandations sont donc un reflet des enjeux qu'on pourrait rapidement régler pour favoriser l'accès, entre autres, aux médecins de famille, mais à l'ensemble du groupe professionnel. Alors, premièrement, les inscriptions.

Actuellement, le travail des infirmières praticiennes n'est pas visible, car les inscriptions sont uniquement faites aux médecins. On ne connaît pas exactement le nombre de patients suivis par l'infirmière praticienne et la vulnérabilité de sa clientèle. Une inscription à son nom permettrait d'obtenir cette information, mais aussi à l'infirmière praticienne d'inscrire des nouveaux patients à son nom si jamais la cohorte du médecin qui travaille avec elle était complète. Comme l'ont mentionné certains, on ne peut pas se fier uniquement sur l'infirmière praticienne pour désengorger le système de santé, mais si chacun d'entre nous fait une action dans ce sens, ça pourrait rapidement modifier l'accessibilité. Actuellement, même si les IPS posent des diagnostics depuis janvier 2021, tous les patients qui présentent une vulnérabilité doivent passer par le médecin pour avoir un code d'identification à la vulnérabilité et ça encombre des plages de rendez-vous non nécessaires chez le médecin.

Au-delà des inscriptions, une imputabilité de groupe est essentielle, comme l'a dit M. Gaudreault. Actuellement, lorsqu'il y a un départ, que ce soit pour une retraite, un congé prolongé, en raison de contraintes, entre autres associées au cadre GMF, ça devient difficile de donner accès à ces patients parce que ça donne l'impression que le médecin et le GMF sont moins performants. D'où la nécessité d'une souplesse dans les indicateurs du cadre GMF qui encourage au travail de collaboration en équipe. Et l'association pourrait contribuer aux réflexions qui seront faites sur le sujet.

De plus, au départ d'un médecin, l'infirmière praticienne perd sa clientèle déjà en suivi depuis plusieurs années, et celle-ci se retrouve au guichet d'accès à un médecin de famille. Ajoutant à ça qu'un patient désinscrit perd les codes de vulnérabilité, par exemple, liés à un diabète ou à un trouble de dépression majeure. Ça exige une visite médicale dans le but de les remettre et ça amène des visites inutiles. Les codes devraient être permanents lorsque c'est approprié. Bien que les inscriptions ne soient pas au nom des infirmières praticiennes, les activités qu'elles font sont enregistrées à la RAMQ manuellement par l'infirmière praticienne ou une secrétaire, et ça pourrait aller plus rapidement si ça migrait directement par les dossiers médicaux électroniques, tout comme pour les médecins. L'inscription non faite par une infirmière praticienne fait en sorte que ce n'est pas possible de prendre en charge un bébé naissant pour lequel on fait déjà le suivi de la maman, du papa et de la fratrie. Les enfants se retrouvent au guichet d'accès, perdant la continuité familiale, et c'est un apport important pour la population de le maintenir.

Deuxièmement, la répartition territoriale. Le but du projet de loi étant de réduire la liste d'accès ou d'attente au guichet d'accès, plutôt, il devient important d'éviter que les cliniques de quartier ferment, car, dans ce cas, c'est encore la population qui paie le prix en se retrouvant au guichet d'accès. Dans le cas d'un mandat lié au projet Archimède, plusieurs cliniques dans cette situation nous contactent. Le risque, c'est qu'au moment où le nombre de médecins diminue vers quatre ou cinq individus, ils n'arrivent plus à soutenir les heures d'ouverture pour remplir leurs obligations. Ils se voient obligés de fermer la clinique. Et parfois les médecins vont quitter la région, prendre une retraite prématurée pour éviter de recommencer ailleurs, et c'est donc de nombreux patients qui se retrouvent au guichet d'accès. Pour éviter cette situation, la répartition des médecins, des infirmières praticiennes et des autres professionnels de la santé devrait être équilibrée pour éviter les fermetures de ces cliniques, et, à ce moment-là... sinon, on assiste à un va-et-vient constant des patients au guichet d'accès.

Troisièmement, les trajectoires de service. Nous encourageons la création d'un modèle qui permette que la personne consulte le bon intervenant selon sa raison de consultation. Ainsi, dans le projet Archimède, c'est la raison de consultation qui détermine qui verra la personne. Ça peut être une infirmière clinicienne, une praticienne, un médecin, un physio. L'équipe est large. Donc, un bébé qui a un rhume peut être vu par l'infirmière clinicienne, qui va solliciter, par exemple, l'infirmière praticienne seulement si nécessaire. L'infirmière praticienne va assurer la couverture du sans rendez-vous seule, sans présence médicale, ne dédoublant pas leur présence. Le physio voit la personne qui est blessée, par exemple, à l'épaule, libérant une plage de sans rendez-vous pour un autre patient. Les heures d'ouverture sont partagées entre les praticiennes et les médecins, ce qui rend possible de maintenir l'accessibilité 68 heures par semaine, 7 jours sur 7. C'est un équivalent seulement de trois médecins temps complet qui sont présents, étant donné la garde obstétricale, en centre de réadaptation ou en santé mentale. Et c'est donc un partage d'équipe qui permet de maintenir l'offre de service. Afin que le modèle puisse se poursuivre, il faut aussi penser, dans la prise de rendez-vous via le système de prise de rendez-vous informatisé, qui a une répartition intelligente par raison de consultation, et il doit aussi éviter de focuser sur le débit dans les rendez-vous, qui ne permettent pas de prendre le temps d'écouter nos patients s'exprimer et de tenir compte de leur réalité.

Et quatrièmement, la santé mentale. Nous complétons nos suggestions en vous parlant de la part des IPS dans l'évaluation des troubles mentaux. En pleine pandémie, au moment où l'accès à ce service est limité, les IPS pourraient contribuer davantage. Les IPS en santé mentale pourraient offrir de la psychothérapie, si on facilite le processus pour obtenir le permis de psychothérapeute, et s'ajouteraient aux psychologues et autres sources professionnelles. Un lien avec un psychiatre pour chaque IPS en santé mentale faciliterait l'accès. Les IPS des autres classes de spécialité ne peuvent pas du tout évaluer les troubles mentaux et amorcer un plan de traitement sans qu'un médecin, une infirmière praticienne ou un psychiatre voie les patients. Donc, en moyenne, les infirmières praticiennes de la première ligne ont au moins 35 % de la clientèle qui présentent des troubles mentaux, voire jusqu'à 70 %, 80 %. Modifier un règlement qui date de 2014 et accompagner les infirmières praticiennes dans cette voie permettrait à nouveau de libérer des plages horaires des médecins.

Finalement, il y a un autre moyen libérer les médecins, c'est de permettre aux infirmières praticiennes de référer directement aux médecins spécialistes. Actuellement, on doit passer par le centre de répartition des demandes de service, et le médecin est obligé de signer en tout temps, et c'est lui qui reçoit les résultats du patient. Ça amène une lourdeur à sa tâche et un risque dans la continuité de perdre le service. Et finalement un lien de consultation entre les cinq classes de spécialités d'IPS pourrait aussi réduire les possibles références aux médecins spécialistes. Et finalement, si ces dernières pouvaient admettre et libérer les patients en centre hospitalier, on favoriserait l'accès pour les

personnes en attente de chirurgie en première ligne qui doivent consulter pour leurs douleurs en attendant d'avoir ladite chirurgie.

Donc, M. le ministre, MM., Mmes les députés, merci de ce temps qui nous a été accordé. Et nous sommes prêtes à échanger avec vous. Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup pour votre exposé. Alors nous débutons avec M. le ministre.

**M. Dubé :** Alors, écoutez, Mme Laliberté, Mme Levasseur, je pense que les Québécois qui nous écoutent aujourd'hui doivent être très contents de votre performance parce que vous avez été, premièrement, très rapides. J'essayais de prendre des notes, mais je n'étais pas capable de tout écrire. Alors, va falloir que je réécoute votre présentation puis que je réalise, en fait, votre mémoire. Mais je dois vous dire que c'est toute une performance que vous avez donnée aujourd'hui.

Et j'aimerais en profiter peut-être pour saluer non seulement le travail que vous faites, mais peut-être la vision que vous avez eue de pousser la participation des IPS, comme on les appelle depuis quelques années. Je pense qu'on... On a rencontré juste avant, je ne sais pas si vous avez eu la chance de l'écouter, mais le Dr Gaudreault, qui a été un fidèle supporteur de votre avancée, je vais le dire comme ça, et je pense qu'il doit être content aussi, lui, de vous avoir... d'avoir poussé pour l'élargissement, justement, de vos fonctions au cours des dernières années. Je tiens à vous dire que c'est tellement rafraîchissant de vous entendre et de voir comment vous participez de plus en plus à la première ligne.

• (16 h 40) •

Juste pour... encore, pour les gens qui nous écoutent, là, je trouve ça non seulement rassurant, mais dites-moi un petit peu, moi, je connais un peu certaines statistiques, mais il y en a combien... il y avait combien d'IPS il y a quelques années versus aujourd'hui? Puis il s'en forme combien, là? Juste pour que les gens voient ça dans la perspective, là, de si on avait une baguette magique, là, on en voudrait combien, hein? Alors j'aimerais ça que vous me donniez un peu ces statistiques-là pour que les gens voient. Moi, je connais un peu les chiffres, mais j'aimerais ça que les gens vous entendent un peu là-dessus.

**Mme Laliberté (Christine) :** Oui, en fait, si on recule à deux ou trois ans, il y avait environ 500 à 600 infirmières praticiennes spécialisées et certifiées. Aujourd'hui, on est plus de 800 certifiées, et, bien, l'objectif est d'aller à 2 000, et on espère pouvoir collaborer à un plus grand nombre que de 2 000 parce qu'on a beaucoup à apporter à la population. Ça nous fait plaisir de contribuer justement à faire modifier la façon dont le système de santé fonctionne. Donc, merci, merci pour votre remerciement aussi à ce niveau-là.

**M. Dubé :** C'est parce que je pense que c'est important. Il s'en forme combien à peu près, à ce moment-là, d'infirmières annuellement?

**Mme Laliberté (Christine) :** Bien, dépendant des universités — Isabelle, tu peux m'accompagner là-dedans — mais il y a sûrement au-delà de 150 à 200 infirmières praticiennes en formation. On a un enjeu de milieux de stages qui est à travailler. Mais actuellement on est environ autour de 150 à 200 par année.

**M. Dubé :** C'était une question un peu biaisée, là, que je demandais parce que je sais qu'il faut augmenter le nombre puis je vais en parler justement avec Mme McCann, qui est très sensible, elle aussi, à avoir participé à ça. Donc, dans le plan de la santé, je pense que d'élargir le nombre de formations, d'agrandir le nombre d'IPS en formation, ça va être très important pour justement accomplir plus de ce côté-là.

J'aimerais que vous me parliez un peu d'Archimède parce que je n'ai pas eu la chance... Un peu de la même façon, on a parlé beaucoup de Rimouski et comment se faisait l'accès à la pertinence, hein, puis je ne veux pas... mais j'aimerais ça que vous nous parlez un peu du projet Archimède. Et puis comment peut servir de ça justement pour mieux utiliser les autres professionnels, dont vous, pour enlever de la charge aux médecins? Parlez-moi un peu du projet Archimède, s'il vous plaît.

**Mme Laliberté (Christine) :** Bien, en fait, je vous dirais qu'aujourd'hui je suis extrêmement satisfaite d'entendre là où on s'en va avec le réseau de la santé. Archimède est là depuis 2017, et la façon de voir est vraiment la bonne ressource, au bon moment, pour la bonne raison de consultation. Ce qui veut dire que, quand le patient appelle à la clinique, par exemple, là, pendant la période COVID, ça a été plus difficile parce qu'on avait vraiment réparti les raisons de consultation, et tout ce que nos collègues infirmières cliniciennes pouvaient.

**M. Dubé :** Je vous arrête, je vous arrête, pas par impolitesse, je m'en excuse, là...

**Mme Laliberté (Christine) :** Oui, allez-y.

**M. Dubé :** ...mais je veux bien comprendre qui fait la première étape, le premier triage. Est-ce que c'est l'infirmière praticienne? C'est ça que je veux, comprendre un peu comment ça fonctionne.

**Mme Laliberté (Christine) :** Oui.

**M. Dubé :** Parce que pendant que vous êtes là, j'aimerais ça que les Québécois voient la différence de votre implication dans le projet, quand je dis votre implication des IPS dans ce processus-là de triage dont on parle. Allez-y. Je vais essayer de ne pas vous interrompre.

**Mme Laliberté (Christine) :** Oui. En fait, dans les premiers mois du projet Archimède, on a évalué les raisons de consultation par des appels aux patients avec le secrétariat et on a créé une liste de raisons de consultation. Et dès l'appel au secrétariat, nos secrétaires sont hyperimportantes pour nous dans le processus, le patient va seulement nommer la raison de consultation, et elle va l'orienter vers le bon professionnel donc, par exemple, au sans rendez-vous, justement, si on aura par exemple des otites, des sinusites, des choses comme ça, nos collègues infirmières cliniciennes vont amorcer les évaluations. Si elles peuvent libérer le patient, elles vont le libérer. Elles travaillent avec le droit de prescripteur, avec les ordonnances collectives au maximum de ce qu'on est capable de faire. Nous, les infirmières praticiennes, on va être dédiées plus aux douleurs abdominales, étourdissements, les raisons de consultation plus difficiles et on va compléter les interventions ensemble au besoin. Il n'y a jamais de médecins, infirmières praticiennes simultanément au sans rendez-vous ensemble parce qu'il y a peu de médecins dans la clinique, et donc on se partage le travail en équipe. Pour les suivis, les médecins ont des patients désignés.

Les infirmières praticiennes ont aussi leurs patients désignés. Même si ce n'est pas inscrit comme on en parlait beaucoup aujourd'hui, ils sont quand même désignés à l'infirmière praticienne par la clinique, et le patient va prendre rendez-vous avec l'un ou l'autre, mais aussi avec les autres ressources de l'équipe. Ça pourrait être pour un suivi de diabète, une infirmière clinicienne. Ça pourrait être pour quelque chose de psychosocial avec la travailleuse sociale. Des douleurs, avec notre physiothérapeute. Et on se partage comme ça les suivis pour essayer de rendre l'accès, par, entre autres, un médecin ou une infirmière praticienne, plus accessible pour d'autres patients que ma collègue, par exemple, infirmière clinicienne n'aurait pas le confort de gérer. Alors, c'est vraiment comme ça qu'on va déterminer nos fonctions dans le... dans notre équipe.

**M. Dubé :** Puis, je voudrais vous demander... Bien, vous me surveillerez, M. le Président, parce que je ne veux pas dépasser mon temps, là, mais je voudrais vous demander est-ce que vous avez vu, justement, une baisse de l'activité du côté des médecins de famille en faisant cette approche-là qui permet de se concentrer.

**Mme Laliberté (Christine) :** Ils n'ont plus de patients dans l'horaire, M. Dubé. Non, non, blague à part, pas du tout. C'est que les médecins voient d'autres patients plus complexes pendant que, nous, on fait ça. Puis des fois ils voient aussi des patients moins complexes. Ça dépend de l'accessibilité de notre équipe. Donc, ça peut arriver que ça soit moins lourd, mais ils sont quand même là pour s'assurer que, dans la complexité, ils soient disponibles. Puis on travaille vraiment en collaboration selon nos forces et nos compétences. Il n'y a plus de hiérarchie dans notre équipe. C'est la consultation puis le besoin du patient qui est priorisé.

**M. Dubé :** Parce que... J'y reviendrai parce qu'on va rencontrer les gens de Rimouski un peu plus tard cette semaine, mais qui nous disaient... Ils avaient une statistique qui était intéressante, puis ils disaient que ça a enlevé 50 % de la charge aux médecins parce que, justement, on a pu rediriger. Dans votre cas, êtes-vous capable de quantifier ça?

**Mme Laliberté (Christine) :** En fait, c'est qu'on n'enlève pas la charge parce qu'ils en voient autant, mais ils en voient d'autres. Donc, on peut en voir plus ensemble, mais en le faisant d'une façon différente, on peut prendre plus en charge de patients par notre équipe à ce moment-là.

**M. Dubé :** Et ce principe-là d'Archimède, là, je ne veux pas faire des jeux de mots, il est applicable où en ce moment, à part votre clinique?

**Mme Laliberté (Christine) :** Il était à l'étude à notre clinique, mais je vous dirais que toutes les équipes qui s'y intéressent sont les petites cliniques ou à risque de fermeture, où il y a moins de services, comme par exemple les Îles de la Madeleine, à Beauport, à Portneuf, dans les Laurentides. Il y a différents endroits.

**M. Dubé :** Ça doit intéresser le député...

**Mme Laliberté (Christine) :** Oui, M. Arseneau.

**M. Dubé :** Oui, d'accord. Bien, écoutez, on y reviendra parce que je veux profiter aussi de votre présence. Vous m'avez dit quelque chose qui m'a vraiment frappé, c'est l'inscription aux médecins versus ce que vous suggérez, là, d'avoir l'inscription, je vais dire, directement à l'IPS, là, si je le disais comme ça. On n'a pas besoin de projet de loi pour faire ça.

**Mme Laliberté (Christine) :** Bien, en fait, il y a sûrement des modifications que je ne connais pas qui doivent être faites, mais ce serait une possibilité. Puis on parlait beaucoup aujourd'hui d'imputabilité de groupe. J'ai beaucoup aimé la façon dont M. Gaudreault l'a nommée, là, dans le fond. Mais je pense que ce qui est important, c'est que la personne ait quelqu'un à qui s'identifier dans un groupe pour qu'elle voie toujours la même personne le plus

possible. Le sentiment d'appartenance va être plus important, mais l'imputabilité de groupe pour qu'au départ de quelqu'un on prenne le relève ensuite.

**M. Dubé :** O.K. Parce que je vais manquer de temps, là, mais celle-là était importante. Puis on pourra avoir la chance.

**Mme Laliberté (Christine) :** Allez-y. Oui.

**M. Dubé :** Mais je voudrais que mes collègues puissent... J'apprécie les signes de main de mon collègue d'en face qui va m'aider. Est-ce que... Est-ce qu'il me reste encore un peu de temps?

**Le Président (M. Provençal) :** ...

**M. Dubé :** Combien?

**Le Président (M. Provençal) :** Six minutes.

**M. Dubé :** Six minutes. Mon Dieu! Ça va bien.

**Une voix :** ...

**M. Dubé :** Oui. Bien oui. Voilà! Juste revenir là-dessus, là, sur la question de l'inscription, là, ce qu'on discutait. Quand je vous dis qu'on n'a pas besoin d'un projet de loi pour avoir cette inscription-là, vous avez vu, puis je l'ai expliqué un petit peu plus tôt ce matin, que, comme gouvernement, on a fait des changements pour tenir compte de la réalité en disant : On ne pousse plus justement que ça soit l'inscription d'un médecin, mais du GMF ou de la clinique. Donc, on veut se sortir de ce carcan-là, que ce n'est pas nécessairement un médecin que ça prend, et c'est ça qu'on dit carrément dans le projet de loi, qu'on veut justement élargir.

Donc, vous pensez que vous n'auriez aucun problème avec ça, qu'une infirmière, une IPS puisse faire partie de cette approche-là, où on est inscrit, le GMF. Mais là je veux faire la différence. Pourquoi vous dites que c'est le nom de la personne qui doit être juste? Je veux juste... Parce que quand on va avoir à discuter l'article par article, mes collègues vont me demander, est-ce qu'on se contente du GMF ou de la clinique? Tiens, je vais le dire comme ça parce que ce n'est pas juste les GMF qu'on vise, c'est des cliniques, c'est même des CLSC, c'est tout ça. Est-ce que pour vous, le nom de la personne est important? Parce que je ne veux pas me retrouver avec le même problème du médecin, transférer ça à une infirmière. Vous me suivez? J'aimerais ça vous entendre là-dessus, là, s'il vous plaît.

**Mme Laliberté (Christine) :** Bien, en fait, ce qui serait le mieux, c'est une inscription au groupe complet, au groupe complet. Puis à l'intérieur du groupe...

**M. Dubé :** Groupe, vous dites le GMF où la clinique, là. C'est ça que vous dites?

**Mme Laliberté (Christine) :** Exactement. Dans notre groupe, on devrait identifier, pour chaque patient, des intervenants pour donner un sentiment d'appartenance plutôt que de façon...

**M. Dubé :** Ça va être dans notre projet de loi, ça. Ça, ça peut...

**Mme Laliberté (Christine) :** Non, je ne pense pas.

**M. Dubé :** Ça se fait par voie de régie interne du groupe. Parce que je comprends bien votre point. Je veux juste être...

• (16 h 50) •

**Mme Laliberté (Christine) :** Je penserais. Là, je me fie sur vous, là, pour savoir s'il faut que ça soit dans la loi, pas dans la loi.

**M. Dubé :** Non, non, ça, on va en discuter entre nous autres, là, mais...

**Mme Laliberté (Christine) :** Tout à fait.

**M. Dubé :** Puis je ne pense pas, d'ailleurs, mais, en tout cas... mais continuez. Je voulais juste comprendre pourquoi vous trouvez que c'est important que le patient ait le nom du professionnel, qu'il soit médecin ou... Je voulais juste vous entendre là-dessus. Donc, c'est plus pour la qualité du service.

**Mme Laliberté (Christine) :** Oui, le suivi, la continuité, le sentiment d'appartenance, on les connaît, on sait, ils viennent nous voir pour différents problèmes. On est capable... on a quand même un historique de son histoire de santé, puis on peut l'accompagner beaucoup mieux que si on voit toujours des gens qu'on ne connaît pas. Pour eux aussi, c'est une rassurance, je croirais.

**M. Dubé :** Je laisserais mes collègues peut-être... Oh, je vois que vous avez une question, Mme Levasseur, je vous laisse aller.

**Mme Levasseur (Isabelle) :** Oui, je voulais juste dire qu'en fait, aussi, ce qui va être important, c'est que l'inscription au groupe ne limite pas non plus les infirmières praticiennes à prendre ou à accepter plus de patients. Parce qu'actuellement, ce qu'on voit, c'est que l'inscription se fait au nom d'un médecin de famille, et, si l'infirmière praticienne est capable d'absorber plus de patients, malheureusement, elle s'en voit brimer parce que les médecins de famille ont la crainte, en fait, d'un départ d'une infirmière praticienne et de se retrouver, entre guillemets, avec ces patients-là. Donc, ça va venir... dans le fond, l'inscription au groupe va venir un peu diminuer cette crainte-là, mais ça va être important de ne pas... de s'assurer que ça ne soit pas limité, en fait, parce qu'on voit dans plusieurs endroits que c'est ce qui arrive actuellement.

**M. Dubé :** Et on pourra regarder, puis vous aller suivre la commission, parce que quand on va arriver à l'article par article, s'il fallait faire certaines modifications, puis là je donne l'exemple de la loi de la Régie de l'assurance maladie sur la nomination, bien, on le fera parce que si ça fait partie des suggestions que vous faites, qui, basées sur votre présentation, aujourd'hui, peut faire une grande différence. On va être très ouvert à ça, je vais vous dire.

Parlez-moi de la répartition territoriale. Est-ce qu'il me reste encore du temps? Oui.

**Le Président (M. Provençal) :** Oui, deux...

**M. Dubé :** Deux minutes. Répartition territoriale. Vous avez dit quelque chose, là, qui m'a fait titiller un peu, là, c'est d'éviter les fermetures des petites cliniques. Parlez-moi de ça un peu parce que, lorsque, par exemple, des médecins prennent leur retraite, etc., dans des régions où il y a moins de... Parlez-moi un peu de ça, comment le travail de l'IPS peut faire une différence? Ça, ça m'intéresse beaucoup.

**Mme Laliberté (Christine) :** Bien, en fait, c'est que, dans ces cliniques-là... C'est un peu ce qui est arrivé au GMF Saint-Vallier où est situé Archimède. Notre clinique était à risque de fermeture. On a proposé au gouvernement un essai de ce modèle. Donc, ces cliniques-là, dans le fond, quand elles deviennent insuffisantes pour remplir les obligations, par exemple, d'heures d'ouverture, pourraient avoir des infirmières praticiennes, mais aussi d'autres personnes, un peu comme dans le modèle Archimède, sans être toutes le même nombre, pour pouvoir assurer la survie de la clinique. Et on peut aussi faire une équité dans la répartition des médecins dans le territoire, justement, pour éviter les fermetures. Parce qu'on l'a vu dans le passé, des cliniques ont été fermées, et des médecins sont allés dans des grosses cliniques, puis on n'a rien pu faire. C'est ce qu'on voudrait éviter, parce que tous ces patients-là s'en vont au guichet. Alors, on a quand même un aller-retour de patients vers le guichet, qui ne sont jamais les mêmes, mais qui vont toujours finir par se ramasser là parce qu'il n'y a plus personne pour s'occuper d'eux. Alors, si on maintenait toutes ces cliniques-là en place avec de l'aide dans une équipe interprofessionnelle, le patient pourrait rester là, et on irait en chercher d'autres aussi au guichet.

**M. Dubé :** On va creuser ça un peu parce que ça, c'est important. Parce qu'on a entendu tellement de petites cliniques qui ont dû fermer, et il y a des gens qui ont perdu leur médecin de famille, on va dire comme ça, là, mais... O.K., bon, bien, parfait. Est-ce que ça va, M. le Président?

**Le Président (M. Provençal) :** Oui.

**M. Dubé :** Encore une fois, si je n'ai pas l'occasion de vous remercier, je vais le faire tout de suite. Merci beaucoup pour votre participation. Très apprécié.

**Le Président (M. Provençal) :** Nous allons poursuivre avec le député de Nelligan.

**M. Derraji :** Merci, M. le Président. Et moi-même, je tiens à vous dire : Merci pour votre présentation. Merci pour le rapport.

J'ai plein de questions, mais je vais commencer par le triage. Je suis très convaincu du rôle des IPS. Je peux dire que vous jouez un rôle extrêmement important. Je l'ai même moi-même vu sur le terrain. Donc, j'espère qu'on va avoir des IPS un peu partout. Ça, ça va être une autre demande qu'on peut formuler au ministre pour qu'il réactive le tout. Je sais, tout à l'heure, il a parlé de la baguette magique, mais on va le pousser pour avoir cette baguette parce qu'on a besoin d'IPS un peu partout.

Maintenant, au niveau du triage. Vous, parce que c'est la question primordiale, si on est là aujourd'hui... on a 1 million... il y a un changement de mentalité pour les patients qui sont en attente d'un médecin de famille. Là, ils vont appeler le GMF, vont appeler la clinique, ils vont appeler leur CLSC, donc s'attendre. Qui va faire le triage? Et ce que vous êtes sûres et certaines qu'au niveau du triage ce n'est pas là où il y a le problème? Ça veut dire que, quelqu'un qui peut, excusez-moi le terme, «dispatcher» un peu par la suite le patient au bon professionnel...

**Mme Laliberté (Christine) :** Bien, en fait, il y a... maintenant, on a des trajectoires qu'on a créées pour dire vers quelles ressources professionnelles ce serait mieux de diriger des patients, des individus. Alors, la première

chose, ce serait devoir à préparer les gens qui reçoivent les appels pour pouvoir le faire. Ce n'est pas obligé d'être une infirmière. Une infirmière, c'est quand on veut évaluer; là, ça va prendre une infirmière, mais juste pour procéder à la raison de consultation et bien diriger, si on prépare bien nos collègues qui sont adjoints administratifs, parce qu'ils font partie de l'équipe eux autres aussi, il faut les considérer aussi importantes, et, à ce moment-là, ils vont pouvoir bien diriger les patients vers la bonne ressource dans la clinique.

**M. Derraji :** Ce que j'aime dans vos propos, vous l'avez dit, pas une fois, pas deux, sentiment d'appartenance, faire ça, sentir que les autres professionnels... Et je tiens juste à vous dire, je ne sais pas si vous avez entendu l'échange, tout à l'heure, avec le Collège des médecins, moi, pour moi, aujourd'hui, moi, sérieux, aujourd'hui, là, je vois un changement majeur au niveau de la conception du travail multidisciplinaire. Moi, je pense que je vois le sourire dans votre visage, ça, c'est extrêmement important parce que, si c'est comme... si c'est en règle, juste ça, c'est un départ de solution. C'est un premier pas vers la bonne direction.

Maintenant, comment peut vous donner plus d'outils pour... Au bout de la ligne, on veut que les patients aient leurs rencontres et qu'on n'a plus de maladies chroniques ou bien, au moins, gérer bien leurs maladies chroniques. Vous avez dit qu'au niveau du triage c'est bon. Vous avez parlé de la problématique des petites cliniques. Mais est-ce qu'il n'y a pas la problématique de manque de ressources dans les cliniques? Ce n'est pas toutes les cliniques qui ont, un, les compétences nécessaires. Les IPS en... vous avez dit, 2 000 ou 800? C'est combien d'IPS, madame?

**Mme Laliberté (Christine) :** On est 800 certifiées actuellement, oui.

**M. Derraji :** 800 certifiées. On est très loin de couvrir le territoire québécois. Comment on peut, avec les moyens qu'on a maintenant sur la table, répondre à cette demande? Et je sais qu'il y a les infirmières cliniciennes aussi, donc...

**Mme Laliberté (Christine) :** Bien, c'est ce que je vous dirais. En fait, il faut le voir en équipe. Il n'y a pas que des médecins, que des IPS, il y a plein d'autres professionnels de la santé. Donc, il faut les mobiliser ensemble, ces gens-là, puis utiliser complètement leurs compétences puis leurs champs d'exercices, dans le sens qu'on voit souvent les professionnels sous-utilisés, et c'est ça qui fait la différence. Donc, il faut leur laisser la place, les accompagner, du mentorat entre équipes, on le fait entre membres de nos équipes, on est habilités à faire ça et s'aider pour mieux répondre à la population. C'est comme ça qu'on va y arriver.

**M. Derraji :** C'est de la musique à mes oreilles, c'est excellent. Donc, maintenant, vous venez en commission nous dire : Écoutez, inscrivez les gens GMF, cliniques, CLSC, c'est un début de solution. Je ne veux pas dire c'est la solution parce que... Selon vous, on est sur la bonne voie?

**Mme Laliberté (Christine) :** Oui.

**M. Derraji :** O.K. Parlons maintenant des autres. Vous avez dit quelque chose qui... Au fait, c'est une très bonne proposition, référence aux spécialistes. Vous avez l'habitude de travailler avec les ordonnances collectives. Vous avez une panoplie d'ordonnances collectives. N'hésitez pas, s'il y a des lacunes ou des choses à améliorer, dites-le-nous parce que ça va vous donner des outils. Moi, je les appelle... C'est comme les ustensiles pour faire ou préparer un plat, mais c'est les outils pour faire avancer la prise en charge — que le Collège des médecins n'aime pas. Moi, je l'aime. Prise en charge des patients, référence aux spécialistes, concrètement, qu'est-ce que vous demandez?

**Mme Laliberté (Christine) :** Bien, en fait, juste une petite correction, les infirmières praticiennes n'utilisent pas les ordonnances collectives. C'est une pratique autonome, ce sont les infirmières cliniciennes et on pourrait vraiment renforcer ça chez elles.

Pour les praticiennes, formation de deuxième cycle universitaire, autonomie, pose de diagnostic, plan de traitement... Prise en charge, on n'aime pas ça personne, mais on s'occupe d'une cohorte d'un groupe de personnes pour leurs besoins de santé. Référence en spécialité, on est obligés, même si légalement on a le droit, au moment où on se parle, il y a des changements qui doivent être faits pour qu'on puisse référer directement aux médecins spécialistes par les centres de répartition des demandes. Donc, on est obligés d'avoir une signature de médecin et c'est lui qui reçoit les rapports, donc on a comme des manipulations à faire, de donner... avec le médecin pour pouvoir envoyer une demande et c'est lui qui reçoit le rapport de consultation. Parfois, on le reçoit en copie, pas tout le temps, et on peut perdre le suivi dans la prise en charge. Puis le médecin, ont le surcharge de choses qu'il n'a pas besoin d'avoir. Et ça, ça pourrait le rendre plus accessible aussi.

**M. Derraji :** Donc, selon ce que vous... Si j'ai bien compris, c'est que vous demandez à ce que vous ayez cette autorisation de faire la référence. L'interprétation du résultat revient à un acte médical par le médecin généraliste. Vous n'interprétez pas?

**Mme Laliberté (Christine) :** Non, il revient à nous.

• (17 heures) •

**M. Derraji :** À vous, donc vous interprétez que ce soit le... en fait, bien, vous recevez le rapport de la part du médecin spécialiste.

**Mme Laliberté (Christine) :** Tout à fait, on reçoit un rapport avec des recommandations et on va donner suite aux recommandations du médecin spécialiste. Alors, ce rapport-là, parfois, va... bien, en fait, tout le temps, va transiter par le médecin. Parfois, on reçoit une copie, mais il y a des délais dans la prise en charge parce qu'on ne reçoit pas nos rapports en tout temps, directement. On n'a pas cette possibilité de faire notre lien directement avec eux, légalement, oui, mais pas par le fonctionnement actuel.

**M. Derraji :** Oui. Les diagnostics, les différents tests de routine, que ce soit pour les cancers x, y z, hommes, femmes, pensez-vous que, ça aussi... Parce que, parfois, il y a des appels pour voir le médecin, mais la patiente a juste besoin d'une référence pour faire son diagnostic. Est-ce que, ça, c'est quelque chose que vous voyez aussi, que, si ça tombe dans la clinique, bien, c'est un rendez-vous de moins, c'est du temps gagné pour le médecin?

**Mme Laliberté (Christine) :** Oui. Bien, c'est des choses qu'on peut faire nous-mêmes. Tout ce qui touche les analyses de laboratoire, l'imagerie, ça, il n'y a pas de problème, on fait nos prescriptions, on reçoit nos résultats, on gère, on fait le suivi, et ça ne passe pas par le médecin.

**M. Derraji :** Combien il me reste... Désolé.

**Le Président (M. Provençal) :** Il vous reste deux minutes.

**M. Derraji :** O.K. Dernière question sur la trajectoire, la trajectoire du patient. Au bout de la ligne, au fait, ce que la plupart des intervenants veulent, c'est une bonne prise en charge, la plupart, que ce soit d'un point de vue médecin, infirmière, infirmière praticienne, infirmière clinicienne. Pensez-vous que l'inscription à un groupe de médecins de famille, on ne va pas perdre la qualité des soins au service ou, au contraire, le fait que le patient a une bonne prise multidisciplinaire, interdisciplinaire va améliorer la prise en charge?

**Mme Laliberté (Christine) :** On va gagner en amélioration de prise en charge. Habituellement, justement, là où il y a plus de lourdeur, de chronicité, on a encore plus avantage à travailler tissé serré en équipe. On donne un meilleur service, on rassure nos patients, les familles parce qu'on est plus disponibles en équipe. Donc, on n'a pas à faire des visites répétées vers le médecin. L'infirmière praticienne ou l'infirmière clinicienne, dépendant du besoin, en fait, va rencontrer un autre intervenant — ça peut être un suivi de diabète aux trois mois par notre collègue infirmière clinicienne — et, une fois par année, avec le médecin ou l'infirmière praticienne, et on va se parler, entre-temps, s'il y a des choses qu'elle ne peut pas compléter, mais que, nous, on peut faire et — par exemple, prescrire un nouveau médicament — on va pouvoir compléter avec elle. Donc, on les met vraiment à profit.

**M. Derraji :** J'ai une question de nombre. Si on applique ça à une clinique x, on peut passer de combien de nombre à combien de nombre? Genre, avec ce mode de fonctionnement, inscriptions médecin, on a 1 000, on passe à ce mode que vous dites, on passe à, quoi, 2 000, 3 000?

**Mme Laliberté (Christine) :** En fait, l'objectif, c'est de passer à 2 000, 3 000. Mais, quand on parle de 2 000, 3 000, bien là on est en équivalence médecin. Mais ce n'est pas le médecin qui voit les 2 000, 3 000, c'est l'équipe.

**M. Derraji :** Compris. Non, non, j'ai bien saisi. Je veux juste rester sur... Pour la population qui suit nos travaux, le but, c'est qu'on améliore la qualité des soins. Il n'y a pas de retour sur la qualité des soins, mais on améliore la prise en charge du nombre. Donc, au lieu de voir 1 000, on va aller chercher 2 000 ou 3 000, si tout le monde travaille ensemble. Est-ce que j'ai bien saisi la réponse?

**Mme Laliberté (Christine) :** Vous avez bien saisi. Je vais vous donner un exemple de médecins finissants qui ont pris en charge 800 patients dans leur première année de pratique en travaillant deux jours à la clinique, trois jours dans des AMP ailleurs, et c'est parce que l'équipe était là pour s'occuper de la clientèle, la patientèle, comme on veut, pendant leur absence. Donc, la prise en charge a été augmentée par jeune médecin parce que l'équipe était là pour soutenir en leur absence.

**M. Derraji :** Bien, merci beaucoup. Merci. C'est des propos d'une importance extrême dans le but qu'on partage tous. Merci vraiment pour votre présentation et l'excellent rapport. Continuez votre beau travail.

**Mme Laliberté (Christine) :** Merci beaucoup.

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

**M. Derraji :** Et, si vous voulez plus de collègues, dites-le-moi. Je vais... C'est sûr, il va me voir au salon bleu demander plus d'IPS, hein? Je suis là.

**M. Dubé :** ...d'être très ouvert, très ouvert.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup, M. le député. Alors, nous poursuivons avec M. le député de Rosemont. À vous.

**M. Marissal :** Merci, M. le Président. Merci, mesdames, pour votre présentation. Vous avez raison de dire depuis des années qu'on devrait vous écouter davantage. Vous venez d'en faire la preuve encore une fois.

Je vais faire vite parce que je n'ai même pas la moitié du temps des six minutes du ministre, tout à l'heure, qui trouvait qu'il n'avait pas beaucoup de temps. Alors, j'y vais vite. Je regarde vos 14 recommandations, là. À part deux, peut-être, la R1 et la R8, là, je ne vois pas beaucoup de liens avec le projet de loi qu'on a devant nous. Pourtant, c'est du bon stock, là. Il est pas mal... Pas mal tout, là-dessus, serait applicable puis ferait une grosse différence, je pense, là. Mais on est quand même, ici, pognés à étudier le projet de loi n° 11, là. Ça fait que je me demande juste pourquoi le projet de loi n° 11 dans ce cas là? Qu'est-ce que vous en reprenez, vous? Parce que vous êtes sur une voie parallèle qui s'en va à la bonne place, là, je pense. Mais moi, je suis là, comme... O.K., mais qu'est-ce qu'on veut avec que le projet de loi n° 11, d'abord?

**Mme Laliberté (Christine) :** Bien, en fait, le projet de loi n° 11, dans le fond, on vise l'accessibilité aux médecins, améliorer, prendre les patients en charge qui étaient au guichet d'accès aux médecins de famille. On propose des solutions pour aider à désalourdir les processus pour arriver à faire ça sans nécessairement mettre l'emphase unique sur une pression chez le médecin de famille, qui fait partie de notre équipe aussi. Donc, il y a plusieurs enjeux dans le projet de loi qui recourent nos propositions d'une façon indirecte.

Je vous donne l'exemple du guichet d'accès obligatoire. Bien, qu'est-ce que je fais avec le petit bébé de ma patiente qui a déjà deux enfants suivis avec moi? Je suis obligée de lui dire : On l'envoie au guichet d'accès. On demande des heures... de voir des patients avant 8 heures, après 19 heures. Mais oui, mais, si on le passe en équipe, est-ce qu'on est encore plus capables de le faire avec un suivi? Est-ce qu'on serait plus capables de prendre de patients en suivi aussi? Comment les accompagner?

Donc, nous, c'est la vision qu'on avait à la lecture du projet de loi. C'est... O.K., on mise dans un endroit. Puis je pense que ça prend un point de départ. Puis effectivement il fallait que ça arrive pour qu'on en parle ensemble. Donc, c'est une bonne chose. Maintenant, il faut regarder comment on le fait avec une équipe. C'est ce qu'on vous propose aujourd'hui.

**M. Marissal :** Non, c'est parce que le ministre dit souvent... Et puis, là-dessus, on va s'entendre que ça ne prend pas toujours un projet de loi. Des fois, il y a des affaires qui se font sans projet de loi. Puis, des fois, le gouvernement nous dépose des projets de loi, puis les règlements viennent après, ça fait qu'on ne sait même pas exactement quel est l'objet du projet de loi.

Cela dit, je vais arrêter là mon éditorial, mais, en axant beaucoup sur l'entrée par le médecin, parce que c'est ça qu'on a l'impression que le projet de loi n° 11 fait, là, vous avez l'air d'être d'accord avec moi, vous opinez du bonnet, est-ce qu'on n'est pas en train de faire le contraire de ce que vous proposez? Autrement dit, que ce ne soit pas juste l'entrée par le médecin, ça peut être plus simple que ça. Donc, on pourrait le faire entrer par quelqu'un d'autre, spécialiste ou autre, là. Allez-y. Je n'ai plus de temps.

**Mme Levasseur (Isabelle) :** Bien, c'est pour ça, dans le fond, qu'on a voulu participer à cette commission parlementaire. C'était pour démontrer que l'accessibilité puis l'entrée des patients ne se fait plus uniquement par le médecin de famille. Ce n'est plus nécessaire. J'ai beaucoup aimé la phrase de Dr Gaudreault, tantôt, qui disait que ce n'était pas nécessaire que tous les Québécois aient un médecin de famille, et c'est vrai. Ils doivent appartenir à une clinique, à un groupe de professionnels, mais ils n'ont pas tous besoin d'un médecin de famille. Donc, c'est ça qu'on vient démontrer aujourd'hui. Puis on ne doit plus uniquement penser à l'accessibilité via cette personne uniquement.

**M. Marissal :** Bon, le ministre a l'air de mourir d'envie de dire quelque chose. Ce n'est pas moi qui donne les tours de parole ici, mais...

**M. Dubé :** Mais, je ne sais pas...

**M. Marissal :** ...mais, s'il me reste 30 secondes, je lui donne.

**M. Dubé :** Écoutez, M. le Président, c'est tellement un bon commentaire que mon collègue de Rosemont vient de faire. Je veux juste dire que c'est pour ça que j'ai dit, ce matin, qu'un gros changement, c'est qu'on veut que la prise en charge, on n'aime pas le nom, soit faite par la GMF et non par le médecin. C'est un très gros changement. Donc, ça rejoint votre point. Puis c'est pour ça que je pense que les IPS sont d'accord avec l'approche. On ne veut plus que ça soit le médecin, qui a déjà assez de pression. Et, dans le projet de loi, on fait bien référence à la clinique, à la GMF et non au médecin. C'est un très gros changement. Mais merci de le préciser.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, pour la suite, avec le député des Îles. Merci beaucoup, M. le député de Rosemont.

**M. Arseneau :** J'ai combien de temps, M. le Président?

**Le Président (M. Provençal) :** 3 min 47 s.

**M. Arseneau :** Moi, je propose, puisque le ministre veut intervenir lorsqu'on a des questions à poser, je propose qu'on puisse aussi intervenir quand on lui pose des questions. Comme ça, ça va être un beau petit party.

Alors, merci beaucoup pour votre présentation. C'est toujours extrêmement enrichissant et éclairant. Mais on reste avec une question, tu sais, un peu la publicité, là : *Si ça existait, on l'aurait*. Ce modèle-là, Archimède, que vous nous présentez, qu'est-ce qui freine son développement à travers le Québec, si ça fonctionne?

• (17 h 10) •

**Mme Laliberté (Christine) :** Bien, en fait, je pense qu'il n'y a pas rien qui freine, mais je pense qu'on veut plus de résultats probants. Il y a eu une pandémie qui est arrivée, comme pour tout le monde. Au cours du processus, on a démontré de nouvelles choses, pendant la pandémie, sur le fonctionnement. Il y a l'après-pandémie, donc. Mais je pense qu'une discussion s'impose sur le modèle Archimède avec le ministre Dubé, justement, pour voir qu'est-ce qui peut être fait avec le modèle Archimède pour les équipes qui en ont besoin.

**M. Arseneau :** ...son intérêt et le nôtre.

**Mme Levasseur (Isabelle) :** J'oserais ajouter quelque chose. Le modèle actuel des GMF, en fait, est beaucoup axé uniquement sur la vision médicale. Donc, je pense que c'est ça qu'il faut qu'on change aussi au Québec. Tu sais, la gestion médicale des groupes de médecins de famille, je pense que c'est révolu aussi, puis il faut qu'on laisse de la place aux autres intervenants pour penser à la gestion, en fait, puis à l'accessibilité dans chacune des cliniques.

**M. Arseneau :** Vous faites quand même un certain nombre de recommandations sur le fait, par exemple, qu'il soit permis aux IPS d'admettre des patients, que les IPS soient en mesure de référer des patients, que, bon, l'expertise des IPS... Bon, comment on reconnaît l'expertise des IPS? Est-ce que c'est par règlement? Est-ce que c'est par une loi, ou c'est par la bonne volonté des médecins, ou est-ce qu'il faut changer quelque chose dans le système?

**Mme Laliberté (Christine) :** En fait, je dirais que c'est tous les découplants du projet de loi n° 43 qui nous a permis de poser les diagnostics et d'établir les plans de traitement. Il y a plusieurs règlements et lois qui suivent qui ont besoin d'ajustements. Et il y a aussi, surtout pour nous, ce qui est important pour, justement, l'accessibilité, le règlement en lien avec la santé mentale qui empêche les infirmières praticiennes, toutes les infirmières praticiennes d'évaluer les troubles mentaux. Et là, en pandémie, on le voit encore plus, comment c'est important. Mais je voudrais souligner juste une petite chose de peur de ne pas pouvoir le dire. Je vois une énorme différence dans les réflexions aujourd'hui, en commission parlementaire, comparativement à 2019. La marche est excessivement améliorée, je dirais, pour y parvenir.

**M. Arseneau :** J'aimerais vous entendre dire une dernière petite chose. Vous avez parlé des Îles-de-la-Madeleine tout à l'heure. Vous pouvez nous expliquer le problème et la solution? Vous avez 30 secondes.

**Mme Laliberté (Christine) :** Le modèle Archimède en préparation, peut-être pour être implanté dans votre beau territoire, si ça fonctionne. Mais je ne voudrais pas m'avancer avant les gens qui sont chez vous à ce sujet.

**M. Arseneau :** Bien entendu. Mais, ce que je veux dire, c'est que ça s'applique dans les régions...

**Mme Laliberté (Christine) :** Absolument.

**M. Arseneau :** ...là où, j'imagine, l'expertise est nécessaire et le partage des responsabilités. C'est ça?

**Mme Laliberté (Christine) :** Tout à fait.

**M. Arseneau :** D'accord. Merci. J'imagine que mon temps est terminé.

**Le Président (M. Provençal) :** 30 secondes encore.

**M. Arseneau :** Ah! 30 secondes encore.

**Mme Laliberté (Christine) :** Ajouter quelques IPS gestionnaires dans les cliniques, là, en cogestion, ça pourrait peut-être vous aider aussi à faire bouger un peu le modèle. On est prêtes à vous accompagner là-dedans, nous autres.

**M. Arseneau :** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Provençal) :** Je vous remercie beaucoup pour votre contribution aux travaux de notre commission.

Je suspends les travaux quelques instants pour accueillir un nouveau groupe. Merci. Suspension, s'il vous plaît.

(Suspension de la séance à 17 h 13)

(Reprise à 17 h 18)

**Le Président (M. Provençal) :** Nous reprenons nos travaux. Je souhaite la bienvenue à Me Paul G. Brunet, président-directeur général du Conseil pour la protection des malades, ainsi que les deux personnes qui l'accompagnent. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échanges avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter puis à débiter votre exposé. Et je vous cède la parole.

### Conseil pour la protection des malades (CPM)

**M. Brunet (Paul G.) :** Merci, M. le Président. Merci de nous accueillir. M. le ministre, messieurs dames les membres de l'Assemblée nationale, merci de nous accueillir dans vos murs pour la consultation sur le projet de loi n° 11.

Le Conseil pour la protection des malades fêtera en 2024 ses 50 ans d'existence. On est très fiers et on espère que vous serez avec nous, que vous nous accompagnerez. Je suis justement accompagné de M. Daniel Pilote et de Mme Micheline Boucher Granger, les deux... nous-mêmes comme des membres du conseil d'administration du Conseil pour la protection des malades.

Alors, sans plus tarder, je laisserai la parole à mon collègue Daniel Pilote et je reviendrai en conclusion sur différentes observations. Daniel.

• (17 h 20) •

**M. Pilote (Daniel) :** Oui. Bonjour, tout le monde. Tout d'abord, j'aimerais remercier la Commission de la santé et des services sociaux de nous recevoir.

Donc, je vais vous parler un peu de qu'est-ce que je crois qu'on devrait améliorer, bien sûr. Donc, moi, je trouve, avec le projet de la loi n° 11, on exige aux médecins de famille qu'ils doivent se rendre disponibles. Donc, moi, je trouve que, malheureusement, le système de rendez-vous dépasse les capacités des médecins de famille. Justement, comme je regardais dernièrement, en novembre, il y avait 876 000 patients en attente puis 1,4 million de prises en charge avec 10 000 spécialistes. Si vous regardez ça un peu, 10 000 spécialistes, ça donne... il faudrait avoir au moins 83 patients, hein, pour chaque médecin, chose que, bien sûr, il faut prendre en considération, la région, hein, et le nombre de populations, mais ça donnerait à peu près ça. Donc, très difficile.

Donc, c'est sûr qu'il y a eu un problème, hein, comme j'ai pu le constater, 4 200 personnes qui ont été rejetées. Donc, malheureusement, qu'est-ce qui arrive? C'est que, comme mon P.D.G., M. Brunet, disait... Me Brunet disait que, justement, un quart de ces personnes ont de la misère à avoir des... (panne de son) ...donc, ça, c'est un problème, là, à faire, à organiser. Donc, c'est sûr et certain et... Juste un petit moment. Donc, qu'est-ce que j'aimerais que je... Je vous fais un peu un bref... parce que, c'est ça, là, je ne vous lirai pas tout qu'est-ce que j'ai écrit, ça prendrait trop de temps.

Alors donc, c'est sûr et certain qu'il y a beaucoup, là-dedans, des personnes qui sont en condition de handicap, en perte d'autonomie ou en âge avancé, hein? Donc, moi, je suggère que la télémédecine soit en avant-garde aussi comme option, pas nécessairement juste ça, là, comme option. Et là il y en a qui vont dire : Oui, mais le docteur ne peut pas être là. Oui, on pourrait utiliser, justement, des... On pourrait utiliser des infirmières ou infirmiers auxiliaires, O.K.? Il y en a 30 000. Et ils pourraient, eux autres, aller à la maison, si jamais il y a des auscultations à faire ou, comme on dit, s'il faut prendre des signes vitaux.

Et il y a aussi d'autres choses qui peuvent exister, hein, bien sûr, justement. Bien, il y a les systèmes de caméras infrarouges qui peuvent exister, justement, parce que tout le monde, quasiment tout le monde a des téléphones intelligents dans les... je parle, dans les personnes, justement... Si je parle, tantôt, des infirmières ou infirmiers auxiliaires, eux autres, ils peuvent avoir, justement, des appareils pour aider le médecin à mieux prendre, comme on dit, un examen plus approfondi avec un infirmier ou une infirmière auxiliaire.

Donc, ces systèmes de technologie là, ça serait... De toute façon, comme vous voyez, en pandémie, on utilise pas mal ces systèmes-là. Donc, ça serait des systèmes qui seraient efficaces, mais à condition que la professionnelle puisse être là avec le médecin, justement, pour aider les personnes qui ne peuvent pas, justement, se déplacer. Imaginez les économies de temps et d'argent avec, justement... éviter à ces gens-là de se déplacer, en télémédecine, mais à condition qu'ils aient une personne qui puisse être là en parallèle pour les aider. Donc, grosso modo, je ne sais pas si vous avez reçu ma mémoire, mais c'est indiqué dessus.

Alors j'aimerais remercier la commission. Merci beaucoup. Mesdames et messieurs, je vous remercie. Alors, je vous passe la... parole, excusez-moi, à Micheline Boucher Granger.

**Mme Boucher Granger (Micheline) :** Oui. Bonjour. Merci, Daniel. Merci de me permettre d'être présente à cette commission. Nous sommes tous et toutes conscients et conscientes des problèmes au niveau du système de santé et des services sociaux exacerbés en cette période de pandémie. Nous savons pertinemment que les solutions réelles et pratiques sont déjà amenées par des professionnels de la santé, toujours dans le but de l'amélioration des soins. Me Paul Brunet va élaborer à cet effet.

Je souhaite fermement que le gouvernement, par l'entremise du ministère de la Santé, va profiter du contexte actuel pénible et difficile afin de collaborer avec les professionnels de la santé de tous les ordres afin d'en arriver à des solutions réelles, efficaces et efficientes. Les patients et les patientes méritent un système de santé et des services sociaux qui répondent à leurs besoins. Je souhaite ardemment que les argents économisés... le redressement adéquat des

mesures du système de santé et des services sociaux soient réinvestis pour des soins encore plus élaborés et améliorés et, conséquemment, que la population bénéficie des effets d'une meilleure gerance à tous les paliers du système de santé.

Je vous remercie pour votre attention. Me Paul Brunet, à vous la parole.

**M. Brunet (Paul G.) :** Bon, M. le Président, il doit rester quelques secondes à peine. Je ne voudrais pas...

**Le Président (M. Provençal) :** Il vous reste trois minutes.

**M. Brunet (Paul G.) :** Bon, je ne voudrais pas qu'on se quitte sans prendre pour acquis que vous avez déjà pris connaissance du mémoire. C'est un mémoire terrain. Il est constitué de doléances qui viennent du terrain, des usagers, des patients, de celles et ceux qui souffrent parce qu'ils ne peuvent pas avoir accès à un médecin.

J'entendais des médecins, mais surtout des syndicats de médecins dire, dans les médias : C'est effrayant. Pendant qu'on étudie le projet de loi n° 11, on n'aurait pas le temps de discuter puis de négocier. Ça fait 10 ans, au moins, que, moi, personnellement, je parle d'accès à la première ligne. Les syndicats n'ont rien fait. Alors, il est un peu tard. Je ne dis pas que tout ce que le ministre propose va dans le mauvais sens, je dis simplement que, là, on a une occasion, ensemble, d'améliorer le projet de loi. Si les médecins veulent collaborer, tant mieux, mais je pense qu'il est un peu tard pour nous dire qu'on voulait avoir le temps d'en discuter. Il est trop tard. Ça fait au moins 10 ans que j'entends les syndicats, M. Godin et d'autres, dire : Ah! laissez-nous... Ça ne marche pas. Alors là, il y a une initiative qui est sur la table... mais améliorons le projet de loi, s'il vous plaît, M. le ministre.

**Le Président (M. Provençal) :** Est-ce que je dois conclure que votre présentation est complétée?

**M. Brunet (Paul G.) :** Oui, monsieur.

**Le Président (M. Provençal) :** Merci beaucoup. Alors, nous allons débiter nos échanges avec vous, M. le ministre.

**M. Dubé :** Je serais presque tenté, M. Brunet, de vous dire que je n'ai rien à ajouter. Vous avez... Écoutez, vous avez tellement raison, vous avez tellement raison. Mais je vais quand même profiter des quelques minutes que j'ai. Mais je dois vous dire que vous avez raison. Et, pour moi, ce projet de loi là donne justement l'occasion... Puis je dois vous dire... je ne sais pas si vous avez eu la chance d'écouter les discussions qu'on a eues cet après-midi avec mes collègues, elles sont d'une qualité incroyable. Puis, si on est capables de continuer à avoir cette qualité de discussion là au cours des prochains jours et des prochaines semaines, je vais vous dire qu'on va changer les choses. Alors, je tiens à le dire, là, mes collègues, ici, aujourd'hui, de l'opposition font un travail incroyable. Puis merci, M. le Président, de vivre ça ensemble. Je vous le dis, là.

Maintenant, Me Brunet, moi, je vais commencer par le patient, parce que j'ai toujours dit que c'est l'argent des contribuables, puis les contribuables, c'est des patients, mais ils sont trop patients. Vous avez dit que ça fait 10 ans, là. Ces patients-là, ils sont en trop patients. Puis, quand je vois comment, pour moi, dans ma... le changement de culture qu'on veut faire, c'est que les patients, bien, c'est des clients puis ils ont le droit d'avoir de l'information puis ils ont le droit d'avoir des services.

Quand je regarde les derniers rapports, que ce soit de la Protectrice du citoyen, que ce soit de la Commissaire à la santé, elle a dit : Comment ça se fait qu'il n'y ait pas plus de participation des conseils de protection ou des comités de patients? C'est très rare que vous êtes invités en tant que patients à dire ce que vous avez besoin. Alors, aujourd'hui, si quelqu'un me demande qu'est-ce que...

J'espère qu'on ne vous a pas perdu, là, parce que, là, je ne vous vois plus à l'écran, mais... Est-ce que vous nous entendez encore?

**Une voix :** Moi, j'entends très bien.

**M. Dubé :** O.K., vous êtes revenu? Excusez-moi, je pensais qu'on vous avait perdu.

**Le Président (M. Provençal) :** Attendez, M. le ministre. On va reprendre, on va revenir en ondes, parce que c'est important que les gens qui nous suivent puissent entendre ce que vous avez à dire et aussi... Vous pouvez y aller.

• (17 h 30) •

**M. Dubé :** Oui? C'est bon? Ça continue? O.K. O.K. J'espère que je n'ai pas trop pris de temps, là. Mais, moi, ce que je vous dis, c'est que je veux vous écouter aujourd'hui. Parce que, quand j'ai pris connaissance de votre mémoire, je pouvais avoir la perception, puis peut-être à tort, que vous dites : Mais qu'est-ce qu'on vient faire, parler de p.l. n° 11, alors que notre préoccupation, c'est la qualité des soins, puis tout ça? Mais vous avez vu que, cet après-midi, il y avait des perceptions que je pense que juste le début de la commission nous permet de régler.

Je vous en donne un. Il y avait une perception, jusqu'à encore il y a quelques minutes, que ce qu'on voulait forcer, c'est forcer les médecins à prendre plus de patients. Et ce n'est pas ça, parce qu'on a dit : Il y a un gros changement depuis nos discussions avec les syndicats de médecins pour dire : Ce n'est plus le médecin, c'est le GMF, c'est le groupe, c'est la clinique. Ça, c'est toute une grosse différence. Et la journée qu'on s'entend que c'est ça qu'on veut faire, bien là c'est sûr qu'il faut entendre les autres groupes, comme on fait des IPS. Demain, ça va être les pharmaciens. Vous me suivez? Donc, c'est pour ça que ce que je veux entendre de votre part... Il y en a un qui est très important,

qui... pour ce que M. Pilote vient de faire... (panne de son) ...il y a beaucoup de... et puis je ne sais pas, là, s'il peut peut-être fermer votre son? Je n'aime pas ça m'entendre, pour être honnête avec vous.

Mais je veux revenir à un point, sur ce que M. Pilote a dit sur les soins à domicile avec les deux professionnels, là. Ça, pour moi, là, c'est tellement important. Puis je vais vouloir comprendre, dans les prochains jours... Puis moi, j'ai eu la chance, là, de parler des soins... ce qu'on appelle les soins à domicile, intensifs, où, justement, il y a eu beaucoup de restrictions que les médecins ont imposées pour être capables de prendre en charge des patients quand ils sont à domicile ou qu'ils sont dans un environnement particulier, que ce soit le CHSLD ou d'autres. Et ça, j'aimerais ça... je ne sais pas si vous voulez en parler aujourd'hui, parce qu'on n'a pas beaucoup de temps.

Mais j'aimerais ça vous entendre là-dessus, parce qu'il y a eu beaucoup de restrictions à des médecins qui sont arrivés avec des nouvelles idées, là. Je pense à la région de Verdun, où ils veulent faire les choses différemment, mais qu'il y a beaucoup de résistance. Je vous vois hocher de la tête, Me Paquet, là... Me Brunet, pardon. Pouvez-vous m'en parler un petit peu, de ça, parce que c'est drôlement important, là, de profiter du p.l. n° 11 pour poser ces questions-là, puis de voir quels genres de changements qu'on doit faire pour faciliter l'accès à des gens qui sont à domicile, par exemple.

**M. Brunet (Paul G.) :** Bien, succinctement, M. le ministre, on a discuté avec des gens, les gens à Verdun, là, dont le Dr Dechêne. C'est de faire en sorte qu'on ait des vrais soins à domicile à l'avenir, avec de vraies assistances médicales, infirmières, pour que les gens qui sont à mobilité réduite, ou qui ne peuvent pas se déplacer, qu'on puisse les soigner, les soigner jusqu'à la fin.

Dans d'autres juridictions, il y a des gens qui meurent à domicile, je pense que c'est près de 30 % ou 40 %, alors qu'au Québec, c'est à peine la dizaine de pour cent. Il n'y a pas de raison qu'on ne puisse pas avoir des soins à la maison comme ça devrait l'être, comme ce qu'ils étaient autrefois. Ça, ça fait baisser certainement l'achalandage dans les urgences. Ça crée moins de pression sur les lits d'hospitalisation des personnes âgées qui sont en perte... Aussitôt qu'ils sont mal, on est obligé de les amener à l'hôpital. On sauve beaucoup, et je pense qu'on aurait des soins beaucoup plus humains et complets à domicile.

**M. Dubé :** Dr Brunet, juste une question technique, là, pour les collègues, parce que peut-être qu'ils savent déjà tout ça. Mais est-ce que les gens, de la façon dont ils pratiquent à Verdun... J'ai même entendu des gens qui déménagent à Verdun pour être capables d'avoir ce genre de soins là, là. C'est rendu quand même quelque chose, là, il y a vraiment des bonnes pratiques. Mais est-ce que ça oblige d'avoir et un médecin et une infirmière qui le font, ou ça peut être juste l'infirmière?

**M. Brunet (Paul G.) :** Moi, M. le ministre, là, je ne suis pas un clinicien, je me fie aux experts. Mais ce que je sais, ce que j'entends, c'est quand il y a des médecins qui peuvent aussi aller à domicile avec les infirmières qu'on a affaire à des soins beaucoup plus complets, et qui évitent l'hospitalisation de ces personnes-là. Quand ils doivent recevoir des soins à tout bout de champ, on les envoie en ambulance, alors qu'on pourrait régler plusieurs de leurs problèmes, et surtout à la fin de leur vie... parce que souvent, il y a des gens qui sont très malades et qui veulent rester chez eux pour mourir. Qu'on ait ces soins-là jusqu'à la fin, comme ça existe dans une proportion beaucoup plus importante dans d'autres juridictions.

**M. Dubé :** On essaiera de reparler à Dr Dechêne, là, qui a piloté ce projet-là depuis de nombreuses années, qui semble avoir beaucoup de résistance, puis je voudrais comprendre, peut-être plus tard, un jour, d'où viennent les résistances.

Je voudrais revenir aux commentaires de Mme Boucher-Granger sur les apprentissages de la pandémie. Vous avez dit que c'est une occasion d'améliorer les services, d'améliorer les soins. Qu'est-ce que vous avez en tête? Je veux juste vous entendre peu là-dessus, Mme Boucher-Granger.

**Mme Boucher Granger (Micheline) :** De ce qui en est, le système de santé, ça fait plusieurs années qu'il y a des difficultés, et avec la pandémie, c'est sûr que ce n'est pas rien pour faciliter la tâche ou les choses. Et c'est sûr qu'il y a beaucoup à faire pour venir à bout de coordonner les actions, autant des professionnels, soit médecins, ou infirmières, ou paramédicaux. Et il y a moyen de travailler en collaboration. Et moi, j'ai enlevé des termes tantôt... j'ai parlé, pour donner plus de temps à Me Brunet, mais travailler en collaboration, le gouvernement et les professionnels de la santé de tout ordre... Et j'ai mentionné, il y a quand même des difficultés au niveau du système de santé, ça, on ne peut pas la cacher à personne, mais il y a moyen de faire plus, ça, c'est sûr, et de façon adéquate pour le bien-être des patients et des patientes. Et, ça, tout le monde va en bénéficier autant sur le plan de la santé physique, psychologique et aussi sur le plan financier.

Alors, dans le mémoire, je pense qu'on n'a pas eu le temps d'en parler trop non plus, Me Brunet a élaboré dans son mémoire parce qu'il y a possibilité d'augmenter l'efficacité au niveau des urgences, entre autres, parce qu'il y a un programme, un projet à l'Hôpital Sacré-Coeur. Me Brunet pourrait élaborer à ce sujet.

**M. Dubé :** Est-ce que... Il nous reste combien de temps?

**Le Président (M. Provençal) :** Six minutes.

**M. Dubé :** O.K. Alors, Me Brunet, pouvez-vous m'en parler un peu du projet de Sacré-Coeur?

**M. Brunet (Paul G.) :** Oui.

**M. Dubé :** Parce que, pour moi, c'est important, là. Puis, je pense, pendant que vous êtes là, de vive voix, parlez-nous en un peu du projet de Sacré-Coeur.

**M. Brunet (Paul G.) :** Alors, ce sont des chercheurs avec des médecins qui ont mis sur pied une espèce de logiciel ou d'algorithme qui permet, imaginez-vous, que quand le patient arrive au triage à l'urgence — ça ressemble un peu à ce que vous avez parlé, au Canada, hier, en passant — le patient arrive à l'urgence et, tout de suite, selon le niveau de triage qu'on lui donne, on ne le fait pas attendre, on l'envoie tout de suite dans une clinique près de chez lui ou près de l'établissement où il se trouve pour recevoir les soins ou une attention clinique — des fois, ce n'est pas nécessairement un médecin — dont il a besoin maintenant. Il ne devrait plus y avoir personne ou presque qui attend des heures et des heures à l'urgence avec ce système-là. Il est en fonction à Sacré-Coeur, dans d'autres hôpitaux de Montréal et en France également. Le système a fait des petits en Europe. Nous autres, au Québec, beaucoup de résistance me dit-on, M. le ministre, là-dessus. Ça fait que, tu sais, en fait, notre petit mémoire, là, c'est plein de morceaux d'affaires qui font qu'on est capables de faire plus et faire mieux puis ça ne coûtera pas nécessairement plus cher. Quand une usagère m'a dit récemment : M. Brunet, quand on m'appelle et on menace de me punir parce que je n'ai pas répondu deux fois, la deuxième fois à l'appel, c'est un numéro confidentiel, j'ai peur que ce soit un fraudeur. Y as-tu moyen que les médecins, leurs cliniques ou l'hôpital s'identifient quand ils appellent

Tu sais, c'est des petites choses, mais des centaines de choses, M. le ministre, qui vont faire la différence. J'ai confiance parce que... attitude. Vous ne prétendez pas savoir tout comme d'autres l'ont déjà dit antérieurement. Et je pense qu'on est capables, mais il va falloir avoir une belle collaboration de nos professionnels. On a une occasion en or de le faire. Je sais qu'il y a une campagne... Mais, moi, ça fait assez longtemps que je suis porte-parole que, si on travaille ensemble, on est capables de faire mieux. On n'a pas le choix, là. Le système est vraiment trop fragile pour résister à ce dont on a besoin.

**M. Dubé :** Bien, écoutez, il y a une chose... Merci pour les bons mots, Me Brunet, mais il y a une chose que la Commissaire à la santé... Puis je veux vous rassurer parce que j'ai pris connaissance de son rapport, là, en détail la semaine dernière. Puis elle dit que les comités d'usagers, les groupes d'usagers sont excessivement importants et qu'ils sont sous-utilisés. Il y en a trois. Vous allez me dire que vous êtes le plus important — puis pas obligé d'être d'accord ou en désaccord — mais vous êtes un des groupes les plus vocaux. Et, moi, je pense qu'il n'y a pas assez de place aux comités d'usagers dans les discussions qu'on a. Alors, de vous entendre aujourd'hui, c'est très important. Je dois vous avouer que je ne le savais pas qu'il y avait un projet à Sacré-Coeur. Là, vous avez excité ma curiosité, je vais aller voir. Parce que c'est d'avoir cette discussion-là, qu'on a depuis quelques heures, qu'on peut voir comment il est immense le réseau de la santé. Il y a beaucoup de gens qui ont beaucoup de bonne volonté d'arriver avec des bonnes idées. Si le p.l. n° 11 sert à ramasser ces idées-là puis travailler autrement, bien, mon Dieu! on aura déjà accompli quelque chose de très important.

Alors, moi, là-dessus... J'essaie de regarder mes notes... Ah oui! Les outils électroniques, ça, ça m'excite un peu. Vous en avez parlé tout à l'heure, M. Pilote.

**M. Pilote (Daniel) :** Oui.

• (17 h 40) •

**M. Dubé :** Là, je pourrais vous en parler pendant des heures. On a un groupe, là, au Québec. On a un groupe au Québec qui... Je ne le nommerai pas parce qu'on va me dire que je fais de la publicité pour ce groupe-là, mais qui a développé des outils électroniques incroyables de soins à domicile, et qui sont utilisés un petit peu partout dans le monde, sauf au Québec, et qui donnent aux gens qui font des soins à domicile un outil pour suivre... pas écrire ça puis avec des feuilles de papier puis de la paperasse, là. C'est fait directement dans l'ordinateur ou sur un téléphone portable. Et vous, je regarde, là, je suis certain que vous êtes très intéressé par ça, parce que vous en parlez, des outils électroniques. Alors, moi, je vais vouloir entendre les gens pour dire comment on peut outiller les gens, et c'est pour cela que dans le plan de relance de la santé, la partie des données, on en a parlé beaucoup aujourd'hui, des données de gestion, mais aussi avoir les outils électroniques pour ça. Alors, je veux juste vous dire que je suis très sensible à cette demande-là, de passer au XXI<sup>e</sup> siècle puis d'aller chercher l'accès. Et ce n'est pas vrai les personnes plus âgées, ou peu importe, n'ont pas d'intérêt pour les outils électroniques. Puis je suis content de vous entendre là-dessus. Puis soyez assuré que vous parlez à quelqu'un qui est très intéressé à pousser l'utilisation... et je suis content d'entendre que ça vous intéresse aussi. C'était peut-être mon commentaire que je voulais faire là-dessus.

**Le Président (M. Provençal) :** ...

**M. Dubé :** S'il reste deux minutes, à moins qu'un docteur... que Me Brunet, vous ayez d'autres points à faire, je serais presque confortable à les passer à mes collègues s'il reste du temps... Avez-vous d'autres points, Me Brunet, ou... Ça va? Merci beaucoup d'avoir participé à ça aujourd'hui.

**Une voix :** Merci.

**Le Président (M. Provençal) :** J'ai bien écouté ce que le ministre a dit, faites-vous-en pas.

**M. Dubé :** Je me sens d'une générosité incroyable. Incroyable.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, on poursuit avec le député de Nelligan.

**M. Derraji :** Merci, M. le Président. Et, en fait, je vais seconder le ministre. Merci pour votre présence, la qualité de votre rapport. Pas mal de très bonnes propositions, que c'est très facile à implanter.

J'ai vu votre message par rapport à la boîte vocale d'un hôpital sur la Rive-Sud. Moi, j'en suis sûr et certain que c'est quelque chose que c'est facile à mettre en place.

J'ai toujours... Là, c'est un peu un peu du côté de littérature où on est très fort à Montréal et au Québec, c'est le patient partenaire. On parle beaucoup, beaucoup du rôle du patient partenaire dans les soins. Et ce que j'aime dans les propos de... je dirais, depuis l'intervention du Collège des médecins, par la suite, les IPS, et vous maintenant, c'est cette volonté de travailler ensemble. Et effectivement le patient doit jouer un rôle. Le patient est partenaire de ses soins. On ne peut pas exclure le patient du continuum des services.

Et j'ai bien aimé le ministre quand il parlait des moyens technologiques. Moi, j'ai visité des hôpitaux en Espagne, n'est-ce pas, où tout est informatisé. Écoute, un passage sur un lit de patient, et tu as la prise de ta glycémie déjà centralisée. J'espère, j'espère parce que c'est l'avenir avec le vieillissement de la population. On paie beaucoup, les Québécois paient beaucoup le système santé, et j'espère qu'on va y arriver parce que c'est comme ça qu'on va évoluer nos soins.

Je reviens à une de vos propositions sur la réorganisation de la première ligne et surtout le point 3.1, vous parlez beaucoup du PREM et vous soulevez une incohérence. Comment expliquer ce qui suit? Montréal compte 645 000 citoyens non inscrits, la Montérégie, la moitié, et le ministère alloue davantage de nouveaux médecins en Montérégie, soit 99 versus 80 pour Montréal. C'est quoi votre interprétation?

**M. Brunet (Paul G.) :** Bien, je pose la question. Moi, j'ai des idées en tête, mais je n'oserais pas manquer de respect...

**M. Derraji :** Ça m'intéresse, vos idées. C'est vos idées. Parce que même le ministre est intéressé, il vient de vous le dire.

**M. Brunet (Paul G.) :** Oui, oui, mais c'est le ministre qui a donné ces médecins-là de plus, alors que Montréal en manquait déjà. Alors, ça serait intéressant de savoir ce que le ministre a fait et pourquoi il l'a fait. J'ai des médecins qui m'ont dit : Paul, nous autres aussi, on voudrait savoir pourquoi vous en avez donné en Montérégie, alors qu'il nous en manque à Montréal déjà. La question est posée, là, M. le député. Je ne sais pas la réponse.

**M. Derraji :** Je vais demander l'autorisation au ministre, je vais donner... Je vais donner l'autorisation au Président... Je vais donner une minute au ministre, parce que je n'ai pas beaucoup de temps, à vous répondre. La parole est à vous, M. le ministre.

**M. Dubé :** Je vais avoir tellement le goût de retourner à la commission parlementaire, M. le Président, je vous le dis, là, je suis abasourdi.

Je veux juste vous dire, puis on pourra avoir la chance d'en parler, mais ce qui nous a guidés, c'est le nombre de médecins par 100 000 habitants ou par 1 000 habitants. Puis, il y avait des différences incroyables entre, je vais vous dire, la grande région de Montréal et le centre de Montréal. Et tout ce qu'on a fait, c'est essayer de rétablir un équilibre qui s'était perdu. Il y avait beaucoup moins de médecins par 1 000 habitants ou par 100 000 habitants. Puis on pourra en parler. Mais je peux vous dire que des chiffres étaient très clairs, que ce n'est pas parce qu'il y a trop de médecins à Montréal, mais c'est qu'il en manquait encore plus ailleurs, et particulièrement dans le nord de l'île et le sud de l'île. Je ne veux pas prendre trop de votre temps, mais c'était très clair que les chiffres...

**M. Brunet (Paul G.) :** Les experts qui nous ont guidés ou expliqué, ils nous ont dit que le PREM ne tiendra pas compte du fait que les gens qui travaillent à Montréal vont voir un médecin à Montréal. Alors, ça distord inutilement la population de la Montérégie, puisque ces gens-là consultent souvent à Montréal puisque c'est leur lieu de travail. Et on m'a dit que le PREM ne tiendrait pas compte de ça.

**M. Derraji :** Je vous donne ma promesse. On va continuer. Je note l'ouverture du ministre, on va en reparler avec vous, on va revoir un peu est-ce que c'est vrai, pourquoi il n'y a pas assez de médecins dans une région versus une autre. Mais j'ai entendu le ministre, je vous promets qu'on va suivre, qu'on va aller chercher plus d'infos pour régler ça.

Il y a un autre point que j'ai aimé, la page 6. Vous parlez... «Améliorer le délai d'accès aux médecins spécialistes», et vous évoquez le point qui, selon moi, est primordial, c'est tout ce qui est santé mentale, et on le sait, à part offrir un service en psychothérapie, augmenter l'offre en psychologues, en thérapeutes en première ligne du réseau public. Là, on parle, encore une fois et ce que nous avons commencé à échanger depuis le début de l'après-midi, l'offre multidisciplinaire liée à un GMF, CLSC, aux cliniques. Est-ce que, selon vous, en tant que patient, ou représentants, ou partenaires dans les soins, c'est la meilleure façon de voir l'offre de soins et, de facto, diminuer la liste des patients qui sont en attente d'un médecin de famille?

**M. Brunet (Paul G.) :** Je ne peux pas vous dire qu'il y a un lien entre les deux. Ce que je souhaite c'est dans d'autres juridictions, un peu comme le ministre l'a proposé dans l'entrevue que j'ai entendue hier, c'est qu'il n'y a pas de raison que rendu au triage on ne puisse pas prendre en charge un patient, quel que soit le besoin qu'il puisse avoir, en tout cas, avec les professionnels qui sont en cause, mais arrêter de toujours centraliser le besoin sur le médecin. Ce n'est pas vrai — et il y a même des jeunes médecins qui l'ont dit — ce n'est pas vrai que c'est plus les médecins qui devraient prendre en charge le patient. Une fois rendu au triage ou même dans les guichets, il y a des besoins qui peuvent être pris en charge par d'autres professionnels, mais on a de la misère.

Souvenez-vous qu'en 2019, dans le projet de loi n° 41 ou n° 43, sur les actes qu'on voulait donner aux infirmières, j'ai proposé pourquoi, comme en Ontario, en Alberta, on n'offre pas la possibilité que des infirmières praticiennes accueillent des patients aussi sur des problématiques mineures. Ça fait 20 ans que ces filles-là font ça ailleurs. Ici, on n'est pas capable. J'ai hâte qu'on crève la balloune de la centralisation sur les médecins. Et c'est pour ça que j'étais un peu déçu quand j'ai lu le projet de loi n° 11. Ils parlent juste des médecins, mais il n'y a pas juste eux autres qui devraient pouvoir aider, parce qu'ailleurs, ils le font.

**M. Pilote (Daniel) :** Puis-je intervenir? Excusez-moi, puis-je intervenir?

**Le Président (M. Provençal) :** Oui, vous pouvez intervenir, M. Pilote. La parole...

**M. Pilote (Daniel) :** Oui, merci, juste pour vous dire que, justement, les médecins de famille, ce n'est pas des secrétaires parce qu'ils n'arrêtent pas de remplir des certificats médicaux. Ça, là, ça prend du temps immense, c'est pour ça, là, que comme Me Brunet, il faut un peu diluer tout ça, là, tous ces besoins-là, là, avec les médecins de famille...

**M. Derraji :** Vous avez raison, mais... vous avez raison. Je ne sais pas si vous avez entendu l'intervention du Collège des médecins du Québec. Sérieusement, là, si vous n'avez pas eu l'occasion, je vous invite vraiment à aller la voir. Ils sont plus dans un mode de collaboration, un mode d'interdisciplinarité. Moi, je pense qu'il y a cette réelle volonté de voir, je dirais, l'accompagnement et le continuum de services dans sa globalité avec plusieurs intervenants.

Je vais terminer avec les CLSC puisque que là, on parle, maintenant, CLSC, cliniques, GMF, donc l'offre... si c'est... on s'en va vers ça, bien, l'offre, on va l'agrandir un peu. Ce que vous êtes en train de nous dire à la page 6, toujours : «L'État continue d'investir régulièrement dans les CLSC, surtout dans les briques, alors que l'offre médicale en ces lieux est fort limitée. Il faut renforcer l'offre médicale dans ce lieu plus propice à l'interdisciplinarité. C'est excellent, infirmiers praticiens et infirmières praticiennes, psychologues, travailleuses sociales.» Donc, selon vous, le rôle que jouaient les CLSC depuis longtemps dans la pratique médicale au Québec, si, avec ce mode de gouvernance, inscrire le patient dans un GMF ou clinique, ou CLSC, avec l'interdisciplinarité, selon vous, c'est la meilleure solution pour les patients. Est-ce que c'est ce que vous voulez dire?

• (17 h 50) •

**M. Brunet (Paul G.) :** Bien, en fait, le message que je veux livrer au nom des gens que je représente, c'est, oui, l'interdisciplinarité, c'est tellement important que cela se réalise dans des CLSC, en soins à domicile ou dans les GMF. L'important, c'est de pouvoir prendre soin du patient pour les besoins qu'il a et ne pas juste passer tout le temps par le médecin. C'est ça qui est à mon avis... continue à être un problème ou, et bien que le projet de loi ne vise que les médecins, il va falloir qu'on ouvre. Quand j'ai vu qu'il n'y avait pas d'autre loi dont on proposait des amendements, pas de règlement non plus, je me dis : My God! on parle juste des médecins encore. Et j'ai beaucoup de respect pour les médecins, mais je pense qu'ils savent, surtout celles et ceux qui oeuvrent notamment dans les GMF ou en CLSC et qui sont dynamiques, qu'il y a de la place pour les autres professionnels et c'est elles et eux, pas juste les médecins, qui vont régler le problème d'accès à la première ligne. Je n'y crois plus.

**M. Derraji :** ...préoccupation, pourquoi je voulais confirmer avec vous ce que vous voulez dire. Parce que vouloir mettre au même pied GMF, clinique et CLSC vient avec des responsabilités. Vous savez, l'effet de pénurie, de rareté de main-d'oeuvre au niveau de plusieurs professionnels, on ne peut pas dire qu'on ouvre... on offre l'accès aux soins dans un GMF, aux cliniques, aux CLSC si ça ne vient pas avec les ressources parce qu'au bout de la ligne on ne va pas offrir la qualité des soins qu'on va garantir avec ce projet de loi. Parce que là on va régler l'inscription, on va régler la gestion de rendez-vous, mais il faut que ça vienne avec des professionnels. C'est là où je voulais voir avec vous, est-ce que, un, vous êtes ouverts? C'est ce que j'ai constaté. Vous dites qu'on ne doit pas orienter les interventions au niveau médical, mais plus interdisciplinarité, c'est excellent. Mais pour régler ça, ça vient avec des professionnels et d'autres professionnels.

Je vais terminer avec un point. Et vous avez très bien fait de mentionner, Dre Dechêne, est-ce que vous pensez qu'au niveau du projet de loi n° 11 on a oublié les soins à domicile ou bien vous pensez que le projet de loi n° 11 peut aider à avoir les soins à domicile? Parce que là on parle d'un patient qui se déplace en clinique, qui se déplace en GMF, qui se déplace au CLSC, mais qu'est-ce qu'on fait avec des patients qui sont à domicile, qui ne peuvent pas se déplacer pour x, y raisons?

**M. Brunet (Paul G.) :** Bien, vous soulevez un bon point. Comme des médecins m'ont dit... parce que, même si parfois j'ai dit des mots contre certains syndicats de médecins, j'ai des amis médecins qui me disent : Il ne faudrait pas que le projet de loi n° 11 résulte en une mégaclinique sans rendez-vous à travers le Québec et que les médecins ne puissent plus s'occuper de leurs patients. C'est important, le lien avec le patient et le médecin. Il ne faudrait que les

bienfaits du projet de loi n° 11 se traduisent par un sans rendez-vous, un méga sans rendez-vous et que les patients perdent le fil et le lien qu'ils ont avec leur médecin déjà.

**M. Derraji :** Vous avez raison. Et là je vais un peu piquer le ministre. C'est à cause de Trivago. En fait, je ne sais pas c'est qui qui était derrière ça, ce mot, mais sérieux, je ne sais pas si... aucun jugement, hein, mais, dans la tête des gens, on est en train de créer un monstre pour gérer des rendez-vous. Or, à la lumière de ce que j'ai lu, je me suis dit : Est-ce que j'ai bien lu le même projet de loi? Or, que ce n'est pas... Écoute, je ne sais pas qui a sorti ça, là, mais j'espère que ce n'est pas vos équipes, mais vous avez raison, vous avez raison de soulever... J'espère qu'on va prendre le temps nécessaire pour ne pas laisser des patients... Malgré tout ce qu'on va faire au niveau des cliniques, GMF, CLSC, c'est les soins à domicile. Merci pour votre présence et intervention. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Provençal) :** Alors, on y va avec la suite. Et c'est maintenant le député de Rosemont.

**M. Marissal :** Merci, M. le Président. Le ministre a dit tout à l'heure qu'il était presque confortable à nous donner deux minutes. Moi, je suis totalement confortable à aller, d'autant que... Une fois n'est pas coutume. Non, non, je vais partager avec mon collègue des Îles de la Madeleine, bien sûr. Merci d'être là à vous trois pour votre présentation.

La conclusion de votre mémoire, puis là je m'adresse peut-être plus à un maître Brunet, là, qui est assez, en tout cas, non équivoque, disons. Tout bien considéré, le projet de loi n° 11, dans sa forme actuelle, manque malheureusement la cible de l'amélioration pérenne de l'accès aux soins de première ligne. Là, je vais vite parce que, malgré les quelques secondes, je n'en ai pas tant que ça. Vous avez aussi dit tout à l'heure : Les fédérations, les syndicats, les fédérations de médecins disent : On veut négocier, on veut être entendus. Vous, vous dites : On n'a plus le temps, là, plus le temps de faire ça, on a déjà perdu 10 ans. Donc, si je comprends bien votre logique, vous, c'est : Vaut mieux un projet de loi comme ça, même si ça braque les médecins, puis on a entendu les omnis ce matin, là, mais il vaut mieux aller comme ça que de donner une autre chance à la négo ou de négocier tout simplement.

**M. Brunet (Paul G.) :** Bien, en fait, ce que l'on souhaite, c'est que le projet de loi n° 11 soit amélioré, qu'il s'ouvre aux autres possibilités d'avoir des professionnels en première ligne parce qu'on ne réglera pas le problème d'accès en première ligne seulement avec les médecins. Et c'est pour ça que je pense que le projet de loi n° 11 mérite d'être amélioré. Sinon, je ne suis pas certain que je ne serai pas encore avec vous dans cinq ou 10 ans pour commenter un autre projet de loi parce qu'on aura raté la cible. Si on améliore le projet de loi n° 11 avec les médecins et avec les autres professionnels qui peuvent travailler en première ligne, je pense qu'on peut faire quelque chose de bien.

**M. Marissal :** Oui, puis je pense qu'on chante pas mal tous la même chanson, ici, aujourd'hui, là. Au-delà de quelques divergences parfois plus ou moins profondes entre ce côté-ci de la table et l'autre, je pense que tout le monde cherche ça, là. Puis on sera très, très intéressé à vous entendre. Vous savez où nous joindre si vous avez des suggestions à faire. Oui, effectivement, on doit faire avancer l'accessibilité aux soins. Puis effectivement, ça ne doit pas passer seulement par le tout au médecin qui est maître et dieu dans ses terres, et qui décide, effectivement, qui il prend, qui il ne prend pas. Cela dit, vous avez entendu probablement les médecins omnipraticiens, ce matin, ils sont en beau fusil, là. Ils ne voient pas beaucoup d'avantages à ce projet de loi là, là. Ça fait que je pense qu'on part de loin quand même, non?

**M. Brunet (Paul G.) :** Écoutez, je ne veux pas commettre d'indiscrétions, mais c'est la première fois en presque 25 ans que je porte parole que, pour la première fois... le Dr Godin parlait de temps en temps, mais sur un projet de loi, que le président de la FMOQ essaie à me rejoindre, ça, c'est une première. Malheureusement, on ne s'est pas parlé, là, mais j'ai senti qu'il y avait quelque chose dans le projet de loi n° 11, là, qui les fâchait royalement parce que c'est la première fois que le président de la FMOQ essayait de me rejoindre — en tout cas, dans ces circonstances.

**M. Marissal :** Il n'est pas trop tard, hein, vous avez probablement son numéro de téléphone. Vous pouvez vous parler.

**M. Brunet (Paul G.) :** Il y a une belle chanson d'une chanteuse... «It's too late baby now.»

**M. Marissal :** Bon, ça, ça fait ma journée, mais je vais quand même vous parler de CLSC. Les CLSC... ce n'est pas la première fois qu'on en parle, puis, tu sais, les gens l'ont oublié, surtout les plus jeunes, là, mais ça s'appelle Centre local de services communautaires. Ça avait pas mal tout pour faire la job qu'on essaie de faire. C'est-tu réchappable, ça, les CLSC, parce que moi, je pense que oui. Je pense qu'on n'a pas besoin de réinventer tout le temps le... c'était quoi? La roue à trois trous, qu'il disait, l'ancien ministre, là? Mais ça existe, hein, ça existe, mais c'est peut-être un peu ringard parce que les gouvernements successifs l'ont ringardisé, mais ça existe. Ma question est vraiment «loadée», là, mais est-ce que c'est réchappable, les CLSC?

**M. Brunet (Paul G.) :** Écoutez, il y a des CLSC qui sont très actifs dans leurs régions respectives, là. Il ne faut pas mettre tous les CLSC... mais il y en a d'autres qui sont malheureusement bureaucratisés. Ils ne prennent plus de patients. Ça ferme à quatre heures. Alors, tu sais, il faudrait brasser un peu la cage de certaines organisations, parce que vous l'avez dit, je pense que Mme Marois était impliquée à l'époque. Elle vient d'ailleurs des CLSC si ma mémoire est bonne. Alors, il y a de l'ouvrage extrêmement important qui pouvait et qui se fait à certains endroits. Il n'y a pas de raison que les CLSC ne retrouveraient pas tout l'honneur qu'ils méritent.

**M. Marissal** : Je vous remercie. Merci à vous trois.

**Le Président (M. Provençal)** : Nous allons terminer cet échange avec le député des Îles de la Madeleine.

• (18 heures) •

**M. Arseneau** : Merci beaucoup, M. le Président. Merci pour votre présentation. Moi aussi, c'est la conclusion de votre mémoire qui a attiré mon attention parce qu'on avait essentiellement la même conclusion en pensant que le projet de loi n° 11, dans sa forme actuelle, rate sa cible. Et là, je vous entends dire, essentiellement, qu'il faut profiter de ce rendez-vous législatif pour faire des bonifications, faire des améliorations, apporter des améliorations au réseau. Puis, si je vous comprends bien, vous dites : Bien, si tout ce qui n'est pas dans le projet de loi n° 11 y était, puis ce qui y est déjà, c'est accessoire, là, mais il peut rester ou partir, nous, on serait d'accord. Est-ce que je vous ai bien compris?

**M. Brunet (Paul G.)** : Oui, mais, encore une fois hier, j'entendais le ministre dans une entrevue, à Radio-Canada, le matin, et je me suis étouffé avec mon café parce qu'il disait : Il faut que tous les professionnels, quel que soit l'ordre auquel ils appartiennent, soient là pour prendre les patients en charge, de celui dont il a besoin ou d'un autre professionnel. Alors, je me suis dit : My God! je vais aller voir le projet de loi, mais je n'ai pas trouvé d'autres... qui étaient visés par le projet de loi, en tout respect pour le ministre, autant dans les notes explicatives, dans les articles. Il faudrait agrandir le cercle de ce dans quoi on veut intervenir, permettre enfin à d'autres professionnels d'être plus présents dans des soins de première ligne pour vrai et pas nécessairement sous la houlette d'un médecin, s'il vous plaît. Mais quand, au triage, on dit qu'il a besoin d'un travailleur social ou d'une psychologue, c'est auprès d'elle ou de lui qu'on devrait l'envoyer, pas de le faire passer encore par une réquisition d'un médecin généraliste. On n'est plus capable de voir ça.

**M. Arseneau** : Mais, en fait, votre discours résonne très bien dans ce que, nous, on avait proposé — vous en avez peut-être pris connaissance la semaine dernière — il y avait une série de 12 propositions qui n'étaient pas toutes nouvelles, mais qui touchaient aux soins à domicile, aux CLSC, à l'élargissement de la première ligne à d'autres professionnels, toute la question d'avoir le bon professionnel au bon moment pour le patient avec évidemment sa condition.

J'aimerais savoir si... Vous l'avez évoqué tout à l'heure, mais en ayant entendu, j'imagine, l'ensemble des propositions des mémoires qui ont été présentés aujourd'hui, donc l'ensemble des propositions, est-ce que vous, qui représentez, là, les trois, que vous représentez évidemment, là, les patients du Québec, est-ce que vous avez plus d'espoir que l'an dernier sur l'idée qu'on va y arriver? Parce que, moi, je vois un peu comme les autres, là, une espèce de consensus, non pas sur la question des données qui sont vraiment, là, au coeur du projet de loi, mais sur tout ce qui l'entoure, tout ce qui a été discuté aujourd'hui?

**M. Brunet (Paul G.)** : Je n'ai pas entendu la présentation. Ce que j'ai apprécié d'abord, c'est la présence d'un ministre qui ne prétend pas tout savoir, qui semble être ouvert. Est-ce que c'est pour des fins électoralistes? Je ne le sais pas. Je ne le connais pas assez à ce moment-ci. Mais quand il arrivera l'adoption de la loi... le projet de loi, c'est là que je verrai de quel bois véritablement ce gouvernement ou le ministre se sera chauffé parce qu'il y a des propositions sur la table, d'ouvrir à d'autres professionnels, et j'espère qu'on va en tenir compte. Mais c'est mon souhait ou un de mes souhaits les plus humbles, si vous voulez.

**M. Arseneau** : Merci beaucoup.

**M. Brunet (Paul G.)** : Merci.

**Le Président (M. Provençal)** : Alors, je vous remercie tous les trois pour votre contribution et votre collaboration à l'avancement de nos travaux.

La commission ajourne ses travaux à demain mercredi 2 février, après les affaires courantes. Merci à tous et bonne fin de journée.

(Fin de la séance à 18 h 03)