



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

DEUXIÈME SESSION

QUARANTE-DEUXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 2 février 2022 — Vol. 46 N° 2

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 (2)

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

2022

Commission de la santé et des services sociaux

Le mercredi 2 février 2022 — Vol. 46 N° 2

Table des matières

Auditions (suite)	1
Mme Mylaine Breton	1
M. Antoine Groulx	11
Vérificateur général	20
Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)	29
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	38

Autres intervenants

M. Luc Provençal, président

M. Christian Dubé

M. Monsef Derraji

M. Vincent Marissal

M. Joël Arseneau

Mme Claire Samson

* Mme Catherine Wilhelmy, accompagne M. Antoine Groulx

* Mme Guylaine Leclerc, Vérificatrice générale

* M. Benoit Morin, AQPP

* M. Jean Bourcier, idem

* M. Luc Mathieu, OIIQ

* Mme Caroline Roy, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 2 février 2022 — Vol. 46 N° 2

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 (2)

(Onze heures vingt-sept minutes)

Le Président (M. Provençal) : Bonjour. Alors, je vous demanderais de prendre place, s'il vous plaît.

Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je vous 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 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 l'offre.

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

La Secrétaire : Non, M. le Président.

Auditions (suite)

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Ce matin, nous entendrons la professeure Mylaine Breton, de la Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance clinique dans les services de première ligne, et le docteur Antoine Groulx, directeur scientifique à l'Unité de soutien SSA, Québec. Je souhaite, à ce moment, la bienvenue à la professeure Mylaine Breton.

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 je vous cède la parole, madame.

Mme Mylaine Breton

Mme Breton (Mylaine) : Bonjour, M. le Président. Bonjour le ministre. Bonjour à tous. Merci beaucoup de m'avoir invitée à déposer un mémoire pour le projet de loi n° 11. Comme vous avez pu constater, mon mémoire est assez volumineux, j'avais beaucoup d'idées à partager avec vous.

Je m'appelle Mylaine Breton, je suis professeure à l'Université de Sherbrooke au Campus de Longueuil, puis j'ai la chance d'être titulaire d'une chaire de recherche du Canada en gouvernance clinique des services de première ligne. Comme vous, l'accès aux services de première ligne me tient à coeur. Il faut trouver des solutions pour améliorer l'accès aux services de première ligne. Comme vous le savez, au Québec, on a une situation très défavorable. Quand on se compare aux autres pays dans le monde, le Québec se classe très défavorisé... très défavorablement, tout comme le Canada, quand on regarde l'affiliation des professionnels de santé, la capacité de voir un professionnel rapidement quand on a besoin. Alors, il faut trouver des solutions. Comme vous, je suis d'accord qu'il faut trouver des solutions.

Le projet de loi n° 11 propose trois modalités, si je résume, une participation des médecins exclusifs pour prendre les patients du guichet d'accès aux clientèles orphelines, on s'intéresse à l'obligation aux médecins de famille de participer à un système de rendez-vous en ligne et, aussi, on veut utiliser les données pour une meilleure planification des effectifs médicaux. Ces finalités sont très bien, puis je partage les mêmes finalités que vous, il faut améliorer l'accès.

À mon sens, il y a plusieurs solutions, de manière non coercitive, qui s'appuient exclusivement sur les médecins de famille, qu'il faut réfléchir. Il faut réfléchir à un modèle performant, un système de première ligne; dans le monde, les plus performants s'appuient sur une équipe interdisciplinaire sur laquelle il y a de l'accessibilité et de la continuité.

• (11 h 30) •

Alors, je vais vous présenter quatre recommandations que j'ai développées dans mon mémoire. Bon. Le premier, les guichets d'accès aux clientèles orphelines. Vous le savez, c'est épouvantable, 900 000 Québécois sont présentement en attente, ont fait formellement des démarches pour s'inscrire dans ces guichets d'accès centralisés. Au Québec, on n'est pas juste les seuls à avoir pensé à mettre en place ces initiatives, ces mécanismes pour orienter les patients vers un médecin de famille, je pense, c'est une solution extrêmement prometteuse. Le Québec a été parmi les premières provinces au Canada à implanter ce mécanisme-là. Je ne sais pas si vous savez, mais sept provinces au Canada ont mis en place des guichets d'accès aux clientèles orphelines qui s'appellent différemment, mais c'est la même mécanique. L'idée, c'est d'orienter les patients vers un professionnel.

Je tiens à souligner qu'aucune autre province ne demande aux médecins l'obligation de participer à ces listes d'attente là, ça se fait sur une base volontaire, et je pense qu'il faut garder cette ouverture-là comme ça existe actuellement. On encourage fortement la participation des médecins de famille à inscrire ces patients orphelins, c'est un devoir, et il faut continuer à mettre des énergies pour encourager la participation.

C'est une porte d'entrée extrêmement importante, jusqu'à maintenant, 1,2 million de Québécois ont été inscrits via ce mécanisme-là. Alors, c'est une importante porte d'entrée, il faut continuer à encourager l'inscription via ce mécanisme, mais je vous recommande fortement de ne pas exclure les autres possibilités, les autres portes d'entrée pour l'inscription, notamment si on voit un médecin de famille dans un contexte de sans rendez-vous pour l'inscrire ou encore inscrire des patients, la même famille, d'avoir une inscription de patientèle. C'est vraiment recommandé, comme en Nouvelle-Écosse, d'essayer d'inscrire les patients de la même adresse au même professionnel. Parfois, actuellement, on se retrouve à passer par le guichet, puis nos enfants, le papa, la maman n'ont pas inscrit au même médecin ou même la même clinique et aussi les départs à la retraite. Alors, je vous recommande fortement à réfléchir, à encourager la participation, quitte à mettre des quotas pour inscrire des patients, via les GAMF, mais d'avoir aussi une possibilité, une agilité qui existe actuellement pour permettre l'inscription.

Un deuxième point que vous recommandez, c'est une participation obligatoire des médecins à un système de rendez-vous en ligne. Bravo! C'est très moderne. C'est une pratique très contemporaine d'encourager la prise de rendez-vous en ligne, je pense que tout le monde est pour cet objectif-là. Ma crainte, c'est de mettre trop d'emphase sur une accessibilité à un système de rendez-vous en ligne populationnel pour répondre aux patients orphelins près de leur domicile, sans égard à la pertinence aux professionnels et aux motifs de consultation. Comme vous le savez, puis vous citez souvent l'exemple du Bas-Saint-Laurent, il y a vraiment une ressource qui aiguille le patient vers le bon professionnel. L'idée, ce n'est pas nécessairement d'avoir un rendez-vous avec un médecin de famille. La proposition que vous faites actuellement, malheureusement, ça permet juste d'avoir un rendez-vous avec un médecin de famille. Et, aussi, je note que vous recommandez dans un délai de 36 heures, je vous recommande d'enlever ce 36 heures-là, parce qu'il n'est pas toujours nécessaire d'avoir un rendez-vous médical très rapidement, il faut se donner une agilité pour permettre un rendez-vous parfois dans quelques jours, c'est aussi correct, dépendamment pourquoi.

Alors, j'ai peur qu'on vise trop sur l'accessibilité sans réfléchir à aiguiller le patient au bon moment. Je vous encourage fortement à regarder, il y a des travaux, il y a beaucoup de cliniques médicales qui ont mis en place des algorithmes de priorisation ou des mécanismes d'aiguillage pour permettre aux patients, quand ils prennent leur rendez-vous, bien, d'orienter vers le bon professionnel au bon moment; parfois, ça peut attendre deux semaines par une infirmière, travailleur social. Excusez. Vous remarquez que je parle très vite, je vais prendre une gorgée puis je vous reviens...

M. Derraji : Le ministre, il est généreux, il peut vous donner son temps.

Des voix : Ha, ha, ha!

Mme Breton (Mylaine) : Troisième point, il n'est pas dans votre projet de loi, puis, selon moi, c'est vraiment vers où qu'il faut aller pour avoir une amélioration d'accès dans un système de santé performant première ligne, qui connaît le modèle accès adapté? C'est un modèle extrêmement connu à travers le monde. Ça a été développé en 2001 aux États-Unis, implanté dans la plupart des pays occidentaux avec des effets probants, là. Il y a beaucoup de littérature qui démontre vraiment l'efficacité de ce modèle. Au Québec, on est à l'affût de ce modèle. La FMOQ et le ministère recommande fortement à ses professionnels d'adhérer à ce modèle-là. Quand on fait des enquêtes dans les cliniques médicales, malheureusement, l'implantation du modèle accès adapté n'est pas allée... est implantée de manière très variable, et on pourrait avoir vraiment des gains.

Qu'est-ce que l'accès adapté? C'est vraiment une planification différente de son système de rendez-vous, travailler différemment avec les autres professionnels et avoir une connaissance de sa patientèle pour pouvoir vraiment voir sa disponibilité. Ce n'est pas magique. Ce n'est pas, parfois, plus de médecins de famille, mais aussi, quand tu es un médecin de famille ou une infirmière, savoir qui est mon patient, quelles sont ses caractéristiques.

Puis il y a des formules. La FMOQ propose une formule pour essayer d'estimer la demande estimée. Si, par exemple, j'évalue à 1 000 consultations, il faudrait que je planifie être disponible pour 1 000 consultations. Ça fait que, si on a trop de patients inscrits, selon les caractéristiques, on ne sera jamais accessible... puis sans donner de temps aux patients orphelins. Ça fait qu'il faut vraiment réfléchir à avoir une connaissance de cette patientèle-là pour bien prévoir la disponibilité.

Finalement, les indicateurs, bon, bien, on est tous friands des indicateurs, c'est vraiment... Pour bien gouverner, il faut toujours avoir des bonnes données. Vous recommandez d'utiliser des données de la RAMQ. C'est une possibilité. Moi, je trouve que les données de la RAMQ sont longues à avoir, puis ça donne un portrait parfois imparfait. Je propose que vous regardiez attentivement des indicateurs qu'on peut évaluer à travers les DME... sur des indicateurs d'accès.

J'ai développé, dans le cadre de mes travaux, sept indicateurs d'accès, et mon préféré, le chouchou de la... bien, mon chouchou et l'indicateur recommandé dans la littérature, pour apprécier l'accès, est le troisième rendez-vous. Le troisième rendez-vous, ça permet vraiment d'apprécier la disponibilité par... Puis on ne prend pas le premier, deuxième parce que, parfois, ils sont moins précis pour des annulations de dernière minute. Alors, c'est vraiment un indicateur qui nous permet d'apprécier si on est capable d'avoir un accès rapide avec un professionnel.

Par exemple, vous voulez prendre un rendez-vous avec votre médecin de famille, vous regardez, troisième rendez-vous disponible, et pas avant 18 jours, bien, il y a beaucoup de chances que, si vous avez un besoin urgent et que vous ne soyez pas capable de voir votre propre professionnel... Alors, je vous recommande de regarder pour des indicateurs d'accès, de créer un tableau de bord de performance. Vous avez un orchestrateur. Bravo pour l'idée de pouvoir faire ces... la disponibilité des prises de rendez-vous. À ce jour, à ma connaissance, l'orchestrateur n'est pas

prévu et pas conceptualisé pour les indicateurs que je propose. J'avais le rêve que l'orchestrateur permettrait de pouvoir... ça et d'automatiser certains indicateurs.

Aussi, j'aimerais vous rappeler que les indicateurs, d'abord et avant tout, je pense qu'il faut les utiliser... pas d'approche coercitive, mais vraiment par une vision d'accompagner les cliniciens dans une pratique réflexive. C'est toujours bien d'avoir notre propre portrait à nous-mêmes. Dans le temps, c'est déjà une très bonne valeur pour voir si on s'améliore et aussi au sein de la clinique. Alors, c'est des travaux à poursuivre. Si vous souhaitez mettre un chantier provincial sur les indicateurs, il me fera plaisir de partager mon expertise et la conceptualisation des indicateurs qu'on a faites à ce jour.

En conclusion, il faut améliorer l'accessibilité. On a tous une responsabilité citoyenne de répondre aux besoins, mais il faut faire attention pour ne pas miser trop sur une accessibilité au détriment de la continuité. Avoir accès rapidement à un professionnel qui ne nous connaît pas, c'est... parfois, c'est moins bon puis ça peut avoir une... augmenter des demandes. Alors, je vous invite vraiment à réfléchir l'accès, tout en pensant à la continuité, et continuer à réfléchir pour prendre en charge des patients orphelins mais sans une approche coercitive. Merci beaucoup.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup pour votre exposé. Nous allons débiter cette période d'échange. Alors, je vais céder la parole à M. le ministre.

M. Dubé : Écoutez, vous parlez vite, mais je n'écris pas aussi vite que vous parlez, là. Je continue de prendre mes notes.

Bien, premièrement, je connais un peu votre bagage, là, puis je suis impressionné non seulement de votre expertise, mais d'avoir accumulé toute cette expertise-là puis de venir la partager à un moment aussi critique pour nous. En tout cas, je trouve que ça rejoint exactement ce qu'on est en train d'essayer de faire, puis merci beaucoup de partager ça, puis j'espère que vous allez continuer à arriver avec ce qu'on voit, là, des suggestions.

Il y a peut-être une précision que j'aimerais faire, parce qu'hier on a entendu beaucoup, puis je vais le faire rapidement, si vous me permettez... entendu beaucoup des enjeux de perception, hier, sur le projet de loi n° 11. Puis, quand je vous écoutais au début de votre présentation, de dire que le projet de loi n° 11, il est orienté uniquement par la prise en charge des médecins, je voudrais juste faire une correction là-dessus, parce que le projet de loi n° 11 est sur ce qu'on peut faire, mais il y a déjà beaucoup d'autres choses qui sont faites sur l'interdisciplinarité qui n'ont pas besoin d'être dans un projet de loi.

Alors, je veux juste qu'on précise ça parce qu'hier... Je pense qu'il y a bien des gens, là, qui comprennent, surtout après la présentation qu'on a eu du Dr Gaudreault, du Collège des médecins, ou des IPS, le... Notre gouvernement a fait avancer beaucoup les autres disciplines comme les pharmaciens, comme les IPS, et ce qu'on a dit... Et c'est peut-être ça qu'il va falloir clarifier dans les prochains jours, parce que, venant de vous, là, qui comprenez comment ça fonctionne, je pense, je veux juste faire cette précision-là qui est la suivante.

On est 100 % d'accord que ce n'est pas seulement sur les médecins que la pression devrait être pour prendre plus de prise en charge. On est tous d'accord, mais ce n'est pas ça qui est l'objectif principal du projet de loi. Le projet de loi, vous l'avez dit... Le deuxième point, on y reviendra, vous avez parlé des rendez-vous, etc., puis, ça, on peut y revenir, mais le premier point, c'est de bien connaître la charge des médecins pour connaître l'offre. Ça fait qu'en autant qu'on s'entende là dessus... Ce qui est difficile... Puis je me rends compte, là, parce qu'après avoir vous écouté puis des gens comme vous qui connaissez bien ça, ce qui a peut-être mêlé les gens... à voir qu'on avait principalement... nos articles de loi étaient dirigés vers le médecin, c'est qu'on a dit : C'est juste le médecin qui a la solution. Mais ce n'est pas ça, mais c'est...

Je vous donne l'exemple, puis je pense que je vais l'expliquer, puis j'espère que mes collègues... qu'ils ont très bien compris hier... Je parle en termes d'opposition, puis, moi aussi, je pense, ça avait besoin d'une précision, puis je termine là-dessus, c'est que, quand on demande au groupe de prendre en charge, le groupe, on fait référence, justement, à un GMF, ou un CLSC, ou à une clinique et pas uniquement aux médecins, mais, comment c'est écrit dans la loi en ce moment, ce n'est sûrement pas clair. Puis, en plus, ça n'a pas besoin d'être dans la loi, parce que ça, c'est des contrats de GMF. On se comprend? C'est par les contrats de GMF que ces éléments-là se clarifient.

Donc, je pense, ça va être important dans... Puis, à moins que vous me disiez que vous n'êtes pas d'accord avec ce que je viens de dire, là, mais cette précision-là qu'on fait ensemble, si vous êtes... Vous êtes d'accord avec ce que je viens de dire?

• (11 h 40) •

Mme Breton (Mylaine) : Bien, je comprends que le projet de loi touche exclusivement les médecins de famille. Étant donné que les autres professionnels sont salariés dans d'autres organisations, vous n'aurez pas besoin de mobiliser un projet de loi pour mettre des réformes pour améliorer avec les autres professionnels... comme vous le faites avec les médecins de famille.

M. Dubé : Oui, mais surtout je vous dirais que, lorsqu'on définit... on demande aux médecins de pouvoir prendre en charge à l'intérieur d'un groupe, c'est quand même un changement fondamental, parce qu'avant ce projet de loi là c'était un patient, un médecin. Là, ce qu'on est en train de dire, ce n'est pas un patient, un médecin, c'est le groupe GMF qui, lui, peut prendre cette... Alors, hier, les IPS nous ont dit : Bien, pour être capable de faire ça, l'IPS doit être inscrite. J'ai dit : O.K., si on doit changer la loi pour l'inscrire comme inscrite, vous me suivez...

Mme Breton (Mylaine) : Comme professionnelle apte à inscrire des patients.

M. Dubé : ...comme professionnelle apte à prendre la prise en charge, bien, on le fera. Mais je veux juste dire que, pour moi, là, il y a eu... On a besoin de faire cette prise. On est d'accord avec ça?

Mme Breton (Mylaine) : Oui.

M. Dubé : O.K., bon, sur la clientèle orpheline, vous avez fait deux très bons points, là, vous avez dit : Il y a d'autres méthodes. Vous suggérez que ça ne soit pas obligatoire d'aller piger dans le GAMF, là, le guichet d'accès unique. Je n'ai pas beaucoup de temps, là, mais je veux juste savoir pourquoi, parce que vous y avez pensé, c'est un élément important de votre présentation. Pourquoi?

Mme Breton (Mylaine) : Bien, en fait, vous avez raison que les 900 000 patients, il faudrait d'abord s'intéresser à eux, mais j'ai peur qu'on perde l'agilité, le professionnalisme d'être capable d'inscrire par d'autres modalités... La finalité ultime, c'est d'améliorer l'inscription, puis là on parle... Actuellement, les mécanismes sont avec un médecin de famille. Il n'est pas possible d'inscrire une IPS au nom d'un médecin même si elle collabore. Mais je pense qu'on peut ouvrir l'inscription à une infirmière praticienne spécialisée en première ligne, les médecins de famille, puis c'est collectivement, après, qu'ils prennent en charge, mais il y a une liaison.

M. Dubé : O.K., là, là-dessus, on se rejoint, c'est un peu notre premier point de tantôt. Moi, j'étais plus pour dire... Comment vous expliquez... Puis je vais poser ma question. Je ne suis pas capable de parler aussi vite que vous, là, mais la question que j'ai : comment expliquer à quelqu'un qui est sur le guichet d'accès depuis cinq ans, puis parce que le médecin, pour des bonnes raisons, peut-être, décide de prendre un autre patient... comment jouer ça, là? Comment être équitable envers ceux qui attendent depuis longtemps?

Mme Breton (Mylaine) : En fait, c'est une excellente question, parce qu'on veut l'équité, puis, quand une personne...

M. Dubé : Parce que c'est ça, l'objectif ici, là, dans...

Mme Breton (Mylaine) : Oui, puis, si une personne a fait une démarche formelle, puis ça fait cinq ans, pourquoi ils ont pris la soeur de l'autre personne qui n'était pas...

M. Dubé : Non, voilà...

Mme Breton (Mylaine) : Je suis d'accord, sauf que je veux juste qu'on ne bureaucratise pas... On peut encourager fortement l'inscription via ce mécanisme-là, mais de ne pas le limiter dans des situations... mais il n'y a rien qui empêche qu'un nouveau facturant, par exemple... Puis on le fait déjà. Quand un nouveau facturant arrive dans une région, on vient le voir avec la liste puis on l'encourage fortement à commencer sa pratique avec cette liste.

M. Dubé : Et donc ce n'est pas que vous êtes contre, mais il faudrait trouver... qu'il y ait un peu de jugement qui... O.K.

Mme Breton (Mylaine) : Des ratios pour que... mais, moi, mon message, c'est ne pas être exclusivement fermé sur cette liste-là.

M. Dubé : Je comprends, O.K.

Mme Breton (Mylaine) : Mais c'est une modalité importante, puis il faut l'encourager, étant donné que les gens sont priorisés selon des catégories.

M. Dubé : Je comprends. Ça fait que, quand on fera nos... des amendements ou des précisions, là... Vous avez des bons points. Hier, on l'a entendu de je ne sais pas qui... des mêmes familles, par exemple, pourquoi ne pas faciliter qu'un médecin qui décide de prendre en charge... Là, je vais dire un groupe, hein, un groupe, O.K. Alors donc, je comprends, vous dites : C'est... ne soyons pas exclusifs à piger dans le GAMF, trouvons... O.K., c'est beau. Sur votre deuxième recommandation, attendez une petite minute, j'écris tellement vite que...

Mme Breton (Mylaine) : Le système de rendez-vous?

M. Dubé : Bon, le système de rendez-vous, je veux vous entendre là-dessus, parce que c'est sûr que... À mon avis, là, parce que je connais moins Archimède, qui nous a été expliqué par les IPS hier, mais c'est sûr que l'exemple de Rimouski, la clé, c'est le triage. Puis, encore une fois, je vais le dire, puis vous me challengerez là-dessus, le triage n'a pas besoin d'être par un projet de loi, le processus de triage. La plus belle preuve de ça, c'est que l'établissement du Bas-Saint-Laurent a fait un processus de triage avec des employés du ministère, et ça a fait une grande différence pour, justement, bien... Alors, je voulais juste vous entendre là-dessus, parce que moi... Oui, on n'en parle pas dans le projet de loi, mais on n'est pas obligé de mettre ça dans le projet de loi pour que le triage arrive.

Mme Breton (Mylaine) : Oui, en fait, ce que vous proposez, c'est une participation des médecins de famille à un système de prise de rendez-vous en ligne, particulièrement pour les patients orphelins, pour trouver une consultation à proximité. Mais je trouve que, si on ne met pas en parallèle que, quand il y a une demande de consultation, je suis un patient orphelin, on n'essaie pas d'aiguiller selon la pertinence, puis, parfois, c'est que le... On peut l'orienter vers une autre source qu'un médecin de famille. Ça fait que c'est là que je veux... Puis actuellement l'intelligence artificielle du système n'est pas possible. Il y a deux, trois questions qu'ils sont capables de dire si c'est urgent ou pas, mais ils ne sont pas capables d'aiguiller selon un...

M. Dubé : Ah! vous parlez de quand quelqu'un va s'inscrire dans le GAMF, là, les questions sont assez de base, là, oui.

Mme Breton (Mylaine) : Pour le système de sans rendez-vous, si je veux une consultation médicale...

M. Dubé : O.K., je comprends, excusez-moi.

Mme Breton (Mylaine) : Le système de prise de rendez-vous, il ne permet pas vraiment de proposer aux patients : O.K., bien, dans le fond, vous pouvez attendre une semaine, parce que le but... Vous êtes capable de cascader. On veut le lier à son médecin de famille. Le système le reconnaît avec notre code de la RAMQ. On va être capable de le diriger vers l'organisation de première ligne où qu'ils sont inscrits, mais j'ai peur qu'il n'y ait pas l'intelligence actuellement qui est dans les cliniques avec les secrétaires, qui sont capables de vraiment orienter à un autre professionnel, comme une IPS, ou dire : Bien, écoutez, votre médecin, il n'est pas disponible, mais il va être là la semaine prochaine. Puis, souvent, quand on questionne le patient, il va dire : Ah! bien, moi, j'aime mieux attendre une semaine pour voir mon propre médecin qu'avoir un rendez-vous avec un autre médecin demain.

M. Dubé : Oui, oui. Bien là, vous faites deux très bons points que je challengerai mes collègues dans les prochaines heures, parce que, sur la question du... Il y a même des gens que j'ai entendus à Rimouski, qui disent : Moi, là, je suis impatient orphelin, là, puis je n'en veux pas, de médecin de famille, parce que je trouve qu'avec votre système je vois plus rapidement un médecin que si j'en avais un. Alors, moi, quand j'entends ça, je me dis : Tabarnouche, c'est spécial. Alors, c'est pour ça que je veux bien comprendre votre... Le triage, même si on n'en a pas besoin, peut-être qu'on pourrait y référer dans le projet de loi comme étant un processus important qui aiderait à convaincre tout le monde qu'on n'est pas là pour mettre une pression supplémentaire sur les médecins, mais bien, après avoir passé ça, là, de rendre le rendez-vous disponible, parce que...

Et là je viens sur la participation du médecin au rendez-vous. Ce que j'ai compris, puis j'ai hâte de les entendre, là, parce que je les ai juste rencontrés une fois, ce n'est pas 100 % des rendez-vous qu'on veut des médecins, c'est 1 %, 2 %, 3 % de leurs rendez-vous pour être capable de faire une mesure entre l'offre et la demande. C'est ça que j'ai compris à Rimouski, là, que ce qu'on demande aux médecins, après une expérience d'un an, c'est un rendez-vous par jour, des fois trois, quatre rendez-vous par semaine. C'est ça qu'on demande. Alors, on ne demande pas de voir tous leurs horaires au complet. On demande qu'ils soient disponibles pour quelques rendez-vous supplémentaires. Est-ce que...

Mme Breton (Mylaine) : Exactement, la demande, dans le fond, c'est une contribution collective à répondre aux besoins des patients orphelins. Ça fait qu'ils donnent tous un peu de plages de rendez-vous en «walk-in» pour les patients qui sont affiliés dans leur organisation.

M. Dubé : Exactement. Je sais que ce n'est pas facile d'expliquer ça dans un projet de loi, parce que mes collègues vont me dire : Bien, quand on va être rendu là, il faudra regarder les règlements. On s'entend, mais je veux juste que votre question... En tout cas, puis vous me... sur le 36 heures, je pense que vous avez raison. Je pense que vous avez raison, parce qu'on a dit que le 36 heures était important parce que c'est comme ça qu'a été défini un délai raisonnable, mais je veux juste dire qu'on est... En tout cas, je ne veux pas... Mes collègues pourront poser des questions, mais vous avez l'air de dire qu'il y a même des patients qui accepteraient beaucoup plus que ça en autant que ça soit défini, par exemple.

Mme Breton (Mylaine) : En fait, il ne faut pas mettre le même temps pour tous. Je pense qu'il faut lier le délai recommandé en fonction du motif de consultation. Il y a des situations qu'il faut voir très rapidement, puis, d'autres fois, on a peut-être une consultation médicale, mais bientôt. Mais «bientôt» ne veut pas dire 48 heures. Puis ça permet vraiment une agilité puis une capacité du système à bien planifier l'offre... la demande.

Le Président (M. Provençal) : Trois minutes.

M. Dubé : Trois minutes? J'essaie d'aller vite parce que c'est tellement bon, ce que vous dites. Troisième point, l'accès adapté, bon, ça, expliquez-moi-le dans vos mots, parce que moi, j'ai essayé de l'expliquer hier. On a consulté des gens, là, pour leur demander qu'est-ce qu'on pourrait faire avec notre 900 000, là, si on appliquait l'accès adapté. Essayez de résumer ça, là, dans une minute pour que les gens comprennent pourquoi c'est si important pour vous que, pour régler une grande partie du problème, je ne dis pas l'ensemble du problème... mais dites-moi ça.

• (11 h 50) •

Mme Breton (Mylaine) : En fait, j'aimerais préciser que l'accès adapté, ça aide à faire une meilleure planification puis être plus accessible pour les patients inscrits. Tout est dans une réflexion de notre patientèle. Alors, les 900 000 à côté, c'est... à terme, s'ils ont une meilleure capacité à s'organiser, bien, ils pourraient dégager un peu plus de marge de manoeuvre, et le modèle accès adapté, c'est vraiment pour être basé sur la continuité et l'accès pour les patients inscrits. Rapidement, ça... il y a quelques piliers, mais, d'abord et avant tout, le principe, c'est d'être en équilibre. Si j'ai assez de disponibilités pour les patients que j'inscrits...

M. Dubé : Ça, c'est l'offre et la demande qu'on parle, là, oui.

Mme Breton (Mylaine) : Puis les patients orphelins, c'est de la demande additionnelle, là. Ça, c'est en parallèle, mais je pense que c'est de commencer à savoir, O.K., c'est combien... c'est quoi, les caractéristiques de mes patients, puis il y a des calculs qui sont proposés, jeune en santé, on estime un rendez-vous par année, quelqu'un de vulnérable, trois rendez-vous, et ce calcul-là, en fait, ça permet aux professionnels de dire : Bon, bien, dans le fond, je ne serai jamais disponible, ou : O.K., je pourrais arriver si je rajoute quelques plages horaires. Ça fait que la base, là, c'est la gestion des opérations, c'est quoi, les projections.

Ensuite de ça, vous savez que la demande, dans une année, n'est pas tout le temps la même. L'été, il y a moins de consultations, puis il y a des pics de demande qui sont prévisibles annuellement...

M. Dubé : Saisonniers, etc.

Mme Breton (Mylaine) : ...saisonniers. Alors, c'est de prévoir aussi... Bien, il faut réfléchir que, pour être plus disponible dans les périodes de pics, bien, il faut être plus... il y ait plus de capacité. Alors, c'est de réfléchir à cet élément-là. Il y a tout un pilier par rapport à la gestion de l'agenda. Maintenant, dorénavant, on ne recommande plus d'avoir un...

M. Dubé : Avez-vous écrit là-dessus? Parce que, là, vous êtes rendue au doctorat. Vous avez fini votre doctorat. Est-ce que vous avez écrit sur l'accès adapté?

Mme Breton (Mylaine) : J'ai publié plusieurs articles scientifiques évalués par les pairs. Ça me ferait plaisir de tous les partager et...

M. Dubé : Tout à fait, bien, si vous le permettez, parce que je pense que c'est un élément clé de ce qu'on essaie de faire avec la prise en charge. Allez-y, vous avez écrit là-dessus.

Mme Breton (Mylaine) : Oui, j'ai écrit là-dessus, puis pas juste moi. En fait, c'est vraiment un modèle international qui est fortement recommandé. Puis, en fait, là, on parle d'un... On ne donne plus des rendez-vous deux mois d'avance. Ça, c'est un des principes de base pour avoir une meilleure agilité, l'offre-demande, avoir moins de «no-show», c'est vraiment d'ouvrir son agenda sur deux à quatre semaines, travailler de pair avec les autres professionnels. La collaboration interprofessionnelle est au coeur de ce modèle-là pour orienter... et les autres professionnels, travailler sur les ordonnances collectives, les OIA, pour aller chercher de la capacité. Mais il y a un élément qui... vous me le dites...

M. Dubé : Oui, j'essaie de tricher le plus possible, mais oui...

Mme Breton (Mylaine) : ...dernier point, éduquer la population aussi, savoir comment naviguer puis de consulter... Des rendez-vous annuels, ce n'est plus recommandé pour un jeune en santé. Ça fait qu'il faut éduquer la population à cesser de prendre un rendez-vous pour... ces pratiques-là. Et on peut voir d'autres professionnels, apprendre à la population que c'est de la qualité de voir un autre professionnel qu'un médecin, mais je pense qu'il faut aussi travailler sur le message à la population.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Alors, le relais est au député de Nelligan maintenant.

M. Derraji : Je ne sais même pas par quel bout je vais commencer. Excellent rapport, mes félicitations à votre équipe de recherche, mes félicitations aussi pour vos publications. Je seconde le ministre par rapport à ce qu'il a dit au niveau de la pertinence. J'ai plusieurs questions, mais je vais... En fait, je ne suis pas d'accord sur un point, sur les 36 heures. Je sais, le ministre semble être d'accord, puis je ne suis pas d'accord, mais je vais revenir à ça après.

Mais vous avez évoqué un point qui est extrêmement important au niveau du triage, l'intelligence, si je peux dire, l'intelligence derrière, et, ça, j'en suis sûr et certain que le ministre, homme de gestion, d'opération qu'il était... Moi, je pense, c'est l'élément clé. Si on a assez de paramètres et d'indicateurs dans le triage, ça veut dire, la porte d'entrée dans le système, on a réglé une bonne partie de la problématique qu'on a maintenant. Et donc, contrairement... Je ne sais pas votre degré d'ouverture par rapport à ça. Moi, si c'est moi, je miserais plus aussi, dans ce projet de loi... pas d'imposer, mais d'avoir des guides pour accompagner les gens dans le triage. Je ne sais pas qu'est-ce que vous en pensez, mais on ne l'a pas, parce que, je sais, votre objectif, il est le mien et le même... tous ensemble, mais est-ce qu'on a assez d'éléments pour aller dans le triage? Ah! je vois que vous voulez répondre, allez-y, allez-y.

Mme Breton (Mylaine) : Bien, merci beaucoup, tout d'abord, pour vos bons mots, pour les éloges pour le mémoire. Par rapport à l'algorithme de l'aiguillage des patients, là, le système de prise de rendez-vous, c'est un questionnaire en ligne qu'on demande au patient. Tu sais, le patient, c'est comme... il s'inscrit, puis ils vont chercher, selon son domicile, la disponibilité la plus près, mais sans... avec quelques questions, je pense, actuellement, mais ce n'est pas très discriminant. Par contre... Ah! oui, allez-y.

M. Derraji : Non, mais je suis très d'accord, parce que vous ramenez un point extrêmement important, et je vais vous dire pourquoi. Vous avez dit : Pics des demandes, maladies, la saisonnalité. Mais, si j'ai ça dans mon algorithme, je viens de régler une panoplie de problèmes. Si je ne l'ai pas, bien, c'est là où on se perd dans le système. Et mettez-vous à la place de la population qui, eux... Pour nous, c'est facile, mais ce n'est pas tout le monde... ce n'est pas facile pour M. et Mme Tout-le-Monde. Donc, avant de parler d'être à l'intérieur, moi, je pense, les premières étapes, c'est la clé pour guider le patient à l'intérieur du système. D'ailleurs, tout le monde, qu'est-ce que les gens disent sur notre système de santé? Il faut juste mettre le premier pas. Une fois que tu es dedans, on a les meilleures qualités de soins.

Mme Breton (Mylaine) : Il y a beaucoup de cliniques médicales qui ont travaillé avec leurs secrétaires pour implanter... Ils appellent ça des algorithmes de priorisation pour, justement, avoir des codes pour faire un certain triage, même si ce n'est pas des professionnels de la santé, selon quelques questions à leurs patients qu'ils appellent, est-ce que c'est un rendez-vous de suivi, un rendez-vous urgent?, puis vraiment essayer de placer dans l'agenda selon le motif... Je pense qu'il faut travailler avec les cliniques médicales à former les secrétaires pour orienter le patient. Il y a des cliniques médicales qui n'ont pas encore ces motifs de consultation. Il faut réfléchir...

Dans les grosses cliniques, aussi, ce qu'on voit, nous, c'est essayer de faire des «teamlets», des petites équipes avec le secrétariat pour avoir une connaissance de la patientèle, avec d'autres professionnels, mais pour pouvoir, justement, bien placer dans l'agenda... Ils existent, ces algorithmes-là. Je pense qu'ils pourraient être partagés. Je connais des cliniques médicales qui les ont développés. Je pense qu'il y aurait tout intérêt à ce qu'ils soient diffusés pour le bénéfice des autres.

M. Derraji : Je suis à 1 000 % d'accord avec vous et j'espère qu'on va avoir cette ouverture, parce qu'expérience terrain, ordonnance collective, sur 10 GMF, j'avais un qui a embarqué, et les autres, ça a pris trois, quatre ans. Pas sûr que le ministre veut prendre trois, quatre ans pour régler 1 million... Donc, donnons-nous les moyens. Je connais la patience du ministre moi aussi. Parfois, on est impatient, mais, sérieux, moi, je pense que la clé... Si on se met tous ensemble à régler la question du triage, on va avancer.

Vous avez parlé d'un autre point que j'ai vraiment aimé, les indicateurs. C'est un homme d'indicateurs. Il aime beaucoup les indicateurs. Pourquoi, troisième rendez-vous, pour vous, c'est la clé au niveau des indicateurs de performance? Vous aimez les indicateurs, hein, je n'ai pas inventé...

M. Dubé : ... le troisième. Je suis content que vous reveniez là-dessus, là.

M. Derraji : Oui, mais ça, c'est vraiment...

Mme Breton (Mylaine) : En fait, il y a plusieurs indicateurs que je propose, dont le troisième rendez-vous. Le troisième rendez-vous, dans la littérature, notamment dans l'implantation du modèle d'accès adapté que la littérature... Là, ne perdez-vous pas des journées à lire, ça existe depuis 20 ans, puis des papiers à travers le monde, pour montrer... et l'efficacité du modèle, il se base sur le troisième rendez-vous pour voir : Dans l'implantation, est-ce que j'agis sur cet indicateur-là?

Il y en a un autre qui est dans... qui est intéressant, c'est la proportion des rendez-vous disponibles à 20 % dans l'horaire. On recommande, dans l'accès adapté à 48 heures, que 20 % des plages de rendez-vous soient protégées et non dotées, puis l'idée, c'est vraiment d'avoir une agilité pour que... permettre de la disponibilité. Il n'est pas rare... Dans les professionnels, quand on regarde l'horaire, ils n'ont pas de... à 48 heures pour les rendez-vous urgents, et le troisième rendez-vous est tard.

Ça fait que, moi, le troisième rendez-vous, je trouve c'est un bon clignotant pour dire : Est-ce que j'ai de la capacité à court terme pour répondre à un besoin urgent de ma clientèle?

M. Derraji : Ça sera un de nos amendements dans le projet de loi. J'avise le ministre.

Mme Breton (Mylaine) : Il n'est pas mesurable par les données de la RAMQ, le troisième rendez-vous.

M. Derraji : On peut le mesurer comment?

Mme Breton (Mylaine) : Actuellement, bien, moi, je le mesure avec des cliniques qui acceptent de collaborer avec moi. Ils me donnent accès à leur DME. Alors, je me branche sur leur DME. Le troisième rendez-vous, c'est le plus compliqué pour notre équipe de recherche. Je remercie François, mon coordonnateur de recherche. À tous les matins, le mardi, il se lève à 6 heures pour calculer le troisième rendez-vous dans les cliniques qu'on suit. On en suit six, cliniques, puis c'est vraiment manuellement, malheureusement, qu'on le fait, mais on vient d'investir dans un robot, de l'intelligence artificielle, pour remplacer François la nuit.

M. Derraji : Mais c'est quoi, l'impact pour la population, avoir ce troisième rendez-vous?

Mme Breton (Mylaine) : Pardon?

M. Derraji : C'est quoi, l'impact? Donc là, c'est bon, on le mesure.

Mme Breton (Mylaine) : On le mesure.

M. Derraji : O.K., mais c'est quoi, l'impact?

Mme Breton (Mylaine) : Bien, nous, on accompagne six GMF en Montérégie dans l'amélioration de l'implantation de l'accès adapté. Alors, nous, on mesure le troisième rendez-vous pour voir un peu l'effet de notre intervention d'amélioration continue de qualité avec ces cliniques-là, puis c'est vraiment le voyant qu'on suit. Ça fait que c'est sûr que, si on n'intervient pas, il bouge peu. Puis il y a une grande variabilité dans une même clinique, sur cet indicateur-là, entre les professionnels.

M. Derraji : Donc, est-ce que c'est facile de rendre la vie de François très facile, qu'il ne se lève plus les mardis matins, avec des indicateurs ou avec...

Mme Breton (Mylaine) : Bien, en fait, c'est plausible, en fait, parce que, là, on est en train d'investir avec des fonds de recherche pour avoir ce robot-là, parce que c'est assez facile, c'est des algorithmes. Nous, on le fait manuellement. C'est possible, c'est plausible. Ça me fera plaisir de partager l'investissement que je viens de faire. Je tiens à préciser, par contre, une chose. Moi, je pense que, pour calculer ces indicateurs-là, il faut avoir la participation, il faut que ça soit sur une base volontaire, des médecins qui sont... et d'autres professionnels. Nous, on le mesure pour tous les professionnels de la clinique qui sont intéressés d'avoir leur portrait pour s'améliorer. Je pense qu'il faut l'utiliser avec une vision pratique, réflexive et d'accompagnement.

• (12 heures) •

M. Derraji : Vous êtes à la tête d'une chaire de recherche canadienne. Je vais vous dire pourquoi je ne suis pas d'accord sur le 36 heures. Je veux vous ramener au modèle ontarien. Il y a deux obligations de résultat, obligation d'appel, obligation de rencontre, hein, et on n'est pas encore là, 48 heures, 72 heures. Vous avez dit, au début : La finalité, c'est l'inscription. Ce n'est pas uniquement la finalité, l'inscription, c'est aussi rencontrer le professionnel de la santé, parce que, dans la tête du patient, son gouvernement, à qui il donne des taxes, à qui il contribue, il n'a pas répondu à sa demande. Donc, un, est-ce que vous êtes de l'école d'obligation de résultat? Si vous êtes de l'école d'obligation de résultat, c'est quoi, le délai raisonnable pour recevoir le premier appel du triage et le deuxième appel du rendez-vous, donc, la rencontre après triage avec un professionnel de la santé?

Mme Breton (Mylaine) : Bien, écoutez, il y a plusieurs questions dans votre proposition, mais en fait la question du délai de triage, là, je pense que ça devrait être assez rapide. Quand on veut un rendez-vous, on ne devrait pas attendre trop longtemps sur une ligne. Là, on essaie de l'informatiser. Ça fait qu'il faut faire juste attention que notre informatique ne perde pas la capacité puis l'agilité des professionnels avec leur jugement. Deuxième chose, vous m'avez dit... Oh! attends, le délai de 36 heures, vous n'êtes pas d'accord avec...

M. Derraji : Bien, parce que vous avez dit au début... Pour vous, 36 heures, il n'y a aucun problème. Mais, quand je regarde en Ontario, il y a l'obligation de résultat, deux obligations. Premier appel, triage, on peut être meilleurs, mais ce qui est très important, ce n'est pas le triage, ce qui est très important, c'est la rencontre avec le médecin, professionnel de la santé.

Mme Breton (Mylaine) : Oui, mais moi, bien, comme je l'ai dit plus tôt, je pense qu'il faut avoir ce délai qui est approprié. Il faut avoir un délai raisonnable, mais ce délai... le jugement qu'on en fait, de ce délai-là, ne doit être pas le même pour tous parce qu'on n'a pas tous les mêmes besoins de consultation. Je pense qu'il faut se faire des propositions de délai approprié selon les motifs de consultation. Habituellement, on recommande idéalement entre deux et quatre semaines, selon l'ouverture, si c'est quelque chose qui est de suivi ou un...

M. Derraji : Donc... oui?

Mme Breton (Mylaine) : Non, allez-y.

M. Derraji : Non, non, mais j'ai juste... Je n'ai pas encore entendu c'est quoi, le délai raisonnable.

Mme Breton (Mylaine) : Bien, je ne peux pas... Je ne peux pas vous donner une norme, en fait, là, je pense que... puis je ne suis pas un professionnel de la santé, mais je pense qu'il faut être capable d'en faire, avoir une capacité, là, de... si c'est un besoin urgent, que la clinique médicale à laquelle vous êtes affilié... avoir une capacité de vous rencontrer.

M. Derraji : Oui. Au tout début, vous avez parlé de la qualité des données de la RAMQ, en fait, c'est imparfait. Donc...

Mme Breton (Mylaine) : En fait, les données de la RAMQ, c'est une source d'information intéressante, puis c'est la donnée qu'on dispose actuellement pour apprécier une certaine forme d'accès, mais je pense qu'il y a une possibilité d'être complémentaire avec les dossiers médicaux électroniques qui nous offrent maintenant... Les DME existent depuis moins de 10 ans, hein, dans la plupart des cliniques médicales. On s'est modernisés énormément, puis je pense qu'il faut capitaliser sur cette modernité qui nous offre une nouvelle source d'information pour développer des tableaux de bord de performance agiles et rapides.

M. Derraji : Merci de mentionner qu'on s'est modernisés, parce qu'on a l'impression, au Parlement, que rien n'a été fait pendant les 15 dernières années. Merci beaucoup, excellente intervention.

Le Président (M. Provençal) : La suite va appartenir maintenant au député de Rosemont.

M. Marissal : Merci, M. le Président. Bonjour, bienvenue. C'est agréable de pouvoir recevoir enfin des témoins en personne ici, là, ce qu'on n'a pas fait pendant un bout de temps, là. Puis je comprends que vous aviez un lourd bagage à nous livrer, là, puis c'est peut-être assez indigeste, là, quand on n'est pas si familier que ça avec tout ça.

Moi, j'ai un problème de connexion avec mes neurones cérébraux avec ce projet de loi là depuis le début. Puis je vous explique pourquoi. Parce que tout ce qu'on nous dit, là, depuis hier, puis vous êtes le huitième témoin, c'est que ce n'est pas nécessairement une mauvaise idée, que les intentions sont bonnes, puis je pense que les intentions sont bonnes, mais ça passe à côté, ça manque la cible, notamment sur l'interdisciplinarité, sur l'accès à la première ligne élargie.

Puis le ministre nous dit à chaque fois : Ah! mais oui, mais c'est ça qu'on va faire, puis c'est ça qu'on veut faire. Mais ce n'est pas sûr que le projet de loi dit. Ça fait que moi qui est un gars rationnel, puis qui aime ça comprendre des affaires, j'ai un problème. Est-ce qu'il n'y a pas une contradiction dans le discours, qui est basé essentiellement sur une promesse électorale d'un patient... un médecin par patient tout le temps, alors que ce n'est pas de ça, nécessairement, dont on a besoin, puis, ça, tout le monde s'entend pour le dire, y compris le ministre? Hier, il était bien d'accord, effectivement, pour dire que ce n'est pas tout le temps un médecin tout le monde pour tout le temps. Alors, est-ce qu'il n'y a pas une dichotomie dans le discours entre ce qu'on attend, ce qu'on voudrait faire, puis le projet de loi qui est devant nous? Parce que, tu sais, ici, on étudie un projet de loi. C'est ça qu'on fait. Ça fait que je ne peux pas le réécrire. Moi, je peux essayer, là, ça ne marchera pas. En tout cas, pas tout le temps. Est-ce que vous partagez cette dichotomie qui est... qu'il y a un discours sur un médecin pour tout le monde pour vider la liste, là, puis le fait que ce n'est pas nécessairement de ça dont on a besoin? Puis, quand on regarde le projet de loi n° 11, c'est... tu sais, le ministre parle d'une impression, mais l'impression, elle ne tombe pas du ciel, là. L'impression, elle est basée et elle est bâtie sur la lecture du projet de loi. J'ai quasiment tout mangé mon temps, ce qui n'est vraiment pas brillant de ma part, mais je vous laisse répondre.

Mme Breton (Mylaine) : Bien, ça me fait plaisir de partager le temps avec vous. Premièrement, en fait, moi, ma compréhension du projet de loi, un des éléments phares, c'est de répondre à une des problématiques qui est le guichet, qui est assez garni actuellement.

La littérature scientifique est très éloquente sur les bénéfices d'être affilié à un professionnel de la santé, que ce soit un médecin ou une infirmière, mais d'avoir cette relation-là qui est plus garante d'une continuité. On peut avoir même des... c'est documenté qu'il y a une diminution de recours à l'urgence, vraiment, quand on a une affiliation à un professionnel. Alors, je pense qu'ici, on cherche à adresser cette importante problématique-là au Québec, qui est le guichet le plus nanti au Canada, qui a 900 000... Mais, peut-être, la solution pour y répondre n'est, à mon sens, pas adéquate, en obligeant d'inscrire via ce mécanisme-là. Mais je pense que la finalité, elle est louable. Il y a des propositions, notamment, d'ouvrir à l'inscription des IPS. Il y a d'autres provinces qui permettent l'inscription à l'IPS, ce qui n'est pas possible au Québec. Je pense qu'on est la seule province à ne pas permettre cette modalité-là. Alors, je vous recommande fortement aussi à inscrire directement, mais je ne suis pas sûr que ça crée beaucoup de capacités additionnelles, parce que les IPS, actuellement, inscrivent des patients avec un médecin collaborateur. Mais je pense qu'il faut quand même permettre cette modalité-là. Dans les autres propositions, la prise de rendez-vous en ligne pour les patients...

Le Président (M. Provençal) : Vous êtes très intéressante... et je dois céder la parole au député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Bien, vous pouvez finir votre phrase, d'abord.

Mme Breton (Mylaine) : Je l'ai oubliée.

M. Arseneau : Bon, bien on va vous relancer.

M. Marissal : Les IPS...

Mme Breton (Mylaine) : Ah, oui, les rendez-vous en ligne.

M. Arseneau : Oui, bien, c'est ça, les rendez-vous, parce qu'en fait moi, je comprends qu'il y a deux éléments principaux qui font l'objet du projet de loi. Il y a le guichet, il y a les données. Et ce que vous dites, c'est : Le guichet,

c'est une bonne idée, à condition qu'on l'améliore, qu'on l'élargisse, ainsi de suite, puis qu'on ait des données plus intelligentes, plus précises, plus ciblées, saisonnières, ainsi de suite. Puis vous avez toutes sortes de modèles, d'algorithmes probablement à nous proposer qui ne sont pas encore dans le modèle de l'orchestrateur. Ça, on va travailler là-dessus, moi, je trouve ça intéressant.

L'autre volet, c'est celui des données. Est-ce que je comprends bien que ce que vous nous dites, c'est que la colonne vertébrale de ce projet de loi sur les données... vous dites : Ces données-là, ça ne servira pas à grand-chose si vous voulez ouvrir la première ligne, puis avoir le bon professionnel au bon moment pour le bon patient?

Mme Breton (Mylaine) : Merci de me donner la chance de me rectifier, parce que les données de la RAMQ, c'est une source extrêmement intéressante de données. Tu sais, dans le fond, il faut avoir... moi, ce que je vous propose, c'est des données cliniques complémentaires qui viennent directement des dossiers médicaux électroniques, mais les données de la RAMQ, j'ai même publié des articles scientifiques qui s'appuient sur les données de la RAMQ. C'est une source d'information extrêmement intéressante, mais je pense que, à long terme, j'investirais davantage sur le DME comme source d'information, même pour...

M. Arseneau : Pouvez-vous dire qu'est-ce que c'est, le DME?

Mme Breton (Mylaine) : Excusez-moi, dossiers médicaux électroniques.

M. Arseneau : C'est beau.

Mme Breton (Mylaine) : Mais il y a un potentiel qui n'existait pas, moi. Moi, quand j'ai commencé... j'étais jeune, au doctorat, ça n'existait pas, les DME, là, ça... les dossiers médicaux électroniques, ça permet une source d'information, à mon sens, inexploitée, qui vous permettrait vraiment d'avoir une gouvernance intéressante. Et je rappelle que je pense que cette information-là doit être utilisée dans une vision pratique réflexive pour les professionnels.

M. Arseneau : Tout à fait. Ça, on a bien compris, puis c'est intéressant, là, accompagner, puis éliminer la coercition. On a entendu beaucoup parler de coercition, hier. Bon, que vous le rappeliez effectivement, c'est un point de vue également. Pour ce qui est du modèle d'accès adapté, vous dites : Ça existe depuis 20 ans un peu partout. Pourquoi ça n'existe pas au Québec, selon vous?

Mme Breton (Mylaine) : En fait, ça existe au Québec. En 2011, la FMOQ et le ministère de la Santé ont fortement encouragé toutes les personnes à y adhérer. Il y a eu des formations avec plus de 2 000 personnes au Québec. Je pense qu'il faut poursuivre davantage la formation qui est basée sur une équipe interdisciplinaire pour aller plus loin.

M. Arseneau : Mais ça se passerait dans combien de pourcentage de cliniques ou pour combien de patients?

Mme Breton (Mylaine) : Bien, en fait, c'est une bonne question. J'ai fait une enquête dans tous les GMF-U au Québec sur l'implantation de l'accès adapté. Tous les professionnels vont dire : Oui, je fais de l'accès adapté. Mais, quand on creuse sur les différents piliers, on voit une énorme différence et variation entre les professionnels et même entre les professionnels d'une même clinique.

Alors, je pense qu'il faut accompagner. C'est un changement de pratique important. Puis ma recommandation... puis peut-être noter que le ministère de la Santé a investi dans un projet de recherche pour que j'accompagne 20 cliniques, au courant des deux prochaines années, dans l'accompagnement, l'amélioration de l'implantation de l'accès adapté.

M. Arseneau : Merci beaucoup. Passionnant.

Le Président (M. Provençal) : Alors, la finalité de cet échange va appartenir à la députée d'Iberville.

• (12 h 10) •

Mme Samson : Merci, M. le Président. Écoutez, la tête me «spin» encore, là, puis je n'ai toujours pas deviné c'était quoi, le troisième rendez-vous, tu sais.

Mais j'ai une question pour vous, madame. Les CLSC, ça existe depuis je ne sais pas combien d'années, mais ça a été créé, j'étais jeune, donc ça fait longtemps. Et ça devait être notre porte d'entrée, et notre première ligne, ça devait être le CLSC avec des services multiples, puis tout ça. Et j'ai l'impression, ma perception aujourd'hui, que c'est devenu des sous-traitants et que le CLSC ne joue pas son rôle de porte d'entrée, il bouche des trous, puis c'est un jobeur. Mais j'aimerais savoir, d'après vos observations puis votre expérience, est-ce que les CLSC ont encore un rôle et peuvent-ils le jouer de façon plus optimale.

Mme Breton (Mylaine) : Pour répondre rapidement, oui, les CLSC ont vraiment un rôle important dans notre système de santé. Comme vous le savez, ils ont été créés en 1970, puis l'idée, c'était la première porte d'entrée basée sur une équipe interdisciplinaire. Malheureusement, pour plein de bonnes et mauvaises raisons, la profession médicale n'a pas adhéré à ce modèle-là, qui était sur une gouvernance publique. Et il y a les GMF qui se sont développés en parallèle en 2002. Ça fait que, dans le fond, le modèle CLSC, c'est un modèle extraordinaire. Même sur papier, ça serait le modèle... Mais il y a moins de 20 % actuellement des médecins de famille qui travaillent dans

ces organisations-là. Alors, c'est un modèle important qui est complémentaire souvent, même dans des quartiers défavorisés. Alors, il faut continuer puis il ne faut pas qu'ils disparaissent.

Mais vraiment, le GMF a pris tout... s'est vraiment développé au Québec. Peut-être, noter qu'il faut être fier de notre modèle GMF au Québec, depuis 2002 qu'il existe. Puis, au fil du temps, au fil des années, on a intégré davantage de professionnels. Quand on regarde les autres organisations au Canada, le Québec, le modèle GMF, il y a de quoi être fier. On a maintenant des travailleurs sociaux dans l'équipe de base, pharmaciens, IPS, infirmières, médecins de famille. Puis c'est le modèle dominant avec plus de 340 GMF. Alors, je pense qu'il faut continuer dans cet effort-là. Puis c'est un modèle qui est très complémentaire au CLSC. Et il y a des CLSC... la plupart sont GMF, ils ont l'affiliation.

Mme Samson : Mais les GMF, il n'y en a pas partout et c'est compliqué avec les PREM. C'est-tu les PERM ou les PREM? Je ne le sais plus, là.

Mme Breton (Mylaine) : Les PREM.

Mme Samson : Les PREM, c'est compliqué, là, puis c'est tout à fait discrétionnaire. On a vu des années où toutes les PREM allaient à la même municipalité au détriment d'autres. C'est assez obscur comme système, là.

Mme Breton (Mylaine) : Je n'ai pas le temps de commenter sur les PREM, mais ça me fait plaisir d'en discuter avec vous.

Mme Samson : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Je remercie la professeure Breton pour sa 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, madame.

(Suspension de la séance à 12 h 12)

(Reprise à 12 h 15)

Le Président (M. Provençal) : Alors, bonjour. Je souhaite la bienvenue au Dr Antoine Groulx ainsi qu'à Mme Catherine Wilhelmy, qui l'accompagne.

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.

Avant de vous inviter à vous présenter, je vais avoir besoin du consentement pour un cinq minutes additionnel, compte tenu qu'on a une petite période de retard. Ça va? Consentement? Merci.

Alors je vous cède la parole et je vous invite à vous présenter. Merci.

M. Antoine Groulx

M. Groulx (Antoine) : Bonjour. Merci beaucoup. Merci, M. le Président. M. le ministre, Mmes, MM. les députés, merci d'avoir sollicité l'opinion de l'Unité de soutien au système de santé apprenant du Québec à propos du projet de loi à l'étude. Je suis Antoine Groulx, je suis clinicien-chercheur, professeur de médecine de famille à la Clinique Maizerets et à l'Université Laval. J'ai aussi le privilège de diriger l'Unité de soutien au système de santé apprenant du Québec et d'être accompagné par Mme Catherine Wilhelmy, que je laisse se présenter.

Mme Wilhelmy (Catherine) : Bonjour. Je suis Catherine Wilhelmy, je suis une patiente partenaire en recherche. J'ai été amenée à m'intéresser à ça dans un parcours de soins en oncologie, alors je suis impliquée dans ce domaine-là depuis 2018.

M. Groulx (Antoine) : Merci, Catherine. Alors, écoutez, en deux mots, l'Unité de soutien au système de santé apprenant du Québec, c'est une organisation qui préconise le travail en partenariat avec les cliniciens et cliniciennes, les décisionnaires, les chercheuses, les chercheurs, les patientes et les patients, de même que l'utilisation des données de la science pour améliorer en continu la gestion, les soins et les services qui sont rendus à la population.

Nous avons une équipe panquébécoise qui déploie ses expertises en offrant de la formation, de la consultation et des outils en poursuivant un quadruple objectif, qui se résume à améliorer la santé de la population, améliorer son efficacité, améliorer le bien-être des ressources humaines en santé et services sociaux et aussi, bien sûr, l'expérience et les résultats obtenus pour les patientes et les patients.

Vous comprendrez, donc, que nous allons aborder la question de ces éléments par trois perspectives, celle du partenariat patient public, celle de la gestion de la valorisation des données puis enfin la gestion du changement et du quadruple objectif. Je... ma collègue Catherine prend la parole.

Mme Wilhelmy (Catherine) : Alors, pour les patients, il y a du bon dans la proposition du gouvernement. C'est intéressant d'offrir plus de possibilités pour prendre nos rendez-vous. C'est une proposition qui amène aussi toute une dimension de transparence dans le processus. Ça sera sûrement bien pour les patients. Mais, dans cette proposition, il y a aussi des failles pour les patients. Parce qu'au-delà de tout ce qui est véhiculé dans les médias qui tournent essentiellement autour d'une querelle entre les médecins puis les politiciens, pour les patients, il y a des choses qui sont importantes et puis qui ne se disent pas. Mais inquiétez-vous pas, on a plein de bonnes idées à vous proposer pour bonifier votre projet de loi.

Donc, d'abord, ce qui est moins intéressant dans le projet de loi pour les patients, c'est que ce guichet-là se centre uniquement sur les médecins de famille. Des fois, ce n'est pas un médecin de famille dont on a besoin. Il y a une pénurie de médecins de famille, puis on forme des infirmières pour prendre en charge plein de types de problèmes de santé. Pourquoi le patient ne peut pas avoir le choix de voir, par exemple, une infirmière clinicienne si sa condition le permet? Puis il y a plein d'autres professionnels qui pourraient être interpellés.

L'autre chose. Actuellement, un médecin dans une clinique sans rendez-vous qui reçoit un patient qui a une condition grave va pouvoir suivre ce patient-là. Pour le patient, c'est une prise en charge qui est instantanée, il ne devient pas une balle de ping-pong dans le système. Avec cette loi-là, le médecin doit référer le patient au guichet d'accès. Il me semble que, comme société, on investit beaucoup d'argent pour bien former nos médecins puis les amener à développer un jugement clinique solide. Il me semble que ce serait un juste retour sur investissement de les laisser l'utiliser.

La question des liens parentaux, c'est aussi quelque chose qui est important. Si on parle d'une famille de cinq enfants, bien, quand les sept personnes sont traitées dans sept cliniques différentes, ça devient une logistique assez lourde pour les personnes.

Il y a aussi toute la question de la facilité avec le Web. Il y a des personnes qui ont moins de facilité à ce niveau-là. Ça fait que, comme je vous avais dit, on a plein d'idées constructives. Donc, ce serait d'étendre le système de prises de rendez-vous à tous les professionnels, de laisser aux médecins le soin de prendre en charge les cas urgents qu'ils rencontrent, de tenir en compte les liens parents-enfants, de laisser une certaine liberté à ce niveau-là puis d'impliquer peut-être, je ne sais pas, le 8-1-1, les professionnels, les pairs aidants en soutien puis en accompagnement pour orienter les personnes qui auraient plus de difficulté à ce niveau-là.

• (12 h 20) •

M. Groulx (Antoine) : Merci. Sur le plan de la gestion et de la valorisation des données, on voit une valeur intéressante à ce projet, qui mise sur un partage des données, une transparence aussi qui est hautement valorisée, Mme Wilhelmy l'a nommée, pour les patients, mais aussi pour les cliniciennes, les cliniciens. Il y a une mise à profit aussi d'organisations plus sur le terrain, les tables territoriales, les départements régionaux de médecine générale, par exemple, les directions des services professionnels, qui sont toujours plus crédibles pour les acteurs et les actrices du terrain que le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ça favorise, donc, au final, une certaine mobilisation par les données à laquelle on aspire beaucoup à l'unité. L'amélioration continue de la qualité, la réflexivité qui peut en découler est extrêmement positive.

Mais il faut être prudent, ça doit s'appuyer sur des données qui sont concertées, donc reconnues par l'ensemble des parties qui sont intéressées par ces données-là. Il y a eu, et on en a connu, des succès antérieurs dans les dernières années, notamment en médecine de famille, avec la production, pendant une période, d'un rapport qui s'appelait le rapport d'offre de services des patients inscrits, un rapport qui a connu un succès retentissant notamment parce qu'il avait été développé en collaboration, en l'occurrence, entre le ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Il y a aussi une prudence à avoir relativement à la complexité de la pratique de la médecine de famille. Ce projet donne un accent très fort sur la question de l'inscription du travail en cabinet. Il faut se rappeler que la pratique de la médecine de famille, c'est beaucoup plus vaste que ça et que ça peut inclure la périnatalité, les urgences, les travaux... le travail à l'hôpital auprès de patients réfugiés, soins palliatifs, etc., et il serait, donc, un peu imprudent de nous concentrer sur cette pratique d'inscription en mettant de côté ces éléments.

Alors, l'unité propose quelques pistes de réflexion, notamment de creuser cette question des autres activités et de reconnaître que certains médecins de famille ont des activités qui ne sont pas limitées qu'aux activités d'inscription et puis d'en tenir compte quand on fera l'avancement des règlements qui suivront ce projet de loi; de considérer aussi... proposer toute la transparence qui est véhiculée dans le projet et qu'on encense avec les patientes et les patients, et le Carnet santé Québec, qui existe déjà, pourrait devenir un véhicule intéressant de personnalisation de cette transparence pour cette population; et puis enfin de bien garder en tête que le déploiement d'outils électroniques dans les dernières années, que ce soit de prise de rendez-vous ou d'autre nature, comme des dossiers électroniques, n'a pas toujours simplifié la vie des cliniciennes, des cliniciens. Il y aurait là un travail important à faire d'arrimage, de maturation en amont du déploiement de ces outils.

En matière de gestion du changement et du quadruple objectif, nous trouvons important de souligner qu'une littérature très solide, de plus de 35 ans, et qui n'a jamais été démentie, confirme que la continuité, notamment auprès d'un prestataire principal de soins, améliore à la fois la santé, l'expérience de soins et l'efficacité, et cela, même pour des jeunes en bonne santé, à qui, par exemple, lorsqu'il arrive un événement, un accident, une dépression, ont de bien meilleures chances d'améliorer leur santé lorsqu'ils ont un prestataire principal. Alors, on a une invitation à la prudence à faire, s'appuyant sur la science, à l'égard d'un accès un peu débridé, mais très axé hors affiliation à un prestataire principal de soins. Catherine.

Mme Wilhelmy (Catherine) : Il y a toute la question des données de santé numériques qui est d'actualité avec les patients; même si on y est ouvert, on a des préoccupations par rapport à leur utilisation. Ça va être important de préciser quelles données vont vous être transmises, M. le ministre, puis à quelle fin ça va être utilisé.

Aussi, il y a toute la question de la mobilisation des ressources humaines, le projet de loi nous paraît très paternaliste, il y a quelque chose qui nous paraît difficile à comprendre, j'en ai parlé tantôt : Pourquoi c'est une loi qui cible juste les médecins de famille? Puis il y a toute la question de la gestion des rendez-vous. Moi, M. le ministre, là, je vous aime beaucoup, puis je ne trouve pas que c'est la meilleure façon d'utiliser tous vos talents que de vous faire gérer des rendez-vous. En ces temps où on manque de médecins, c'est difficile de comprendre ce projet de loi là qui vient écraser plutôt que mobiliser.

M. Groulx (Antoine) : Parlant de mobiliser, je pense qu'il y aurait, dans les propositions que nous ferons à l'unité, celle de travailler davantage, que ce soit dans le projet de loi ou, au moins, en marge, à soutenir les changements que vous proposez. L'approche de facilitation, de soutien a été bien démontrée comme un vecteur de succès pour cette mobilisation. Des formations, dans le passé, ont aussi été développées pour aider les médecins à améliorer leur accès, des formations d'accès adapté, en gestion clinique aussi qu'on pourrait envisager de développer dans les années qui viennent, en mettant, à l'avant-scène, les leaders, les experts, bref, nos champions au Québec. Alors là, il y a un travail qu'on pourrait certainement contribuer, comme unité, à améliorer, où on pense que le projet de loi pourrait en dire davantage.

Il y a aussi tout un travail d'assurer une offre de service qui répond à des besoins davantage qu'à des horaires, de façon très technique, donc, de miser sur des indicateurs qui sont très impopulaires au Québec, chez les médecins de famille notamment, comme par exemple le taux d'assiduité ou qu'on pourrait appeler un taux de continuité ou un taux d'accès, mais qui, dans d'autres juridictions, ont été encensés. À la rigueur, le suivi de l'offre de rendez-vous et du taux comblement des plages seraient aussi des avenues très porteuses pour répondre, je pense, à plusieurs des impératifs que vous avez évoqués dans ce projet. Catherine.

Mme Wilhelmy (Catherine) : Il y a une chose aussi qui est intéressante pour...

Le Président (M. Provençal) : Le temps de votre présentation est terminé. Alors, on va débiter les échanges avec M. le ministre. Merci beaucoup.

M. Dubé : Écoutez, premièrement, Dr Groulx et Mme Wilhelmy, merci beaucoup. Moi aussi, Mme Wilhelmy, je vous aime beaucoup. J'ai eu la chance de vous rencontrer dans un point de presse. Je connais bien ce que vous avez survécu puis je trouve ça vraiment intéressant de savoir que vous vous intéressez à ce sujet là aujourd'hui. Alors, merci de votre temps, parce que vous êtes quelqu'un qui a pu bénéficier du système puis vous avez l'air excessivement heureuse et épanouie. Alors, je suis très, très content de voir que les choses se déroulent bien pour vous.

Je vais refaire une précision. Puis je vais la refaire encore une fois parce que j'ai besoin de la refaire. Puis j'avais encore une question de mon collègue, le député de Rosemont, tout à l'heure. Pardon. Pourquoi ce projet de loi là? Puis là je vais le repréciser parce qu'on est pris souvent dans du langage légal, légaliste, versus comment expliquer ce qu'on essaie de faire. Bon. Vous me demandez... Puis je vais... Parce que ça fait trois fois que je l'explique, ça fait que je vais essayer de m'y prendre autrement. Je reviendrai sur les rendez-vous.

Mais là je vais me concentrer, c'est : Pourquoi on fait une demande d'information de gestion pour mieux comprendre la capacité du potentiel des 10 000 médecins de famille? Ça, c'est la première question... Si j'avais à résumer le projet de loi dans sa forme actuelle, avant les amendements qu'on peut faire, c'est pour permettre d'avoir une discussion, quelle est la charge actuelle des médecins de famille. Et, pour ça, oui, on peut aller chercher les données de la RAMQ, parce que ce n'est pas les salaires des gens, ce n'est pas ce qu'on veut... Ce qu'on veut savoir, c'est : Est-ce qu'ils sont occupés à 100 % à faire de la prise en charge? Est-ce qu'ils sont occupés dans un CLSC à salaire? Est-ce qu'ils sont occupés à 100 % ou à la moitié de leur temps dans une urgence? Ça, c'est la première... Le premier objectif, c'est de bien comprendre l'occupation des gens. Parce que... Je aller tout à fait à l'extrême. On a 10 000 médecins, mais, si j'en ai, au total, en équivalents, 7 000 qui font de la prise en charge, bien, j'ai un 3 000 que je ne peux pas compter. Alors, quand des médecins nous disent... puis je l'ai entendu, là, souvent dans les derniers mois : Il manque 1 000 médecins de famille, bien, ils ont peut-être raison. Mais, vous savez, je ne suis pas capable de le dire. Je ne suis pas capable de dire qu'il manque 1 000 médecins. Puis dans quelle région il manque, c'est-tu plus en Montérégie, c'est-tu plus à Lachute?

Alors, je veux juste vous rappeler, là, que le premier objectif de ce projet de loi là, ce n'est pas de solutionner les problèmes du monde, parce qu'on en a beaucoup plus, puis on y reviendra. Mais le premier objectif simpliste, c'est de bien connaître l'occupation des gens pour être capable de savoir de quoi on parle. Puis ça, en tant que gestionnaire de l'État, pour moi, c'est la base. O.K.

• (12 h 30) •

Deuxièmement, quand on a entendu parler, tout à l'heure, d'accès adapté, puis vous revenez à docteur... C'est sûr que la journée qu'on va avoir le... Puis je vais vous donner ma version, là, puis j'aimerais que vous commentiez là-dessus. Quand on va avoir passé le projet de loi puis on va comprendre quel est le nombre réel de médecins qui font du... je ne veux pas les enlever des urgences, on en a besoin, nos bons généralistes qui sont dans les urgences. On ne peut pas les enlever de là. Mais, quand on aura une bonne représentation puis que ça ne sera plus discutable, qu'est-ce qu'on va faire comme première chose? On va regarder exactement ce qu'on a entendu tout à l'heure sur l'accès adapté puis on va dire : Est-ce qu'aujourd'hui on pourrait prendre le GAMF... puis, ça, on n'a pas besoin du projet de loi pour ça, là. Est-ce qu'on va prendre le GAMF, dans lequel il y a 900 000 patients qui sont en attente d'un médecin de famille? Puis est-ce que... C'est quoi, les personnes vulnérables dans ce bloc-là qui, eux, ont besoin d'un médecin de

famille? Le Dr Gaudreault du Collège des médecins, hier, a dit clairement : Ce n'est pas tous les patients qui ont besoin d'un médecin, mais il y a qui ont besoin d'un médecin.

Alors, le projet de loi ici dit : Commençons par s'entendre on en a combien. Après ça, on travaillera... Puis, ça, on n'a pas besoin de ça dans le projet de loi pour parler d'accès adapté. C'est une pratique. La dame nous l'a dit tout à l'heure, ça existe depuis des années. Est-ce que tout le monde l'applique de la même façon? Mais, si on l'appliquait correctement partout, est-ce qu'on viendrait de régler, je vais mettre un chiffre, la moitié de notre GAMF? Vous me suivez? Et, ça, on n'a pas besoin du projet de loi pour ça, là.

Alors, moi, je veux juste que les gens comprennent, puis ça, c'est... J'apprécie vos questions quand vous avez dit : Mais pourquoi vous faites ça? Puis là vous me dites : Pourquoi vous voulez jouer dans les rendez-vous? Bien, parce qu'on la connaît, la réponse. Quand on va avoir fait une première mise à jour du GAMF avec les meilleures pratiques puis avec l'accès adapté, il va rester un nombre de Québécois qui n'auront pas de médecin de famille. Puis c'est correct. Mais comment on fait pour leur donner un service dans un délai raisonnable? Et c'est là que la prise de rendez-vous vient de faire une différence. Vous me suivez?

Et ça, c'est ça qu'il faut essayer de bien s'entendre, qu'est-ce que le projet de loi essaie d'adresser et qu'est-ce que le projet de loi n'a pas besoin de préoccuper, parce que c'est déjà adressé. On a déjà clarifié le rôle des IPS. Ça n'existait pas avant. On l'a mis, que c'est disponible, on le sait, qu'elles font partie de la solution. On a déjà adressé, par le p.l. n° 31, la collaboration avec les pharmaciens. On n'a pas besoin de revenir là-dessus. C'est déjà clair que, dans l'interdisciplinarité, ces professionnels-là peuvent être là. Mais il faut comprendre quel est le rôle exact des médecins qu'on veut avoir pour régler une partie du GAMF, en complémentarité avec les autres professionnels.

Ça fait que je voudrais juste préciser, là, parce qu'on a l'air de dire qu'on ne savait pas ce qu'on voulait aller avoir par le projet de loi. Au contraire, on le sait très bien. On veut savoir le nombre de professionnels médecins qui sont disponibles pour faire de la prise en charge et on veut trouver une façon... quand on aura fait un premier bilan, la situation d'un GAMF avec les meilleures pratiques, combien de personnes pourraient avoir une autre prise de rendez-vous, avec, par exemple, ce qu'on a parlé, du guichet de pertinence. Je voulais juste préciser ça, parce que vos questions sont très bonnes, mais c'est important de bien comprendre qu'est-ce que le projet de loi peut faire, est-ce que ça aide dans la réflexion?

Puis là, après ça, bien, s'il le reste du temps, je vais poser quelques questions. Je suis... liens parentaux, vous en avez parlé, là. J'y vais en rafale. Valoriser les données, ça, c'est vraiment important, quand vous avez dit ça, Dr Groulx, parce que, pour moi, si j'avais à répondre à votre question, pourquoi on veut ces données-là, c'est pour fins de gestion uniquement, ce n'est pas pour contrôler les médecins. Et je reviens, là, maintenant que j'ai expliqué qu'est-ce que je veux essayer de faire, comme première étape, c'est de prendre... La dame, tout à l'heure, nous l'a bien dit, elle a dit : Peut-être qu'aujourd'hui les DMÉ, les données des DMÉ, donc des dossiers... sont peut-être aussi valables, mais on ne les a pas pour tout. Quel genre de données on peut prendre en attendant qu'on ait des DMÉ partout? Ça, je pense que c'est probablement comme ça qu'il faut travailler. Je voulais répondre à cette question-là.

Bon, la gestion du changement et la continuité, ça, j'aimerais ça vous entendre. Vous avez dit : Il ne faut pas lâcher le principe du, comment vous l'appellez... du prestataire principal. Dites-moi ça. Parce qu'on avait l'air de dire, de quelques intervenants qu'on a entendus, que ce n'était pas si grave si ce n'était pas un médecin qui prenait en charge, en autant que la GMF le prenne. Là, vous avez l'air de dire : Mais il faudrait peut-être garder la notion de prestataire principal. Ça, ça m'intéresse de vous entendre là-dessus. Je ne sais pas si c'est vous ou Mme Wilhelmy, mais ça, ça... pour le peu de temps que j'ai, là, je... Combien?

Le Président (M. Provençal) : Il va rester six minutes.

M. Dubé : O.K. On a encore du temps. Alors, voulez-vous y aller là-dessus un petit peu, oui? S'il vous plaît.

M. Groulx (Antoine) : Oui, oui, avec plaisir. Écoutez, la question du prestataire principal de service, ça ne date pas d'hier, c'est une littérature des années 80 qui a été élaborée par une chercheuse renommée internationalement en médecine de famille, qui s'appelle Barbara Starfield. Ce qu'elle dit, Barbara Starfield, c'est que, dans ses études, quand un patient est rattaché à un prestataire principal qui, oui, dans bien des cas, est un médecin de famille mais peut être aussi un IPSPL, peut être, donc, une infirmière praticienne spécialisée ou tout autre prestataire, imaginons que ce soit un patient ou une patiente qui a davantage de problèmes sociaux, on pourrait imaginer que ce soit un travailleur social qui soit son prestataire principal, celui ou celle qu'il ou elle voit le plus souvent... Ce que ces travaux ont démontré, et ils ont été réétudiés à de multiples reprises, ils sont, d'ailleurs, pour votre information, et je sais que le Collège québécois des médecins de famille passera chez vous prochainement... mais ils sont repris, dans le document qui recense l'ensemble de la littérature en cette matière, par le Collège des médecins de famille du Canada, puis c'est vraiment démontré : efficience, efficacité, santé, nommez-les, et surtout expérience patient améliorée.

Alors, à cet égard là, je ne rejoins pas nécessairement les propos qui ont été tenus dans le passé par Dr Gaudreault, je pense, qui disait que ce n'est pas tout le monde qui a besoin d'un médecin de famille. Moi, je pense que ce n'est pas tout le monde qui traduit le besoin d'avoir un médecin de famille là, mais tout le monde, et c'est ce que ces études démontrent, gagne à avoir un médecin de famille ou un prestataire principal de soins. Et là on ouvre toute la porte que Mme Wilhelmy évoquait sur le travail interprofessionnel.

M. Dubé : O.K. Bon, bien, c'est un... Mme Wilhelmy, allez, vous voulez commenter là-dessus?

Mme Wilhelmy (Catherine) : Oui. Il y a peut-être une chose, aussi, c'est que, pour identifier les besoins des patients, il n'y a pas mieux que de consulter les patients. Puis, à ce niveau-là, bien, je vous ouvre la porte, on a une superbe communauté de pratique de patients partenaires, à l'unité de soutien, puis on est à votre entière disposition.

M. Dubé : Bon, bien, écoutez, mon Dieu! On avance, c'est bon. Vous avez dit aussi, tout à l'heure, puis là je repasse rapidement mes notes, là, parce que je vois que le temps file, mais... de ne pas se préoccuper des rendez-vous. Moi, je veux juste vous dire qu'une fois qu'on aura clarifié la charge de travail je pense qu'il faut s'assurer qu'on donne aussi les rendez-vous aux gens.

Je m'explique. C'est beau, avoir un médecin de famille ou un professionnel de la santé, on va l'appeler comme ça, mais il faut s'assurer qu'on leur sert dans des délais raisonnables. Moi, c'est dans ce sens-là qu'on veut s'assurer... Puis je pense que, l'exemple qu'on entendra, dans les prochaines heures, de ce qu'il se passe à Rimouski, on le voit que les gens ont réussi à augmenter un peu l'offre de services en rendez-vous, pour que les gens puissent être servis dans un délai raisonnable.

Alors, quand vous me dites ne pas vouloir m'occuper des rendez-vous, je ne veux pas m'en occuper, pas plus que je m'en occupais pour la vaccination, mais il y avait des gens qui s'assuraient que nos délais de prise de rendez-vous étaient bien respectés, avec des indicateurs. Mais, inquiétez-vous pas, là, je ne serai pas sur la centrale de rendez-vous, là. Juste pour vous rassurer. Il me reste combien de temps, hein?

Une voix : ...

M. Dubé : Trois minutes. Je veux vous entendre sur... parce que, ça, je pense, on peut aller chercher votre... Vous avez dit : Comment on peut continuer à mobiliser nos médecins pour avoir accès à ces meilleures pratiques-là, là? Je comprends qu'on est peut-être un petit peu en dehors du projet de loi, là. Le député de Rosemont va me dire : Oui, mais ce n'est pas dans le projet de loi. Mais, pour ce que je viens d'expliquer, avoir le bassin de médecins puis, en plus, la prise de rendez-vous, comment on fait pour les mobiliser, les médecins, pour ceux qui le veulent, là, ou ceux qui... d'aller chercher toute cette expertise-là qu'on a entendue, sur l'accès adapté, qui fait que, si elle était appliquée aujourd'hui, on couperait, je ne le sais pas, de moitié, des deux tiers le guichet?

M. Groulx (Antoine) : En fait, il y a, là encore, une science assez solide qui appuie ça, les travaux de... entre autres, un Canadien, sur la valeur des rapports réflexifs ou portraits réflexifs, qui sont très intéressants, pour modérer les gens.

M. Dubé : «Portrait réflexif», ça veut dire quoi, ça?

M. Groulx (Antoine) : C'est un miroir. Quand on donne un miroir de sa pratique à un médecin et à un professionnel dans le sens général, ça lui donne l'option de regarder ce miroir puis dire : Bien, je suis satisfait de ce que je vois, ou, au contraire : Ah! je ne suis pas très satisfait, puis de voir, par exemple, en se comparant avec d'autres collègues ou d'autres milieux, de dire : Bien, je pourrais visiblement faire mieux. Et je pense que ça, votre projet de loi, il ouvre une belle porte à cet égard. Puis c'est ce qu'on nommait, on voit là une ouverture dans le partage des données, de convenir de ce que les données apportent, et ça, c'est clé dans la mobilisation. Lorsque ces données-là sont explicitement vulgarisées, traduites, présentées dans un langage compris par les cliniciens, à partir de là, on peut les faire bouger. Là, ils sont capables de faire la différence entre deux extrêmes : un docteur qui a 2 000 patients, d'un côté, et qui travaille deux jours par semaine, chez qui on pourrait se plaindre qu'on ne voit pas le jour même, et puis, à l'autre extrême, un docteur qui a 200 patients, qui travaille cinq jours semaine en clinique, à suivre ses patients, puis que, malgré tout, prenne beaucoup de temps à voir ses patients. Vous voyez que, là, il y a un déséquilibre, et ce...

• (12 h 40) •

M. Dubé : Là, je comprends mieux.

M. Groulx (Antoine) : ...réflexivité les amènerait ailleurs.

M. Dubé : Mais ça, je vais vous dire, puis on pourra en rediscuter, là, parce qu'on n'est pas à la fin de ce projet de loi là qui est très intéressant, mais on a quand même consulté des experts qui nous ont dit qu'avec leurs connaissances, ils ont fait ça pour l'ensemble du portefeuille québécois, qu'on pourrait à peu près réduire du deux tiers le GAMF, si tout le monde appliquait l'accès adapté. Ça fait que c'est un peu ce que vous dites. C'est gros, là, c'est gros, ce que je dis là.

M. Groulx (Antoine) : En fait, je vous répondrais : Si votre projet de loi fait le travail, je pourrais vous répondre avec conviction. Si, à la fin de l'exercice de mesure des activités des médecins de famille, on réalise qu'il n'en manque pas 1 000, mais qu'il en manque 3 000, je vais avoir envie de vous dire : Bien, tout le monde est probablement accoté, jusque là. Mais, comme vous, on ne peut pas le savoir parce qu'on n'a pas cette information, d'où la valeur qu'on accorde à aller chercher l'information.

M. Dubé : Vous me faites donc plaisir. Vous me faites donc plaisir. Puis, je vais vous dire, l'engagement qu'on a pris, puis, d'ailleurs, on le dit, s'il faut en mettre plus, de médecins de famille, ça sera le plus grand service qu'on aura rendu à la FMOQ d'accepter de partager cette information-là pour se prouver qu'on... peut-être qu'on en

a besoin et, encore plus, d'identifier dans quelle région on en a besoin pour solutionner le problème des PREM. Alors, merci beaucoup pour cette intervention-là, c'est très clair. Merci beaucoup.

Le Président (M. Provençal) : Je vais demander, maintenant, au député de Nelligan de prendre la parole.

M. Dubé : Merci, Mme Wilhelmy, aussi. Merci beaucoup.

M. Derraji : Merci, M. le Président. Merci à vous deux pour la présentation et pour les informations. Je vais commencer avec le dernier point que vous avez évoqué avec M. le ministre, Dr Groulx. C'est que vous insistez sur la qualité des données, la qualité de l'information et qu'au bout de cet exercice... D'ailleurs, je ne sais pas combien de temps va prendre cet exercice, est-ce que c'est un mois, deux mois, trois mois, un an, deux ans? Ça, c'est une autre question que j'aimerais bien que le ministre, la prochaine fois... qu'il nous partage un peu son échéancier pour avoir le portrait. Ce que je trouve intéressant, et j'aimerais bien que vous nous partagiez aussi votre... Vous, ça va bien, d'après ce que je vois, vous vous êtes adaptés, ça roule très bien. On dit : Ça roule en business. Vous avez même un patient partenaire, d'ailleurs, je vais revenir à ce volet un peu plus tard. Pourquoi ça marche, chez vous? C'est quoi, vos clés du succès?

M. Groulx (Antoine) : Bien, écoutez, votre question est excellente. Elle fait écho, finalement, à la cohérence entre ce que l'unité de soutien SSA Québec plaide, d'un côté, hein, l'accès aux données, le partenariat, et, de l'autre, ma pratique comme médecin de famille. Moi, je suis encore en clinique à temps partiel et j'applique, dans mon travail quotidien de médecin de famille, les mêmes principes qu'on valorise du côté de l'unité. En d'autres termes, on analyse des rapports, on analyse nos rapports d'accès, on regarde de façon périodique dans quelle mesure mes patients sont capables de me voir, quand ils appellent — le jour même, dans deux jours à trois jours — on le fait en allant chercher leur rétroaction, à ces patients, leur demander ce miroir du service qu'on leur rend, comment améliorer le service. Moi, mes patients ont mon numéro de téléphone personnel, ils peuvent me joindre, et c'est, en l'occurrence, une excellente façon pour eux de me dire, des fois, que la ligne est difficile à avoir à la clinique, imaginons. Alors, ce reflet-là permet d'optimiser une pratique. Ça se fait comment? Avec des données.

M. Derraji : J'adore ce reflet, docteur Groulx, c'est une très belle image, ce que vous venez de dire et expliquer. Là, je vous posais une autre question. Si on applique votre modèle un peu partout, est-ce que c'est faisable ou bien ça prend des champions comme vous? Moi, je l'appelle un leader transformationnel dans son milieu. Et, si on applique... on duplique le même modèle, est-ce qu'on va voir les mêmes résultats que chez vous? C'est une question hypothétique, mais j'aimerais bien savoir qu'est-ce que vous en pensez.

M. Groulx (Antoine) : Bien, je pourrais y répondre par la science, mais je n'ai pas, malheureusement, les informations pour m'appuyer. De l'expérience, ce que je peux vous dire, c'est que tous les gens avec qui je travaille puis que j'ai eu la chance de travailler sont des gens instruits, intelligents, éveillés, professionnels, quoi qu'on en dise, qui ont une volonté d'améliorer leurs pratiques. Alors, je pense que, oui, tout le monde est prêt à s'améliorer, mais tout le monde doit le faire avec la perception d'être dans un environnement bienveillant, un environnement sain, un environnement protecteur qui les accompagne.

Quand vous parlez de leader, comme le leadership que je peux, moi, essayer et qu'un paquet d'autres cliniciens au Québec ou cliniciennes, essaient d'inculquer, bien, ce leadership mobilisateur, pourquoi ne pas en profiter, pourquoi ne pas profiter de ça? Et c'est une des portes qu'on ouvrirait pour témoigner de ces situations à succès, des situations heureuses, des situations où vraiment, entre guillemets, on répond à ces attentes, des besoins des patients, on répond à ce qu'ils attendent, tout en ayant une vie qui est saine et qui correspond à chacun et chacune. Tout le monde n'est pas pareil non plus, il y a des clientèles qui sont variées, il y a... alors on ne peut pas faire du mur-à-mur là-dedans, ça doit être adapté, mais ça peut l'être.

M. Derraji : Oui, je vous entends, je vous entends. Et la littérature le démontre, c'est que le mur-à-mur, en santé, ça ne marche pas. Il y a des situations qui peuvent marcher, fonctionner, au Lac-Saint-Jean, et ne peuvent pas fonctionner, malheureusement, en Montérégie. Mais, si je vous comprends, je comprends ce que vous venez de dire, est-ce que le projet de loi va changer quelque chose pour vous?

M. Groulx (Antoine) : Bien, en fait, c'est ce que nous ouvrons comme porte. Je pense que le projet de loi, en permettant ou en favorisant d'abord le partage des données avec les gens du terrain, donc localement, ce qui rejoint l'enjeu que vous évoquez d'une réalité au Saguenay qui est différente de celle de Gaspé ou de Montréal, je pense que, là, il y a un pas en avant, clairement. L'appel à la prudence que l'on faisait, à l'unité, c'est de s'assurer de faire ce travail d'extraction et d'analyse de données en concertation avec ces mêmes gens du terrain. Ça, le projet de loi ne le dit pas, mais il y a plusieurs éléments réglementaires qui semblent être à définir, découlant de ce projet. Notre espoir est de pouvoir travailler de concert avec le ministère à améliorer ces éléments réglementaires.

M. Derraji : Oui. Et, Dr Groulx, vous soulevez un point extrêmement important. Au-delà des chiffres, au-delà de l'objectif louable d'aller chercher de la donnée, entre guillemets, la qualité de la donnée, c'est : Qu'est-ce qu'on va faire, après la collecte de données? Parce qu'on peut l'interpréter d'une... qualitativement ou quantitativement. Donc,

qu'est-ce qu'on veut, après? Recruter plus de médecins, recruter plus de professionnels de la santé autres que les médecins? C'est quoi, l'échéancier? Parce qu'au bout de la ligne j'ai ce portrait, mais, si le portrait n'améliore pas la qualité des soins au niveau des patients, j'espère que je ne suis pas en train de perdre mon temps en commission parlementaire.

M. Groulx (Antoine) : En fait, tout à fait. Bien, je vais vous répondre assez simplement, en réitérant ce que j'ai nommé plus tôt. Cet objectif, il va varier selon à qui on s'adresse, aux décisionnaires, aux patientes, aux patients, aux cliniciens, cliniciennes, et en fonction de l'objectif à atteindre, améliorer cette expérience, améliorer le bien être de ses ressources humaines. Alors, pour un décisionnaire, les attentes de M. le ministre ne seront pas les mêmes que pour un clinicien, que pour une patiente partenaire ou que pour un chercheur, par exemple. Alors, je pense que notre idée d'amener ce partenariat et cette concertation est, justement, de trouver des données qui vont répondre à l'ensemble de ces acteurs et actrices du partenariat. C'est ça qu'on préconise.

M. Derraji : Mais vous avez... c'est très, très bien dit. Je peux vous assurer que même les objectifs... on partage pas mal d'objectifs, dans ce projet de loi, et même des objectifs de l'opposition, c'est voir... en tout cas, mes objectifs, l'échéancier, qu'est-ce qu'on va faire avec la qualité de données, et j'ai entendu le ministre tout à l'heure, le nombre de médecins disponibles pour la prise en charge. Moi, j'espère que ce n'est pas juste ça, l'objectif. Le ministre, il est très ambitieux. Je ne veux pas juste avoir le portrait du nombre de médecins. On peut même avoir des scénarios. Le but, c'est que demain on va dire qu'une fois pour toutes on a réglé le problème de l'accès et on ne va plus se ramasser à 1 million de patients québécois qui attendent — moi, je pense que c'est ça, l'objectif — ...un million de patients qui attendent... probablement de la mauvaise façon, utiliser la liste GAMF, ou autre. Mais il faut que les gens rencontrent leurs professionnels de la santé.

J'ai une autre question pour vous, madame, par rapport aux patients partenaires. Vous avez partagé une bonne expérience. Et au Québec, je tiens juste à le dire, ouvrir une parenthèse, on a les meilleurs chercheurs, qui ont travaillé beaucoup sur le patient partenaire. Il y a des modèles à Montréal. On a parlé... il y a le CoMPAS, il y a le modèle de Montréal, qui révolutionnent beaucoup d'autres modèles. Comment on peut, du moment que le ministre nous ouvre cette opportunité et nous donne cette opportunité... comment peut avoir une place, à l'intérieur de ce projet de loi, pour que le patient... Parce qu'hier ça a été très dit, je ne sais pas si vous avez suivi, l'après-midi, hier, le Collège des médecins et ce qu'ils ont dit par rapport au travail des autres professionnels. Le bout qui manquait, hier, vous le complétez aujourd'hui.

Donc, si je vous dis : Là, on parle des médecins, on parle des autres professionnels de la santé, mais là comment on peut arrimer le tout avec un patient partenaire? C'est quoi, vos suggestions?

Mme Wilhelmy (Catherine) : C'est un peu comme... tantôt, je disais : Les patients, ce n'est pas toujours d'un médecin qu'ils ont besoin. Ils ont besoin, des fois, d'autres choses qu'un médecin. Les patients partenaires peuvent être une solution dans l'équation. Il y a certains besoins qui sont non médicaux, non cliniques. Le patient partenaire peut-être... Puis on l'a vu, le projet Parole-Onco, à Montréal, avec Dre Marie-Pascale Pomey. Des patients partenaires qui sont impliqués dans le parcours de soins des patientes atteintes du cancer, c'est des patients qui viennent jouer un rôle de soutien, qui viennent jouer... qui viennent réduire l'angoisse des patients. Il y a des gens...

• (12 h 50) •

M. Derraji : Vous soulevez un point important, et c'est... je faisais référence au professeur Pomey, qui fait un travail exceptionnel au niveau du patient partenaire, même à l'échelle internationale. Vous avez évoqué, tout à l'heure, la communauté de pratiques du patient. O.K., là, on parle de beaucoup de professionnels, et, sérieux, jusqu'à maintenant, je n'ai pas entendu un mot sur le patient, surtout quand ça touche des maladies chroniques qu'on le sait c'est là où le patient a besoin de soutien et d'accompagnement. Il utilise beaucoup les services. Vous avez étudié le projet de loi; où vous voyez la valeur ou l'ajout dans le projet de loi?

Mme Wilhelmy (Catherine) : Bien, d'inclure les patients partenaires. On les appelle... dans le jargon, des patients partenaires, c'est des patients accompagnateurs, de les inclure dans tout ça, dans l'offre, dans l'écoute des besoins des patients. Quand je disais, tantôt : il faudrait que le patient puisse pouvoir cibler de qui il a besoin... Parce que, des fois, ce n'est pas nécessairement d'un médecin de famille. Qu'est-ce que c'est, son besoin? Ça, le projet de loi n'en tient pas nécessairement compte.

M. Derraji : Oui, oui, c'est un bon point, c'est un bon point. Dr Groulx, à la lumière de ce que vous venez d'entendre, et, j'en suis sûr et certain, vous partagez la même chose, dans votre pratique, pouvez-vous partager avec les membres de la commission le rôle du patient partenaire, le rôle de ces communautés de pratique de patients, est-ce que ça a permis de vous libérer plus de temps? Parce que c'est ça, l'objectif. Est-ce que ça vous a aidé à avoir plus de temps sur des patients vulnérables, avec des cas lourds? Et, si vous pouvez chiffrer, hein, l'apport des patients partenaires? Chiffrer, pas en termes de dollars, mais en termes de qualité de temps libre pour faire autre chose.

M. Groulx (Antoine) : Écoutez, à un niveau macroscopique, la communauté de patients et de patientes partenaires dont parle ma collègue est en train d'être mise en oeuvre, mise en place, alors je ne peux malheureusement pas vous donner de rétro sur les impacts qu'elle a pu avoir. Je peux vous dire qu'elle crée une forte mobilisation, par contre, de la communauté citoyenne du Québec, et ça, on en est très fiers, puis on est très fiers de porter ça sous l'égide de l'unité de soutien. Ça, c'est à une échelle macro.

À une échelle beaucoup plus personnelle ou microscopique, je peux vous témoigner que, moi, avoir cherché cette rétroaction sur l'offre de services, donc pas seulement sur les... Les services cliniques, les patients sont... et les patientes ont toujours un peu peur de déplaire à leur médecin en leur donnant une rétroaction douloureuse. Mais, quand on parle d'organisation et d'accès aux services, ah! là, ils sont plus... ils sont beaucoup plus loquaces, ils sont plus enclins à parler. Et je peux vous dire que d'aller chercher des commentaires là-dessus m'a permis, moi, d'être davantage pertinent dans mon offre de services, d'être davantage adapté, d'offrir à l'occasion des services, le soir, pour mes patients qui travaillent, parce que c'était le besoin qu'ils exprimaient. Moi, le jour, je ne peux pas me... bon, c'était avant la pandémie, vous me direz, mais, malgré tout, avec cette idée de pouvoir répondre aux besoins des patientes, des patients. Ce que Mme Wilhelmy expliquait tout à l'heure.

Mme Wilhelmy (Catherine) : Si je peux me permettre, notre collègue, Antoine Boivin, puis ma collègue, Ghislaine Rouly, qui est patiente partenaire dans les soins, c'est une pratique qui est en... ils ont un projet ensemble, c'est ancré concrètement dans la clinique, puis ça a des effets très positifs. Quand on inclut toutes les parties prenantes, incluant le patient, ça amène invariablement des pratiques qui sont très, très, très porteuses puis efficaces.

M. Groulx (Antoine) : Puis je peux aussi nommer... Moi, je suis ravi de voir Mme Wilhelmy à la table, qui a été interpellée par le ministre, par vous, M. le député. Et ça, c'est un autre témoignage d'où elle est, cette place des citoyennes, des citoyens. Bien, elle est aussi en commission parlementaire, elle a sa place, là. Je pense que les projets de loi, quand ils évoluent avec les gens qui sont concernés, tous les gens qui sont concernés, bien, ils ont une chance d'évoluer encore mieux.

M. Derraji : ...

Mme Wilhelmy (Catherine) : ...Pardon.

M. Derraji : Je tiens à vous remercier, vraiment, c'est très pertinent, votre présence. Et, vous savez quoi, l'exemple parfait, c'est : vous êtes les deux, aujourd'hui, en commission, point de vue de clinicien, point de vue d'un patient partenaire. Ça envoie un message très clair aux membres de la commission que nous-mêmes, on doit avoir, dans notre analyse, cet angle à la fois patient et clinicien. Merci à vous deux.

Le Président (M. Provençal) : Merci, M. le député. Je cède maintenant la parole au député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Merci beaucoup, M. le Président. Docteur Groulx, Mme Wilhelmy, merci de votre présentation. Est-ce que vous auriez un texte à nous soumettre? Ou est-ce que vous avez déjà soumis un mémoire?

M. Groulx (Antoine) : On n'a pas soumis de mémoire. Il nous ferait plaisir, si vous le jugez opportun, de vous transmettre l'essentiel des propos qu'on a tenus aujourd'hui, avec plaisir.

M. Arseneau : Ce serait très apprécié. Effectivement, comme le disait mon collègue, c'est fort intéressant d'avoir un premier point de vue citoyen patient, à l'occasion de cette commission parlementaire. Donc, je poserais ma première question à Mme Wilhelmy. Sur la question du guichet, vous avez mentionné qu'il fallait l'élargir à d'autres professionnels de la santé. On a bien compris cela. Vous avez parlé aussi de la façon de pouvoir s'assurer que les liens parentaux puissent être maintenus, donc qu'on puisse avoir accès, pour des raisons logistiques, notamment, au même médecin. C'est pris en note. Est-ce que j'ai bien compris que vous parliez aussi, là, d'une certaine catégorie de patients qui pourraient avoir des problèmes d'accès, par exemple, à Internet? La question de la littératie numérique, est-ce que c'est une de vos préoccupations?

Mme Wilhelmy (Catherine) : Oui, c'est une préoccupation. Ce n'est pas tout le monde... je suis impliquée dans quelques projets de recherche où il y a l'introduction des IPO, en télésanté, toute la capacité des gens à être capables de se connecter, d'utiliser les interfaces Internet, ce n'est pas tout le monde qui est au même niveau là-dedans. Puis des fois ça prend de l'accompagnement pour être capable d'utiliser ça.

M. Arseneau : Une préoccupation qui est tout à fait appropriée. Non seulement il y a la question d'avoir accès aux appareils, mais il y a l'accès au réseau, qui n'est pas encore garanti dans l'ensemble du Québec. Cela dit, vous avez parlé aussi, l'un et l'autre, de l'idée d'avoir des données et partager. Le partage des données, c'est évidemment un élément qui intéresse particulièrement le ministre. Mais vous avez aussi dit : Il faudrait savoir de quelles données il s'agit et à quelles fins on veut les obtenir. Dr Groulx, quelles sont les données qu'il vous semble fondamentale d'avoir et de partager pour, justement, améliorer le système?

M. Groulx (Antoine) : Écoutez, on dispose, au Québec, d'un coffre-fort extraordinaire de données, avec la RAMQ, hein, la Régie de l'assurance maladie du Québec, un coffre-fort riche de données qui, malheureusement, est encore difficile d'accès, aujourd'hui, pour des bonnes raisons, entendons-nous. Mme Wilhelmy a évoqué le souci des patientes, des patients que leurs renseignements de santé soient protégés, mais on dispose aujourd'hui, quand même, de moyens d'anonymiser ces données, de les personnaliser. Alors, là, il y a un coffre-fort massif. L'autre coffre-fort, qui est en construction

depuis maintenant plusieurs années, c'est le Dossier santé Québec, où on trouve des données beaucoup plus cliniques que les données de facturation ou médicoadministratives.

Celui qui est à développer, c'est celui de tout ce qui est dans l'activité clinique. On parle, en première ligne, dans la médecine de famille, des dossiers médicaux électroniques depuis déjà presque 10 ans, on a eu des progrès extrêmement rapides dans cette matière, malheureusement, avec une utilisation très variable de ce dossier pour faire de la donnée. On a des données aujourd'hui qui sont de piètre qualité ou des données qui sont mal saisies. On a même des dossiers électroniques qui sont numérisés, littéralement. Alors, il y a un travail à faire pour mieux saisir la donnée.

Mais, le jour où les cliniciens vont pouvoir profiter de reflets, bien, ils vont peut-être avoir envie davantage de mieux saisir la donnée pour profiter de cet avantage supplémentaire pour les aider dans leur professionnalisme, les aider à améliorer continuellement leurs pratiques. C'est aussi à ça que travaille l'unité, avec des outils de structuration et extraction de données qui ont été développés, d'ailleurs, en marge de nos activités.

M. Arseneau : Sur ce plan-là, j'ai l'impression que même la FMOQ serait d'accord avec vous.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Alors, nous allons compléter cet échange avec Mme la députée d'Iberville.

Mme Samson : Merci, M. le Président. Bonjour, docteur. Bonjour, madame. Madame, vous me rassurez un peu, si j'ai bien compris, que mon idée de consacrer, dans mon bureau de comté, un poste de travail informatique pour les citoyens qui n'ont pas accès à Internet ou qui ne sont pas particulièrement familiers avec les techniques... Moi, j'ai beaucoup de concitoyens, là, qui m'appellent : C'est quoi, ça, Flip Santé, tu sais? Alors là, il faut leur expliquer : C'est Clic Santé. Mais tu sais, là, ce n'est pas évident, là, puis on veut qu'ils se fassent vacciner, mais ils n'ont aucune idée. Alors, moi, j'ai mis un poste de travail qui est consacré à ça, là, les jeunes ne peuvent pas venir jouer des jeux, puis des affaires de même, mais, si quelqu'un a besoin d'un accès Internet pour que ce soit un service de santé, une prise de rendez-vous ou autre, ils peuvent y avoir accès. Alors, je vous remercie, vous me rassurez, je n'étais pas complètement perdue.

Maintenant, j'ai une question de base, parce que moi, je pars de loin, là. Je suis bien bonne dans les services de santé, comme utilisatrice, mais comme experte, pantoute. Une infirmière pivot puis une IPS, c'est-tu pareil, ça? Non?

M. Groulx (Antoine) : Non.

• (13 heures) •

Mme Samson : Ce n'est pas pareil. Mais une infirmière pivot, là, est-ce que ça pourrait être une personne référence? Parce que, je vais vous donner un exemple, un exemple stupide, là, moi, j'ai été opérée, il n'y a pas très longtemps, j'avais 9 médecins spécialistes, au CHUM, qui s'occupaient de mon cas. Je ne savais même plus leurs noms, je ne savais même plus de quel bout du corps ils s'occupaient, tellement il y en avait. Mais l'infirmière pivot, elle, elle leur libérait ça puis elle, elle dirigeait le trafic, elle sauvait beaucoup de temps. Et puis, quand je me suis aperçu, après avoir vu mon congé de l'hôpital, que finalement c'est mon diabète qui ne filait pas, c'est elle qui m'a envoyé à la bonne place. Je n'ai pas dérangé mon neurochirurgien pour avoir un rendez-vous avec un endocrinologue. Donc, ça a été une personne-ressource fort importante. Puis je me demande si cette personne... si ces gens-là qui s'occupent de ces fonctions-là ne pourraient pas être aussi des personnes qui prennent en charge des patients qui ont des maladies chroniques. Question.

M. Groulx (Antoine) : En fait, vous faites écho à ce qui a été nommé tout à l'heure, l'idée du prestataire principal de soins, qui n'est pas nécessairement un médecin, peut être un intervenant pivot. On parle, d'ailleurs, souvent d'intervenants pivots, souvent une infirmière, dans le domaine que vous avez évoqué, mais on pourrait penser autant à un médecin pivot, entre guillemets, qu'à une infirmière pivot, qu'à une travailleuse sociale pivot. Alors, je pense que l'idée est de retenir que, dans le parcours des patientes et des patients, et je suis certain que Mme Wilhelmy pourrait renchérir là-dessus... dans ce parcours, d'avoir des points d'ancrage, des bouées, des phares qui permettent de naviguer, c'est clé, c'est critique, c'est essentiel. Je ne sais pas, Mme Wilhelmy, si...

Mme Wilhelmy (Catherine) : Absolument. Je regarde, tantôt, M. le ministre disait qu'il m'avait vue à l'automne, c'est un projet qui a été initié par moi, un projet de recherche, pour introduire des patients partenaires dans le parcours prédiagnostique du cancer du sein. Les patientes partenaires qui sont impliquées dans ce projet-là sont formées pour pouvoir aider les patients à s'orienter dans le système. Ce que vous disiez tantôt, vous ne savez pas qui fait quoi et qui gère quoi, où, les patientes peuvent faire ça. Les patientes partenaires, ça peut aider, juste soutenir, juste écouter, être un réservoir du trop plein. Puis ça peut donner de l'information, aussi. On est formés correctement pour guider les gens vers la bonne information, plutôt que de s'en aller sur Dr Google. Ça fait qu'en amont de tout ça, oui, il peut y avoir des patients partenaires impliqués dans le parcours.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie beaucoup, docteur Groulx et Mme Wilhelmy, pour votre contribution à nos travaux.

La commission suspend ses travaux jusqu'à 15 heures. Merci beaucoup, beaucoup de votre présence.

(Suspension de la séance à 13 h 02)

(Reprise à 15 h 04)

Le Président (M. Provençal) : À l'ordre, s'il vous plaît! 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 les groupes suivants : la Vérificatrice générale du Québec, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Je souhaite la bienvenue à la Vérificatrice générale, Mme Leclerc, ainsi qu'à M. Fortin. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange. Je vous cède la parole, et merci de votre présence.

Vérificateur général

Mme Leclerc (Guylaine) : Alors, merci, M. le Président. M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, Mmes et MM. les membres de la commission, je vous remercie d'offrir au Vérificateur général du Québec la chance d'exprimer ses commentaires et de répondre à vos questions sur le projet de loi n° 11. Pour l'occasion, je suis accompagnée de M. Alain Fortin, directeur général d'audit.

Nos commentaires sont basés sur les travaux d'audit que nous avons effectués dans le passé, notamment sur notre rapport intitulé *Mesures de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs*, que nous avons publié à l'automne 2020.

D'entrée de jeu, nous constatons que le projet de loi comporte des propositions qui visent à répondre à des recommandations que nous avons formulées dans ce rapport. Toutefois, nous désirons attirer votre attention sur certains aspects qui peuvent influencer l'atteinte des grands objectifs de ce projet de loi, soit l'augmentation de l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et l'amélioration de la gestion de cette offre. J'ai regroupé ces aspects en trois volets : l'inscription auprès d'un médecin de famille, obtention d'un rendez-vous et accès aux données et contrôles.

Comme il est mentionné dans notre rapport de 2020, bien que l'inscription auprès d'un médecin de famille soit une première étape importante pour accéder à un médecin, cela ne permet pas automatiquement d'obtenir l'accès à des services. En effet, l'inscription n'est pas une garantie de la disponibilité des médecins de famille pour rencontrer les patients lorsque cela est requis.

Le projet de loi prévoit que le guichet d'accès à un médecin de famille deviendra la porte d'entrée unique pour l'inscription d'un patient. Cette disposition engendrera probablement une augmentation du nombre de personnes figurant sur la liste d'attente du guichet d'accès.

En effet, une telle obligation incitera toutes les personnes désirant avoir un médecin de famille à s'inscrire au guichet. Dans notre rapport de 2020, nous avons indiqué qu'au 31 décembre 2019, 11 % de la population n'avait pas de médecin de famille et n'était pas inscrite sur la liste d'attente. Le guichet d'accès, comme porte d'entrée unique pour l'inscription d'un patient, permettra au ministère de la Santé et des Services sociaux, le MSSS, d'obtenir un portrait plus juste de la demande, ce qui sera utile pour mieux planifier l'offre de services de première ligne.

En lien avec la planification de l'offre de services, je tiens à mentionner que le projet de loi n'apporte pas de correctif au fait que le MSSS ne dispose pas de donnée précise sur les départs des médecins de famille, information qui serait pourtant pertinente. D'ailleurs, en 2019, la Commission de l'administration publique avait demandé au MSSS un état de situation sur l'accès aux médecins de famille incluant les effectifs d'omnipraticiens actuels et une estimation de ceux-ci pour les cinq prochaines années.

L'inscription au guichet d'accès de toutes les personnes sans médecin de famille est intéressante. Selon des informations que le MSSS nous a fournies à la suite de nos recommandations formulées en 2020, il souhaite permettre aux personnes inscrites sur la liste d'attente du guichet d'obtenir un rendez-vous ponctuel avec des professionnels de la santé. Cela sera effectué via une centrale de triage permettant de mieux orienter le patient. Il est prévu que les demandes des patients seront analysées pour que ceux-ci puissent obtenir un rendez-vous au bon moment et avec le professionnel répondant à leurs besoins. Ce professionnel pourrait être un omnipraticien, mais aussi une infirmière ou tout autre professionnel de la santé.

Dans le cadre de cette initiative, le MSSS désire que les groupes de médecine de famille s'engagent à assurer une offre de services pour les patients inscrits au guichet d'accès de leur territoire. Toutefois, le succès de cette initiative est tributaire notamment de l'efficacité de la centrale à supporter le traitement des demandes de rendez-vous ainsi que de la disponibilité des professionnels de la santé.

En ce qui concerne l'obtention d'un rendez-vous, nos travaux d'audit nous ont amenés à constater ce qui suit : le MSSS a investi plus de 15 millions de dollars dans le système Rendez-vous santé Québec afin de permettre la prise de rendez-vous avec un omnipraticien et de connaître ainsi le délai d'obtention d'un rendez-vous avec un médecin de famille. L'obligation des médecins de famille de se rendre disponibles par l'intermédiaire de ce système, qui était prévue dans le projet de loi n° 20, n'est pas entrée en vigueur en raison d'une entente de principe conclue entre le MSSS et la fédération des omnipraticiens du Québec.

Le projet de loi n° 11 vise la prise d'un rendez-vous auprès d'un omnipraticien via une plateforme et, ultimement, l'évaluation des délais d'obtention d'un rendez-vous, mais en permettant l'utilisation d'autres systèmes sur Rendez-vous santé Québec.

• (15 h 10) •

L'usage de plusieurs systèmes comporte certains risques supplémentaires, notamment la confidentialité, la protection des informations, et peut complexifier la gestion de l'offre de services de première ligne. Dans un rapport que nous avons publié à l'hiver 2017, intitulé *Reddition de comptes d'entités des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation*, nous avons mentionné que la multiplication des systèmes et des banques de données dans le réseau de la santé et des services sociaux pouvait avoir un impact sur la fiabilité de l'information produite par les établissements.

Cette disposition du projet de loi représente une avancée dans la mesure où elle sera définie adéquatement pour que le MSSS puisse obtenir des données complètes et exactes qu'il aura le droit d'utiliser.

Le contenu du ou des règlements qui définiront les exigences à l'égard des données sera déterminant pour assurer une information de gestion de qualité. Or, ce contenu n'est pas soumis à la présente consultation. Par conséquent, nous ne pouvons pas vérifier si ces exigences permettront d'atteindre l'objectif souhaité. Ainsi, nous sommes préoccupés par les éléments suivants : il sera essentiel qu'il y ait un arrimage entre les systèmes afin que les données produites soient de qualité et utilisables. L'intégralité des données sera également importante. Afin d'obtenir une information complète, le MSSS doit avoir notamment accès à toutes les plages horaires de tous les médecins. Il faudra avoir la capacité de vérifier que toutes les plages horaires des médecins sont disponibles dans le système de prise de rendez-vous.

Si ces éléments ne sont pas pris en compte, le MSSS pourrait dépenser plusieurs millions pour aboutir au même résultat qu'avec le santé... Rendez-vous santé Québec, à savoir que le ministère ne dispose pas des informations requises pour la gestion de l'offre de services des omnipraticiens.

Nos travaux de 2020 avaient également démontré que le MSSS n'était pas en mesure de respecter son obligation de publier le délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous avec un médecin omnipraticien. Dans l'éventualité où le MSSS dispose de l'ensemble des informations à cet égard, cette lacune devrait normalement être corrigée. Le ministère serait ainsi en mesure d'évaluer l'atteinte des objectifs de la loi et d'apporter les correctifs nécessaires, s'il y a lieu.

Dans notre rapport de 2020, nous avons mentionné que le MSSS ne disposait pas de donnée significative sur l'efficacité des mesures incitatives visant à améliorer l'accès aux médecins de famille, même si les sommes qui y étaient consacrées annuellement étaient en constante progression et avaient atteint près de 350 millions de dollars pour l'exercice financier 2018-2019.

Nous comprenons que le projet de loi prévoit l'utilisation de systèmes permettant au MSSS d'obtenir des informations utiles pour mesurer l'accès aux médecins de famille et mieux planifier l'offre de services de première ligne.

Il faudrait s'assurer que les modifications qui seront apportées à l'article 65 de la Loi sur l'assurance maladie ne restreindront pas le type d'informations que la Régie de l'assurance maladie du Québec, la RAMQ, est tenue de divulguer à tout établissement et à tout département régional de médecine générale.

D'un côté, on donne accès aux données de la RAMQ à des fins de planification, mais, d'un autre, on supprime un élément rattaché à la rémunération. L'impact de cette suppression soulève un questionnement dans le contexte où des mesures incitatives visant à améliorer l'accès aux médecins de famille sont toujours en vigueur. L'application de ces modifications nécessitera-t-elle une interprétation commune entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, et le MSSS, et la RAMQ? Si aucun consensus n'est obtenu, cela pourrait-il mener à une impasse et rendre l'application de ces modifications impossible?

En conclusion, le projet de loi n° 11 est une continuité du projet de loi n° 20. Il vise entre autres à répondre à des recommandations formulées dans notre rapport de 2020, notamment à celle d'obtenir des données de qualité afin d'évaluer l'accès aux médecins de famille. Cependant, l'entrée en vigueur des articles de la loi découlant du projet de loi n° 20 demeure un préalable. En effet, plusieurs dispositions importantes ne sont toujours pas en vigueur, notamment celles concernant l'obtention d'information auprès de médecins et l'utilisation du système de prise de rendez-vous.

Par ailleurs, le projet de loi n° 11 considère les omnipraticiens comme la porte d'entrée unique des soins de première ligne. La participation d'autres professionnels de la santé n'est pas abordée. Toutefois, comme il a été mentionné dans notre rapport intitulé *Appareils suppléant à une déficience physique*, la réalisation de certains actes médicaux ou tâches administratives par d'autres professionnels de la santé, infirmières, travailleurs sociaux, pourrait faire partie de la solution, ce qui favoriserait l'atteinte de l'objectif ultime : assurer un accès à des services médicaux de première ligne.

Je vous remercie de votre attention, et c'est avec plaisir que je vais répondre à vos questions.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup pour votre présentation. Nous allons initier cette période d'échange avec M. le ministre. M. le ministre, je vous cède la parole.

M. Dubé : Merci beaucoup, M. le Président. Et, encore une fois, Mme Leclerc, bonjour, très content de vous revoir, M. Fortin aussi.

Bien, écoutez, je pense, c'est très, très clair, ce que vous dites. Vous faites beaucoup... je vais peut-être vous demander peut-être quelques précisions, parce que je prenais quelques notes, là, puis vous faites un parallèle, entre autres... Vous faites référence, pardon, à votre rapport de 2020, pour dire, par exemple, comment c'est important de faire un suivi sur les investissements qui ont été faits pour Rendez-vous santé, hein, les montants qui avaient été investis puis qui, malheureusement, n'a pas donné des résultats pour savoir si on a été capable de mesurer les choses. Est-ce que vous croyez, en ce moment... Puis, O.K., peut-être que ma question est plantée, je vais essayer d'être encore plus direct.

Vous comprenez bien que la première partie du projet de loi, c'est pour être capable de mesurer le nombre de médecins de famille qui font de la prise en charge en ce moment, hein, c'est ça. Puis après ça, on parlera des données

de la RAMQ, là, parce que, si on était capable d'avoir les données autrement... Mais, en ce moment, malheureusement, je dirais que la seule façon d'avoir une image globale de ce que font les médecins de famille, c'est de passer par les données de la RAMQ pour avoir une appréciation que les 10 000 médecins font tel ou tel travail, qu'ils travaillent 100 % à la prise en charge ou des fois ailleurs.

Est-ce que cette vision-là que l'on a dans le premier objectif du projet de loi, est-ce que vous croyez, par rapport à ce que vous avez vu jusqu'à maintenant, que c'est important qu'on continue à faire cette demande-là? Parce que c'est un peu comme la base pour être capable de dire : Il est où, notre temps zéro pour être capable de mesurer si on améliore l'offre des médecins. Est-ce que vous me suivez dans ma question?

Puis ça, après ça, on discutera, parce que vous avez fait un commentaire, je reviendrai, sur l'importance d'avoir les données de la RAMQ, puis qu'est-ce qu'on fait avec. Mais, moi, la première question que je vous demande, puis ça, c'est bien important que tous les gens qui questionnent l'opportunité puis l'à-propos du p.l. n° 11, c'est de bien comprendre qu'on veut avoir une mesure temps zéro de combien de professionnels on a qui travaillent à la prise en charge des Québécois. Est-ce que vous êtes d'accord avec ça?

Mme Leclerc (Guylaine) : Ce qu'on a fait en 2020, notre rapport était entre autres de voir dans quelle mesure, bon, le guichet d'accès... quelle était la situation du guichet d'accès. Mais le fait qu'un médecin prenne en charge un patient, on a déterminé, lors de cet audit, que ça ne démontrait pas que le patient pouvait voir son médecin, surtout voir son médecin et dans un laps de temps raisonnable. Ça, c'était une donnée qu'il était totalement impossible d'obtenir. Alors, la façon dont on a regardé, voir, bon, est-ce que les patients semblent avoir une difficulté à rencontrer leur médecin, c'est d'aller aux urgences. Et on a regardé, au niveau des urgences, les P4 et les P5, donc, c'est, par exemple, une entorse, un ongle incarné, bon, ce genre de problème là, dans quelle mesure ces gens-là étaient pris en charge par l'hôpital, O.K., puis dans quelle mesure ils étaient réaffectés dans une clinique ou qui ne restaient pas pour la prise en charge, mais qui s'en allaient, puis ça, il y en avait 25 %. Donc, il y a 25 % des personnes qui allaient à l'urgence, qui étaient prêtes à attendre à l'urgence pour un P4, P5, qui ou bien étaient réaffectées dans une clinique ou bien retournaient chez eux parce qu'ils n'avaient pas été... parce qu'ils considéraient, bien, qu'ils étaient capables ou se soigner ou voir quelqu'un d'autre.

Alors, ça, ça nous a démontré que, bien, il y avait un délai qui était... ce n'était pas acceptable, parce que quelqu'un n'irait pas s'asseoir dans une salle d'urgence s'il était en mesure de rencontrer son médecin. Donc, c'est ce qui nous a fait penser que ces gens-là, bon, bien, ces gens-là qui avaient un médecin de famille auraient dû normalement avoir une entrée auprès de leur médecin ou d'une clinique près de chez eux plutôt que d'aller attendre à l'urgence.

M. Dubé : O.K. Puis c'est très important, ce que vous dites, parce que moi, je dis qu'il y a deux composantes importantes au p.l. n° 11. La première, c'est de mesurer c'est quoi, notre point de départ, combien de médecins qui font de la prise en charge, puis, deux, dans quels délais ils donnent des rendez-vous, hein? Et ce que vous me dites, c'est que vous regardez les deux pour mesurer la performance, ce n'est pas tout d'avoir... Mettons qu'on avait une prise en charge totale, mais que ces gens-là, ça prend six mois avant de voir son médecin, on n'a rien gagné. Et je pense que c'est ça qu'on demande clairement dans notre projet de loi, c'est de s'assurer que non seulement on identifie bien si la prise en charge se fait, mais, si le délai, il est raisonnable, en ayant une vue sur les rendez-vous. On se comprend bien, là, vous, c'est les deux éléments que vous mettez.

Mme Leclerc (Guylaine) : C'est essentiel d'avoir le deuxième élément. Ce n'est pas seulement d'avoir un médecin de famille, c'est d'y avoir accès. Et, d'ailleurs, ça faisait partie des indicateurs dont le MSSS était obligé de mentionner, c'est le délai de temps de rendez-vous. Puis ça, cette information-là, ce n'était pas possible pour le MSSS de pouvoir répondre à cette obligation.

• (15 h 20) •

M. Dubé : Dans la première version, là, qui avait été...

Mme Leclerc (Guylaine) : Ça, c'était dans le projet de loi n° 11, c'est l'article 72. C'est un des, je vous dirais, rares articles qui ont été mis en vigueur, parce que beaucoup d'articles du projet de loi n° 20 n'ont jamais été mis en vigueur, mais ça, c'est un de ceux qui ont été mis en vigueur, mais la donnée n'est pas accessible. Alors, bien que cet article ait été mis en vigueur, bien, le MSSS n'était pas en mesure de pouvoir... je pense, c'était à tous les trois mois qu'il devait faire cette... présenter cette mesure-là, donc il n'était pas en mesure de pouvoir régulièrement présenter cet indicateur-là parce que l'information n'était pas disponible, il n'y avait pas accès.

M. Dubé : Peut-être pour que les gens, là, on va rentrer dans le détail, là, mais, rapidement, c'est que la première version de RVSQ, là, Rendez-vous santé, ne permettait pas de faire cette mesure-là. Alors donc, le... Et c'est pour ça que nous, quand on a regardé comment on pouvait bâtir sur Rendez-vous santé, bien, il a fallu faire des changements importants, parce qu'il fallait mesurer, justement, le délai, parce que c'était une des recommandations que vous faisiez. Est-ce que je...

Mme Leclerc (Guylaine) : Bien, je vous... Vous permettez?

M. Dubé : Allez-y.

Mme Leclerc (Guylaine) : Rendez-vous santé, ce n'est pas tellement qu'il ne le permettait pas, c'est que les médecins n'y ont pas adhéré. Il y en a seulement que...

M. Dubé : Je voulais être poli, là, mais...

Mme Leclerc (Guylaine) : Oui. Alors, c'est pour ça... Et le MSSS n'ayant pas accès aux données de la RAMQ, et les médecins n'ayant pas adhéré à Rendez-vous santé, bien, c'est impossible d'avoir les données.

M. Dubé : Bien, j'apprécie, Mme Leclerc, votre franc-parler, parce que c'est un petit peu pour ça qu'il y a deux composantes à notre projet de loi. La deuxième, c'est de dire... Puis là vous le savez, on a mis des dizaines de millions dans le système, en concordance avec la FMOQ, depuis deux ans, pour mettre à jour ce système-là, mais tant que les médecins ne mettront pas leur disponibilité de rendez-vous dedans, on ne sera pas capable de mesurer le délai que ça prend pour répondre aux patients.

Mme Leclerc (Guylaine) : Et c'est une des préoccupations qu'on a, c'est qu'on avait fait un autre audit auparavant, en 2017, je crois, sur la reddition de comptes, et on s'était rendu compte que différents établissements ont différents systèmes, ce qui fait que, lorsqu'on jumelle tous les systèmes, il y a plusieurs erreurs qui se font. Donc, même si on a un hub, il y a un risque d'erreur important. Et ça, c'est une préoccupation qu'on a dans ce projet de loi là, c'est que les médecins n'utiliseront pas Rendez-vous santé Québec, mais ils vont avoir... vont pouvoir utiliser certains systèmes approuvés par le ministère, mais le fait qu'on ait plusieurs systèmes peut faire en sorte, un, qu'il y a des risques, il y a des risques que ça ne fonctionne pas, il y a des risques d'adhésion, il y a des risques de confidentialité, il y a des risques de bris, il y a des risques que l'information ne soit pas colligée adéquatement et que le hub ne puisse pas suffire. Alors, il y a plusieurs risques.

Donc, est-ce que ça va permettre d'avoir cet indicateur-là qui est très, très important? Ce n'est pas certain qu'on va être en mesure d'y répondre parce qu'on a... Il faut absolument qu'on ait l'information et qui nous vienne... que les médecins entrent la date de rendez-vous, la date... et la date d'accès du médecin.

M. Dubé : Ça, il faut s'assurer de ça, parce que, pour moi, c'est majeur, parce qu'encore une fois, là, vous venez de le dire clairement. Et vous faites un lien, là, avec des mesures qui ont été payées aux médecins de famille, de l'ordre de plus 300 quelques millions, des mesures incitatives pour accélérer la prise en charge mais qui n'ont pas donné de résultat.

Mme Leclerc (Guylaine) : Ça, c'était un de nos constats, c'est que, sur trois ans, entre 2016 et 2019, il y a eu près de 1 milliard de dollars qui a été donné en mesures incitatives, donc pour inciter les médecins à pouvoir prendre plus de patients, puis... Alors, et là ce qu'on voulait s'assurer, c'est que le ministère, c'est son rôle de s'assurer que, bien, en mettant en place des mesures incitatives, bien, ce qu'on a mis en place, ça y répond. Et, étant donné qu'on n'avait pas l'information, le ministère ne l'a pas, on n'est pas en mesure de savoir si les mesures incitatives... En 2019, c'était 365 millions, mais ça croît à chaque année, là, parce qu'il y en a certains que ça se cumule, alors... puis sur une période de trois ans, c'était près de 1 milliard de dollars, mais on n'est pas en mesure de savoir si ces mesures incitatives ont été... ont porté fruit.

M. Dubé : Bien, la seule chose qu'on voit, en ce moment, c'est que le GAMF, le fameux GAMF, le guichet d'accès a augmenté en nombre absolu. Alors, ce n'est pas dans la direction qui était souhaitée, puis on n'est même pas capable de mesurer le délai de réponse, alors que... ni un ni l'autre, là. La prise en charge n'a pas augmenté, et les délais dans la prise de rendez-vous n'ont pas été améliorés.

Mme Leclerc (Guylaine) : Et je... Vous permettez que j'ajoute?

M. Dubé : Bien, certainement.

Mme Leclerc (Guylaine) : On n'a même jamais réussi à atteindre l'objectif qu'on souhaitait obtenir, donc, qui était de 85 %, là. Donc, c'est... tu sais, c'est... effectivement, le guichet augmentait continuellement.

M. Dubé : Bon. Maintenant, sur la question des données de la RAMQ, ça, c'est mon deuxième point. Juste qu'on comprenne bien, parce que je l'ai dit à mes collègues de l'opposition, que le projet était perfectible. Juste qu'on se comprenne bien, parce que, dans votre rôle de vérification, la protection des données, c'est quelque chose de très important. Juste revenir sur le fait que les données que l'on veut de la RAMQ, c'est pour mieux comprendre l'occupation des médecins. Ce n'est pas pour contrôler ce qu'ils font, mais être capable d'apprécier le fait que cette personne-là, dans une région, est-ce qu'elle dévoue 100 % de son temps à la prise en charge ou 25 % à l'urgence. Vous me suivez? Et ça, il faut trouver une façon, pour nous, de trouver ce point de départ là, pour dire : Effectivement, est-ce qu'il y a, je vais dire, sur 10 000 médecins, il y en a peut-être l'équivalent de 7 000 qui font de la prise en charge. Vous me suivez?

Il va falloir que les gens comprennent, puis ça va être le défi, que ce n'est pas... il y a une partie des données de la RAMQ qu'on a besoin, mais on n'a pas besoin de toutes les données de la RAMQ. Puis ça, je pense que, dans

votre crainte de dire : Qu'est-ce qu'on va faire avec ces données-là, bien, on va essayer d'avoir les données accessibles pour être capable de faire cette mesure de gestion là. Est-ce que je suis clair dans...

Mme Leclerc (Guylaine) : Est-ce que je peux préciser?

M. Dubé : Bien, certainement, vous êtes là pour ça.

Mme Leclerc (Guylaine) : Alors, le Vérificateur général, il s'assure de l'utilisation efficace et juste des sommes du public. Alors, pour nous, c'est important que le ministère soit en mesure de contrôler les sommes qui sont versées aux médecins. Donc, il y a deux choses, quand on parle de contrôler, pour moi, contrôler l'argent est essentiel, je veux dire, c'est des sommes, là, c'est plusieurs milliards par année. Contrôler l'acte, c'est une autre histoire. Alors, c'est important qu'on utilise les données pour contrôler les sommes qui sont versées, les incitatifs qui sont... qu'on verse, mais, d'un autre côté, bien, il faut s'assurer de protéger ce qui est l'acte, ce qui est les renseignements personnels des patients. Alors, c'est important de faire une bonne barrière entre les deux, mais le contrôle financier est essentiel.

M. Dubé : Bon. Pourquoi je vous amène là, puis vous faites... Le rôle du député, du député, là, dans son quotidien, là, un de ses rôles, c'est le rôle de contrôle de l'État, hein, puis il s'appuie sur le travail que vous faites, mais un de... Et, en ce moment, malheureusement, les données de la RAMQ, parce qu'on l'a dit, là, plusieurs personnes l'ont dit, les données des DME ne sont pas assez suffisantes, hein, il n'y a pas encore assez d'historique. Alors, malheureusement, le député ne peut pas faire son rôle de contrôle de l'État parce que les données sont rendues disponibles uniquement au ministre pour fins de négociation. Et moi, ce que... Puis j'ai eu accès à ces données-là au cours des derniers mois pour me rendre compte que la charge de travail pouvait être questionnée dans certaines régions.

Alors, je reviens à votre point. Vous dites, vous, dans votre rôle de vérificateur, pour voir si les députés font leur travail de contrôle de l'État, ça va nous prendre ces données-là, mais en autant qu'on s'en serve pour fins de gestion ou de contrôles. Est-ce que je décris bien ce que vous venez de dire?

Mme Leclerc (Guylaine) : Bien, c'est important de contrôler les sommes qui sont versées, et ça fait partie du rôle... en tout cas, je peux parler de mon rôle.

M. Dubé : Votre rôle à vous.

Mme Leclerc (Guylaine) : Vous connaissez mieux votre rôle que le mien, mais c'est le rôle du Vérificateur général de rendre compte, et de s'assurer que les contrôles sont en place, et de présenter son rapport aux députés. Et, après ça, vous, vous avez l'information, puis vous avez l'information par différentes voies, mais le Vérificateur général est une de ces voies-là.

• (15 h 30) •

M. Dubé : Alors, je l'explique, là, Mme Leclerc, parce que...

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

M. Dubé : Oui?

Le Président (M. Provençal) : Vous allez m'excuser, mais votre temps est écoulé.

M. Dubé : Déjà?

Le Président (M. Provençal) : Oui.

M. Dubé : Tellement intéressant.

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

M. Derraji : Je pense, on a eu pas mal de présentations intéressantes, je pense qu'on peut prolonger la commission, M. le ministre, il y a pas mal de choses intéressantes qu'on apprend, hein? Je vais prendre quelques secondes pour vous remercier pour votre excellent travail. Je lis religieusement les rapports que votre institution produit. Merci beaucoup. Vous jouez votre rôle et vous nous aidez à jouer notre rôle en se basant sur des faits et sur des analyses, notamment le dernier rapport que j'ai... je l'ai pas mal interprété, utilisé, par rapport à l'utilisation des fonds publics au niveau de l'aide aux entreprises. Donc, je me permets aujourd'hui, je n'ai jamais eu l'occasion de vous remercier, de remercier... de vous remercier pour votre travail.

Comme toujours, des bons points, des bons points qui me poussent à poser pas mal de questions. Mais, vu le temps que j'ai, je vais aller droit au but. Vous avez mentionné, du moment que votre rôle, c'est suivre l'argent des contribuables investi dans les programmes, donc, au-delà de l'interprétation de ce que le législateur compte faire avec ces programmes, vous avez dit que le MSSS a investi 15 millions de dollars dans le système sans rendez-vous.

Vous avez dit un peu plus tard que l'obligation des médecins de famille de se rendre disponibles par l'intermédiaire de ce système, qui était prévue dans la loi... projet de loi n° 20, n'est pas entrée en vigueur en raison d'une entente de principe conclue entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Là, vous établissez un lien de causalité. Ça veut dire : On n'a pas ça, parce qu'on a signé ça, et on a perdu... les contribuables, ils ont perdu 15 millions de dollars. Est-ce que j'ai bien interprété ce que j'ai devant moi?

Mme Leclerc (Guylaine) : Je ne peux pas vous dire qu'ils ont perdu 15 millions de dollars. Ce que je peux vous dire, c'est qu'ils ont investi 15 millions de dollars dans un système qui était, à l'époque où j'ai publié mon rapport, je pense, était utilisé par 9 % des médecins.

M. Derraji : Ce rapport été publié en 2020?

Mme Leclerc (Guylaine) : 2020, oui.

M. Derraji : Oui. L'entente est arrivée quand?

Une voix : ...

Mme Leclerc (Guylaine) : 2015, l'entente?

M. Derraji : Non. La loi n° 20, la loi n° 20...

Mme Leclerc (Guylaine) : Ah! la loi n° 20. Ah! mon doux...

M. Derraji : Non, non, la loi n° 20, c'est avant, mais l'entente est... En fait, l'entente, si j'ai bien compris, l'entente est arrivée après la loi n° 20, parce que la loi n° 20 demandait l'application.

Des voix : ...

Mme Leclerc (Guylaine) : C'était en juin 2015. Novembre 2014, dépôt du projet de loi n° 20. Juin 2015, signature d'une entente de principe intervenue entre la Fédération des omnipraticiens et le ministère.

M. Derraji : O.K. C'est bon, merci. Après, vous avez dit que vous parlez du projet... le point 12 : «Le projet de loi n° 11 vise la prise d'un rendez-vous auprès d'un omnipraticien via la plateforme... l'évaluation des délais d'obtention d'un rendez-vous, mais en permettant l'utilisation de ce système sans rendez-vous.» Pensez-vous qu'avec ce qu'on a vécu, avec la non-utilisation du système, est-ce qu'on va vraiment améliorer l'accès via la nouvelle plateforme?

Mme Leclerc (Guylaine) : Il faut que les médecins utilisent un système de rendez-vous, un, parce que, là, on n'oblige pas le système de Rendez-vous santé Québec. On dit : Ils peuvent avoir leur propre système. Et de deux, il faut s'assurer que les différents systèmes qui vont aller dans le hub, je ne sais pas comment il va s'appeler, là, mais... va être adéquat que ça va bien se transférer, puis on l'a vu avec... au ministère de la Santé, les informations qui proviennent de différents établissements qui ont différents systèmes, il y a souvent des problèmes de qualité et de quantité. Donc, il faudra s'assurer que la qualité et la quantité demeurent sur place, mais ça devient un... c'est un risque supplémentaire que d'avoir plusieurs systèmes qui vont dans un hub plutôt que d'avoir un seul système, comme c'était prévu à l'origine. Mais la première chose à considérer, c'est qu'il faut que les rendez-vous soient inscrits. Donc, il faut qu'on ait l'information quand un patient souhaite avoir un rendez-vous et c'est quand il est en mesure de voir son médecin.

M. Derraji : C'est excellent. Là, vous venez vraiment au centre du débat du projet de loi n° 11. Là, vous voyez les choses aller. Vous voyez le projet de loi n° 11. Vous avez lu le projet de loi n° 11. Vous avez déjà une bonne lecture des risques. Au-delà de l'objectif, qui est louable, puisque vous le confirmez maintenant, au niveau des rendez-vous, est-ce que le législateur doit faire attention à d'autres enjeux qu'on n'a pas vus? Vous avez fait mention au départ... on a vu que l'automne, à l'époque où on parlait de ce nouveau projet de loi, on a parlé de la conciliation travail-famille, la relève, moins d'inscriptions de médecins en médecine de famille, départs à la retraite, pratique un peu éparpillée, hôpital, CHSLD. Pensez-vous qu'avec ce qu'on a maintenant, la qualité des données ou de la donnée qu'on va avoir va permettre au législateur, vous aussi, parce que vous allez jouer votre rôle d'audit, et le ministère à jouer leur rôle, est-ce que ce qu'on demande, aujourd'hui, à l'intérieur de ce projet de loi, on ne va pas se ramasser l'année prochaine à dire : Écoutez, on aurait dû ajouter ceci ou cela comme indicateur? Est-ce que demain, si vous allez faire votre demande pour analyser et faire votre audit et votre travail, les paramètres qu'on va mettre aujourd'hui vont vous permettre d'analyser vraiment l'argent des contribuables? Est-ce qu'il a été bien investi et s'il a pu atteindre les résultats escomptés pour les patients?

Mme Leclerc (Guylaine) : Je vous dirais que, le ministère de la Santé, la quantité et la qualité des données qui proviennent des établissements, c'est continuellement un défi. Nous, on a fait un audit en 2017 sur la reddition de

comptes et on constatait que la qualité et la quantité n'étaient pas nécessairement là. Donc, ça, ça va demeurer un défi pour le ministère. Vous avez spécifiquement parlé des retraites. Ça, c'est un autre élément qui n'est pas mentionné... dont le ministère n'a pas l'information. Le ministère, au niveau des retraites pour les médecins, il sait que le médecin a pris sa retraite parce que ça fait deux ans qu'il n'a pas facturé. C'est comme ça qu'il sait que... parce qu'il n'y a pas l'information qui lui provient de la régie. Donc, c'est difficile pour le gouvernement, le ministère, de pouvoir planifier pour les prochaines années : Bon, bien, j'ai combien de médecins qui vont sortir de l'université? J'en ai combien qui vont prendre leur retraite? C'est quoi, ma masse active que j'ai?

M. Derraji : Surtout les patients orphelins, parce que, là, un départ à la retraite, ils me laissent, dans la région, beaucoup de patients orphelins. Mais, aujourd'hui, je reviens... désolé, je vous ramène toujours au projet de loi n° 11 parce que je n'ai pas envie de voir un rapport dans un an ou deux ans et je n'ai pas fait mon travail. Je vais... je ne vais pas aimer que je n'aie pas amendé le projet de loi. Est-ce que la qualité des données qu'on a aujourd'hui ou la quantité d'informations qu'on veut avec le projet n° 11 répondent à vous par rapport à faire une bonne analyse et un bon audit?

Mme Leclerc (Guylaine) : Je vais pouvoir faire une analyse, je vais pouvoir faire un audit, mais je ne garantis pas des résultats, parce que c'est tributaire de l'entrée des données. Est-ce que les médecins vont entrer la donnée? Est-ce que les données vont être fiables? Est-ce que les systèmes informatiques vont être adéquats? Est-ce que... Alors, il y a plusieurs éléments. Donc, oui, avec l'information qu'on aurait là, O.K., dans le projet de loi n° 11, comme dans le projet de loi n° 20, à l'époque où, je me souviens, je venais juste d'arriver comme vérificateur général, dans le projet de loi n° 20, on avait prévu une série d'informations qui devaient être disponibles, puis, finalement, ils n'ont pas été mis en vigueur, ces articles-là. Donc là, on arrive dans le projet de loi n° 11... Puis il y a une autre condition. Si le projet de loi n° 11 vient corriger, vient modifier des articles du projet de loi n° 20 qui n'ont pas été mis en vigueur, bien là, ça devient compliqué. Alors, va falloir s'assurer que les articles non en vigueur du projet de loi n° 20 sont mis en vigueur, pour pouvoir les modifier. Alors, votre question est, je vous dirais, assez hypothétique sur le résultat d'un audit que je pourrais faire, parce qu'il y a beaucoup de conditions à répondre avant d'y arriver.

M. Derraji : Oui. Pour moi, je vois... mon rôle en tant que législateur, c'est, justement, voir ces situations hypothétiques, parce que le but, c'est de ne pas se retrouver avec une loi qui va modifier la loi n° 11, qui, elle, va modifier la loi n° 20 parce que la loi n° 20 n'a pas été implantée... sans rentrer dans le détail.

Je vais revenir, avant que vous parliez de la loi n° 20, et les choses qu'on n'a pas été faites, et la loi n° 11, vous avez lié ça à ce qu'on supprime un élément rattaché... d'un côté, on donne accès aux données de la RAMQ à des fins de planification, mais... le point 21, de l'autre, en supprime un élément rattaché à la rémunération. L'impact de cette suppression soulève un questionnement. Est-ce que je peux comprendre maintenant que ce qu'on a vu, par exemple, le départ à la retraite d'un médecin, on s'est rendu compte, deux ans plus tard, parce que les éléments sur la rémunération, je vais utiliser un mot, ils ne partaient pas très rapidement, au bout d'une semaine ou deux... facturation, un mois pour avoir le son de cloche qu'il y a un départ à la retraite. Est-ce que c'est ça, l'enjeu que vous voyez?

• (15 h 40) •

Mme Leclerc (Guylaine) : Non. Bien oui, ça, c'est un enjeu, là, parce que c'est un enjeu si le ministère n'a pas l'information puis la seule façon de savoir qu'il a des médecins qui sont partis à la retraite, c'est parce que, pendant deux ans, ils n'ont pas facturé. Alors, ça, c'est la première chose. Mais, surtout, dans l'article 65 de la Régie de l'assurance maladie, ce qu'on vient modifier, c'est qu'on vient enlever... on dit... on parle des renseignements concernant la rémunération du médecin, mais on enlève le «concernant la rémunération du médecin» puis on ajoute «ou nécessaires à la planification des effectifs médicaux». Ce qu'on est préoccupé, c'est qu'on craint qu'encore une fois... qu'il y ait un débat sur c'est quoi, les éléments nécessaires pour la planification des effectifs médicaux.

Alors, c'est pour ça qu'on dit : L'article 65 devrait être clair et s'assurer que, en enlevant le mot «rémunération d'un médecin» et en ajoutant l'information nécessaire à la planification, qu'on ne vient pas encore mettre en jeu l'application ou le correctif qu'on veut apporter à cet article-là.

M. Derraji : Avec la loi n° 11.

Mme Leclerc (Guylaine) : Oui.

M. Derraji : Merci à vous deux.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup pour cette clarification à la question du député de Nelligan. Maintenant, je vais céder la parole au député de Rosemont.

M. Marissal : Merci, M. le Président. Mme Leclerc, bonjour. Je m'ennuie de vous, j'ai une petite confession à vous faire, depuis que je ne siège plus à la Commission sur les finances publiques. Alors, je suis très content de vous voir.

Je reviens sur la question des médecins qui partent à la retraite. À un moment donné, on se rend compte que leur bureau est vide quand ça fait deux ans qu'on ne les paie plus, ce qui est assez absurde, là, quant à moi. Mais, si on fait un guichet pour que les gens s'inscrivent, à chaque fois qu'un médecin part à la retraite, à moins qu'il avait déjà prévu le coup, puis c'est rare, là, puis qu'il ait élagué tranquillement, là, sa clientèle, là, sa patientèle, j'ai appris ce

mot-là aujourd'hui, puis qu'il l'ait envoyée ailleurs, mais c'est rare qu'il réussisse à le faire, notamment parce que... Il les envoie où? Tu sais, il n'y a pas d'autre médecin. Ça fait qu'il les garde.

Moi, ça m'est arrivé deux fois, là, dans les trois dernières années, que mes médecins partent à la retraite, là, puis là tu te retrouves Gros-Jean comme devant. Puis ils essayaient, là, tu sais, de nous replacer. Puis pas juste moi. Puis moi, je n'étais pas prioritaire. Mais ils n'y arrivent pas parce qu'il n'y en a pas d'autre, médecin.

Ça fait que comment on fait pour s'assurer que... En plus, on s'en rend compte deux ans plus tard. De un, ça, c'est un problème. Puis, de deux, quand ils partent, ils laissent un «backlog», là, passez-moi l'anglicisme, donc un bassin de gens qui ne sont, tout d'un coup, plus couverts. Est-ce qu'on ne devrait pas prévoir un mécanisme? Je sais que c'était prévu dans le projet de loi n° 20, puis qu'on a essayé ça. Ce n'est pas la première fois, là, qu'on considère cette option-là, de dire : Tu ne peux pas partir, puis laisser ton monde derrière, là, il faut que tu les replaces. Comment on fait ça? Parce que ça a été... Comme je vous le dis, c'est un problème récurrent. Comment on peut s'assurer, là, dans un projet de loi, qu'on serait capable d'amender... ou de faire en sorte que ces gens-là ne se retrouvent pas orphelins tout d'un coup?

Mme Leclerc (Guylaine) : C'est certain que ça, c'est le rôle du législateur, alors je ne jouerai pas le rôle du législateur. Ce que je peux vous dire, c'est que, minimalement, le ministère devrait avoir l'information. Si la régie l'a, l'information... quand un médecin prend sa retraite, on a déjà l'information, minimalement, le ministère devrait avoir cette information-là. Et, à partir de cette information-là, le ministère devrait... au moins, il serait en mesure de connaître c'est quoi, sa force active, là, quels sont ceux qui sortent de l'université. Puis, ça, il a l'information, mais combien qu'il y en a qui partent à la retraite, ça, il n'y a pas cette information-là, alors que, minimalement, il y aurait cette information-là. Outre que ça, bien là, je ne suis pas en mesure de répondre, là.

M. Marissal : O.K. Bien, ce serait une préoccupation, assurément.

Je déborde un peu, mais vous allez voir pourquoi je vous pose la question, là. Il y a à peu près neuf mois, neuf, 10 mois, ou un peu moins, peut-être, vous aviez indiqué que vous lanciez une grande enquête, un grand audit, en fait, je devrais dire, là, sur les dépenses faites dans le cadre de l'urgence sanitaire. À l'époque, c'était 21 milliards de dollars. Ça, c'est avril dernier. Vous aviez prévu finir ça, ou, en tout cas, c'est ce qui avait été rapporté dans les médias en automne 2022. Êtes-vous toujours sur ce calendrier-là? Et est-ce que vous touchez... Je comprends qu'il y a une question de confidentialité dans ce que vous faites, là, mais est-ce que vous touchez certains dossiers qui ont été... contrats qui ont été donnés par le ministère, notamment le fameux hub?

Le Président (M. Provençal) : Par politesse, je vous demanderais une réponse très rapide, parce que je pense qu'on vient de déborder un petit peu du p.l. n° 11. Mais, rapidement, par respect pour le collègue de Rosemont.

Mme Leclerc (Guylaine) : Oui. On avait fait... On avait prévu faire plusieurs mandats, O.K., dont au niveau des investissements, qu'on a publié, d'ailleurs, au niveau des chirurgies, le délai dans les chirurgies, qu'on a dû reporter, parce que, là, le ministère de la Santé, c'était... on ne voulait pas être plus une nuisance qu'aidants, donc on a reporté. On va publier, au printemps, les équipements de protection individuelle, ÉPI, là. Alors, on suit notre plan de match, sauf pour les délais chirurgicaux, qu'on a dû tasser, là, parce qu'au ministère ça n'arrivait pas, là, au bout, ce n'était pas possible.

Le Président (M. Provençal) : Alors, je vous invite, de toute façon, à faire un suivi avec le député, parce que ça déborde un petit peu. Et là je vais céder la parole au député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Merci beaucoup, M. le Président. Je crois avoir entendu le ministre, tout à l'heure, dire que, pour mieux exercer notre rôle de député, il fallait avoir les données, mais je n'ai pas vu, dans le projet de loi n° 11, qu'on aurait accès à ces données-là. Mais c'était plutôt le ministre. Il va falloir qu'on ait des explications là-dessus, éventuellement, là. Je ne pensais pas que les données qui étaient fournies seraient fournies éventuellement par la RAMQ, seraient disponibles à tout un chacun ou à tous les députés. Mais j'y reviendrai.

Vous émettez des doutes sur la capacité du rôle ou de la capacité de l'orchestrateur de pouvoir gérer différents systèmes. Ça, c'est une des questions... Mais c'est plutôt informatique ou technique. Je comprends que ce n'est pas une question, là, de données, c'est une question de technologie.

Mme Leclerc (Guylaine) : C'est ça. C'est que, plus on ajoute les systèmes... Premièrement, il y a l'adhésion, hein, des personnes à entrer une information exacte et intégrable dans le système. Et, après ça, la problématique, c'est : si on a plusieurs systèmes, bien, d'avoir un hub qui va s'assurer que toute l'information est colligée adéquatement. C'est un risque qui est important.

M. Arseneau : D'accord, vous avez parlé aussi de plusieurs articles de la loi n° 20, là, qui n'ont pas été mis en oeuvre. Je vais simplifier, synthétiser, là. Est-ce que je comprends bien que ce que vous nous dites essentiellement, c'est que le projet de loi n° 11 n'atteindra pas ses objectifs si le projet de loi n° 20, à peu près dans son intégralité, ou, du moins, les articles qui n'ont pas été mis en oeuvre ne le sont pas?

Mme Leclerc (Guylaine) : Bien, le projet de loi n° 11 vient modifier cinq articles du projet de loi n° 20, dont quatre n'ont pas été mis... voyons, c'est quoi, le terme?

Des voix : Mis en vigueur.

Mme Leclerc (Guylaine) : Mis en vigueur.

M. Arseneau : En vigueur.

Mme Leclerc (Guylaine) : Et celui qui a été mis en vigueur, c'est l'article 72. Puis, dans l'article 72, on dit qu'entre autres le ministère va devoir donner de l'information sur le délai d'un rendez-vous. Donc, le seul qui a mis ça en vigueur, bien, il n'y a pas les données pour le faire, en partie, là, dedans. Alors, c'est pour ça qu'on dit : Bien là, je ne le sais pas, là, tu sais, comment on va réussir à appliquer le projet de loi n° 11 qui réfère à ces articles-là, qui ne sont pas en vigueur, puis le seul qui est en vigueur, bien, on n'a pas l'information. Donc, je...

M. Arseneau : O.K., Questionnement de côté, là, d'accord. Puis j'ai une petite dernière question. Je ne sais pas si vous pourrez y répondre dans une... quelques secondes. Mais 1 milliard d'incitatifs, 1 milliard d'argent, là, d'incitatifs, puis on ne voit pas les résultats, j'essaie de comprendre, puis les Québécois, qui nous écoutent... Comment peut-on verser de façon inconditionnelle 1 milliard de dollars à des gens d'une catégorie d'emploi sans avoir des garanties? Quand on fait du temps supplémentaire au travail, on fait d'abord nos heures supplémentaires, puis ensuite on est payé pour. Comment ça fonctionne pour que les médecins aient de l'argent sans qu'on puisse savoir s'ils ont travaillé pour l'obtenir?

Mme Leclerc (Guylaine) : Je ne dis pas qu'ils n'ont pas travaillé pour l'obtenir.

M. Arseneau : ...

Mme Leclerc (Guylaine) : Mon point est de dire : On a donné des incitatifs dans un objectif et on n'est pas en mesure de mesurer si l'objectif est atteint. Parce que, par exemple, on va dire : Le médecin doit rencontrer, minimalement, à l'intérieur de trois ans, un patient, O.K., donc il y a incitatif pour cet élément-là. Mais le fait de... est-ce que le patient, ça lui a pris un an avant de réussir à voir... est-ce qu'il avait besoin de le voir quatre fois dans ces trois ans-là ou s'il avait juste besoin de le voir une fois? On n'est pas en mesure d'avoir cette information-là. Donc, c'est pour ça que je dis que l'indicateur qui permettrait de savoir si on a atteint l'objectif... On ne le sait pas. Donc, on a versé les incitatifs sans savoir si l'objectif a été atteint. Mais les heures qui ont été travaillées ou le temps, l'acte qui a été posé par le médecin, on ne le met pas en doute.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie. Je cède la parole à la députée d'Iberville.

Mme Samson : Merci, merci. Bonjour. Mme Leclerc, là, vous allez me corriger, là, mais, de ce que j'en déduis, là, c'est que le projet de loi n° 11, c'est le projet de loi n° 20 sans les pénalités qui venaient avec le projet de loi n° 20.

Mme Leclerc (Guylaine) : Le projet de loi n° 11 ne prévoit pas de pénalité. Et les pénalités, dans le projet de loi n° 20, ça n'a pas été mis en vigueur.

Mme Samson : Donc, c'est un voeu pieux qui découle du projet de loi n° 20, mais sans implanter le projet de loi n° 20.

Mme Leclerc (Guylaine) : Bien, ce qu'on dit, ce qu'on va venir corriger cinq articles du projet de loi n° 20, puis, de ces cinq articles, il y en a quatre qui ne sont pas mis en vigueur.

• (15 h 50) •

Mme Samson : Et, si on les avait mis en vigueur, aurions-nous besoin de projets de loi n° 11?

Mme Leclerc (Guylaine) : Ah bien! Là, il faudrait que je fasse une analyse très, très détaillée, là. Mais je... disons qu'à l'époque, le projet de loi n° 20, on avait déposé un rapport sur les GMF et, à l'époque, le projet de loi n° 20 répondait en partie à nos préoccupations. Mais, finalement, les articles n'ont jamais été mis en vigueur, donc ça n'a pas répondu.

Mme Samson : Mais, si ça avait été le cas, je me demande, si ça avait été le cas, si aujourd'hui on serait en train de discuter du p.l. n° 11.

Mme Leclerc (Guylaine) : Je ne suis pas en mesure de répondre. Il faudrait que je fasse une analyse plus détaillée.

Mme Samson : O.K. Mais c'est une bonne question à se poser.

Mme Leclerc (Guylaine) : Oui.

Mme Samson : Merci, Mme Leclerc. C'est tout pour moi, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Alors, je vous remercie beaucoup pour votre contribution à l'avancement de nos travaux.

Je vais suspendre pour donner place au prochain groupe par visioconférence. Merci beaucoup, beaucoup de vous être déplacés. Très apprécié.

(Suspension de la séance à 15 h 52)

(Reprise à 15 h 59)

M. Provençal : Nous reprenons nos travaux. Je souhaite la bienvenue à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, dont les représentants, M. Morin, M. Bourcier, sont présents.

Vous disposez de 10 minutes pour votre présentation, et, par la suite, nous aurons un échange avec les différents membres de la commission. Alors, je vous cède la parole pour les 10 prochaines minutes.

Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)

M. Morin (Benoît) : Merci beaucoup. Mesdames, messieurs, M. le Président, membres de la Commission, M. le ministre, mon nom est Benoit Morin, président de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Je suis accompagné de M. Jean Bourcier, vice-président exécutif et directeur général de l'AQPP.

L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires est la seule association qui représente les pharmaciens propriétaires du Québec auprès des organismes officiels et du gouvernement. Elle regroupe, donc, les 2 036 pharmaciens et pharmaciennes propriétaires des 1 912 pharmacies du Québec, qu'ils soient affiliés ou non à une chaîne ou une bannière commerciale. Employant plus de 45 000 personnes, la pharmacie communautaire constitue l'un des plus importants employeurs privés du Québec. Plus de 1 million de consultations sont effectuées en pharmacie chaque semaine, ce qui fait du pharmacien l'un des professionnels de la santé les plus accessibles.

• (16 heures) •

D'entrée de jeu, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires tient à saluer la volonté du gouvernement de trouver des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins de première ligne pour la population québécoise. Selon nous, tout ce qui pourra contribuer à améliorer la première ligne de soins est une bonne nouvelle pour les patients et pour notre société. Et nous sommes en faveur de toute démarche qui favorise la collaboration interprofessionnelle et qui intègre les pharmaciens dans la solution, parce que nous sommes présents en première ligne de soins et, de fait, nous sommes littéralement sur la ligne de front.

Nous avons, toutefois, quelques commentaires à formuler sur certains points du projet de loi, et je vais laisser à Jean Bourcier vous en faire part dans quelques instants. Mais, tout d'abord, permettez-moi de brosser un bref portrait de l'évolution de la profession de pharmacien, particulièrement depuis le début de la pandémie.

Les pharmaciens sont des professionnels dont la place, au sein de l'écosystème de la santé, pardon, au Québec est incontournable. Pourtant, il y a quelques années à peine, ce rôle, particulièrement au sein de la première ligne de soins, était loin d'être reconnu à sa juste valeur. C'est ainsi que l'AQPP, à force de représentations auprès des gouvernements, et ses membres, grâce à leur engagement, ont été en mesure de démontrer que les pharmaciens pouvaient en faire plus pour leurs patients.

Et l'adoption successive des projets de loi n° 41 et n° 31 ont été déterminants dans l'évolution de notre profession. Ces deux projets de loi ont permis l'ajout de plusieurs nouveaux actes consentis aux pharmaciens, comme la prolongation de certains traitements, la prescription de médicaments pour certaines conditions mineures et la vaccination, pour ne nommer que ceux-là. En rétrospective, on peut dire que ces ajouts étaient nécessaires, même chose pour l'abolition des frais de franchise et de coassurance que le gouvernement exigeaient des patients pour les services cliniques exécutés en pharmacie. On se souviendra qu'il n'y a pas si longtemps il fallait payer pour des services cliniques offerts en pharmacie, alors que ces mêmes services étaient gratuits chez tous les autres professionnels de la santé. Je vous félicite, M. le ministre, d'avoir éliminé ces frais pour les patients.

Ces quelques gestes législatifs et réglementaires ont permis aux pharmaciens de jouer un rôle central dans la première ligne de soins. Ils ont fait la démonstration de l'importance de consulter le bon professionnel au bon endroit, au bon moment, un concept qui devrait être là à la base de notre système de santé quand il est question de la première ligne de soins. Nous y reviendrons un peu plus tard.

Depuis le début de la pandémie, avec l'ajout des activités cliniques liées aux projets de loi n° 41 et n° 31, la pandémie de COVID-19 a été, en quelque sorte, un catalyseur dans l'évolution de notre rôle comme pharmaciens. L'engagement que nos membres ont démontré en participant aux diverses mesures mises en place pour combattre cette pandémie a sans aucun doute contribué, de manière déterminante, à la lutte contre la COVID-19. Cet engagement sans relâche a permis l'administration de plus de 1,6 million de doses de vaccin contre la COVID-19, sans, bien sûr, compter la vaccination contre l'influenza, la distribution de 13 millions de tests rapides à ce jour et, plus récemment, la gestion du Paxlovid, l'antiviral prescrit pour traiter la COVID et prévenir les complications.

Depuis le début de la pandémie, nos membres ont fait preuve d'énormément de résilience. Notre objectif était de continuer à accueillir nos patients, malgré la situation difficile, et d'éviter toute rupture de service. Mais ce que la pandémie a démontré, c'est que les pharmaciens peuvent en faire plus et veulent en faire plus. Selon nous, d'autres conditions mineures pourraient être prises en charge par les pharmaciens et être ajoutées à la liste des actes

cliniques qui nous sont consentis. Je pense aussi à l'ajustement des doses, par exemple, pour un trouble de déficit de l'attention ou la prise en charge des clientèles qui abusent des médicaments, surtout dans le contexte de la crise des opioïdes. Nous pourrions même offrir un service de référence pour les urgences, une forme de gestion des patients qui n'ont peut-être pas besoin de se rendre à l'hôpital.

On est déjà au front, et les gens viennent nous voir pour des problématiques aiguës de leur santé. D'ailleurs, dans nos négociations actuelles avec le MSSS, qui portent entre autres sur le nouveau mode de rémunération, la question de l'ajout de nouveaux actes est présentement discutée, et nous souhaitons, d'ailleurs, que ces négociations puissent se conclure rapidement. Je cède maintenant la parole à Jean.

M. Bourcier (Jean) : Merci, Benoit. Bonjour à tous. On va se pencher maintenant sur certains points du projet de loi n° 11. Bien, l'AQPP, d'abord, trouve intéressante l'idée de recourir à un système centralisé pour l'inscription des patients, la prise de rendez-vous. On a été en mesure de constater avec Clic Santé qu'un tel système pouvait très bien fonctionner. L'AQPP, en ce sens, souhaiterait que les fonctionnalités d'un nouveau système soient pleinement accessibles aux pharmaciens, à ses membres, comme c'est le cas pour la gestion des rendez-vous actuellement dans la vaccination... de vaccination dans Clic Santé.

Dans un contexte d'optimisation des soins de première ligne et des services de santé en général, un tel accès est essentiel pour les pharmaciens et leurs équipes, que ce soit pour la transmission de l'information, pour l'accès à des informations sur les patients et les professionnels ou pour la prise de rendez-vous.

Tout système qui serait mis en place, pour nous, c'est essentiel qu'on s'assure de sélectionner une solution qui pourrait s'interfacer, les interfaces sont importantes, avec aisance et sans grands frais, aux systèmes d'interface... aux systèmes disponibles en pharmacie. Nos membres doivent souvent composer avec différents systèmes et différentes applications qui ne peuvent malheureusement pas communiquer entre eux parce que les interfaces requises sont inexistantes ou coûtent très cher à développer. Il en résulte inévitablement un alourdissement de leur fardeau administratif et avec comme conséquence moins de temps consacré à servir leurs patients.

Puis, ça, je vous dirais, ça s'applique à tous les professionnels de la santé, là. Tout système qui se mettra en place pour une prise de rendez-vous centralisée et dont les... auquel le professionnel de la santé aura accès devrait pouvoir s'interfacer avec les systèmes de dossiers patients qui sont présents dans les pharmacies, dans des cliniques médicales ou ailleurs. Donc, une interface efficace avec les systèmes existants est, donc, une nécessité si on veut vraiment atteindre les objectifs d'optimisation de la première ligne de soins.

Le fardeau administratif des pharmaciens et des professionnels de la santé en général, mais parlons des pharmaciens, a augmenté de façon très, très significative au cours des dernières années, ce qui fait en sorte que rajouter un fardeau administratif avec un système qui n'aurait pas d'interface possible, bien, ça devient compliqué. On l'a vu avec Clic Santé, qui est un bon système, mais où il fallait rentrer de l'information dans le dossier patient, dans le registre de vaccination, puis utiliser Clic Santé au travers de ça.

Bien que ce ne soit pas le sujet du projet de loi, une collaboration interprofessionnelle efficace est à la base de la réussite de son implantation. On tient ici à souligner que nous collaborons quotidiennement, évidemment, avec des médecins et plusieurs autres professionnels de la santé, et nos relations sont excellentes avec tous les professionnels de la santé. L'AQPP souhaite, donc, qu'il y ait une optimisation de la collaboration interprofessionnelle au travers des systèmes en assurant une reconnaissance des expertises respectives et la mise en valeur de façon adéquate de ces expertises-là. C'est important de s'assurer que chaque professionnel soit adéquatement sollicité de manière à éviter qu'un patient soit ballotté d'un endroit à l'autre dans le système de santé puis qu'il puisse... qu'il ne s'y retrouve pas, en fait.

Les différents professionnels doivent pouvoir collaborer et compter sur leurs compétences respectives et complémentaires. La réussite de cette collaboration, bien, elle va avoir nécessairement un impact positif sur le fonctionnement du réseau de la santé.

Donc, pour l'AQPP, il est essentiel que des corridors de soins puissent être mis en place. Par exemple, un pharmacien qui est consulté par un patient qui présente une condition devant être soumise à l'expertise d'un médecin devrait pouvoir accéder à la plateforme et obtenir un rendez-vous pour ce patient.

On est aussi d'avis que les patients devraient être orientés directement vers le professionnel le plus en mesure de répondre à leur condition le plus facilement et le plus rapidement possible. Cette façon de faire éviterait que beaucoup de patients se retrouvent aux urgences des hôpitaux, un endroit qui devrait être réservé aux cas les plus sévères ou nécessitant les services des professionnels qui s'y trouvent. Ça rejoint, d'ailleurs, ce que Benoit mentionnait plus tôt, quand il parlait du concept du bon professionnel au bon endroit, au bon moment, concept, là, d'ailleurs, qui a été repris par de multiples intervenants, là, à la commission.

Nous tenons, d'ailleurs, à souligner le projet pilote mis de l'avant par le CISSS du Bas-Saint-Laurent, là. Vous le connaissez, ce projet-là, c'est un... L'établissement a mis en place un guichet d'accès de première ligne afin de trier les appels des patients orphelins. Le résultat de ça, c'est qu'un patient sur deux n'a pas eu besoin d'être vu par un médecin, il a plutôt été redirigé vers une infirmière ou un pharmacien. L'AQPP salue, donc, ce genre d'initiative qui favorise, encore une fois, la collaboration interprofessionnelle. On aimerait évidemment voir ce type d'initiative se multiplier.

Donc, je cède la parole à Benoit pour la conclusion.

Le Président (M. Provençal) : Je vous... Je m'excuse, mais le temps est terminé, à moins que M. le...

M. Dubé : Ah! je peux laisser M. Morin conclure, il n'y a pas de problème.

Le Président (M. Provençal) : Merci, M. le ministre. Alors, M. Morin.

• (16 h 10) •

M. Morin (Benoit) : Merci à M. le ministre. Pour nous, il est impératif et urgent d'améliorer l'accessibilité en première ligne. Tous les jours, nous sommes témoins dans nos officines des cas de patients vulnérables et malades qui abandonnent, qui refusent de se rendre à l'hôpital ou de consulter parce que la démarche est au-dessus de leurs forces et que l'accès leur paraît impossible. Pour nous, c'est inacceptable. On assiste à un phénomène de résignation de nos patients les plus vulnérables, et ça, ça devrait tous nous mobiliser.

Le réseau de la santé est riche de professionnels qui peuvent aider à décentraliser les soins. Les pharmaciens en font partie. Ainsi, toute modification aux façons de faire actuelles qui favoriserait l'efficacité et la rapidité d'accès aux soins de première ligne pour les patients ainsi que l'alignement vers le bon professionnel, au bon endroit, au bon moment, sera bienvenue.

Enfin, s'il y a une chose positive qui est ressortie de la pandémie, c'est qu'il existe une porte d'entrée, ouvert 24 heures... dans certains cas, 24 heures sur 24, sept jours par semaine, souvent sept soirs par semaine, et c'est la pharmacie communautaire. Je vous remercie, et on est disponible pour répondre à vos questions.

Le Président (M. Provençal) : Merci à vous deux pour votre présentation. Alors, M. le ministre, maintenant, à vous d'initier cette période d'échange.

M. Dubé : Très bien. Alors, merci, M. le Président. M. Morin, M. Bourcier, toujours un plaisir de vous voir. Merci beaucoup d'être là aujourd'hui. Puis je pense que les... Je vais me faire le porte-parole de plusieurs Québécois pour... vous l'avez mentionné, mais remercier la contribution des pharmaciens communautaires au cours des deux dernières années, pas que vous ne l'avez pas fait avant, mais elle a été exemplaire, je dirais, au cours des deux dernières années, puis je pense que c'est important de le dire.

Et, lorsque vous me parlez de résignation des plus vulnérables que vous voyez dans vos pharmacies, moi, ça, ça vient me chercher, parce que vous l'avez vu, là, comment ça a été difficile, la pandémie, puis comment les gens peuvent maintenant profiter de cet élargissement-là des fonctions de votre profession. Et je dois saluer le travail de cette dame qui m'a précédé, Mme McCann, lorsqu'elle a mis en place p.l. n° 41, p.l. n° 31 pour, justement, être capable d'élargir vos services.

Et ça, je veux juste préciser pour les Québécois qui nous écoutent, parce que souvent je me fais poser la question depuis pas mal... pas mal souvent depuis les deux derniers jours, les gens disent : Mais pourquoi p.l. n° 11 ne nous parle pas d'interdisciplinarité? Mais on a déjà réglé le cas des pharmaciens. Vous pouvez dire qu'on peut aller plus loin. Ça, je suis d'accord avec vous qu'il faudrait aller encore plus loin, mais ça, ça peut être un projet de loi séparé. D'ailleurs, c'est dans votre négociation de... vous l'avez bien dit, de mode de rémunération. Mais il faut se concentrer, en ce moment, parce qu'essayer de tout faire dans un projet de loi, on ne va rien faire. Là, on essaie de se concentrer... On a dit... On a fait des grandes avancées avec les pharmaciens. On a fait des grandes avancées avec les IPS. Et là on veut faire des avancées avec les médecins, on se concentre sur les médecins.

L'interdisciplinarité, on n'a pas besoin d'un projet de loi pour ça, on a juste besoin de faire travailler les gens ensemble, on n'a pas besoin d'un projet de loi. Puis, ça, vous êtes d'accord avec ça, parce que, ça, pour moi, c'est majeur. Alors, quand j'entends que le projet de loi n° 11 n'adresse pas l'interdisciplinarité, on n'a pas besoin d'un projet de loi pour ça. Je veux juste qu'on se comprenne bien. Bon.

Quand... Ce que je trouve intéressant, puis là je vais aller dans le fait parce que je trouve que des fois le temps passe très vite, service centralisé. Vous avez donné... En tout cas, ça me fait chaud au coeur, vous m'avez dit : Clic Santé, c'était non seulement un lien où le Québécois pouvait prendre un rendez-vous dans un centre de vaccination, mais on a réussi, puis il y a eu quelques pirouettes au début, mais à connecter Clic Santé avec les pharmacies.

Bon, je veux juste vous entendre, quand vous dites, là, qu'on pourrait avoir cette même façon-là de mieux travailler avec vous pour une prise de rendez-vous, vous voyez un peu le même parallèle, vous avez parlé d'interface. Je ne veux pas perdre tout le monde avec ça, là, mais il y a sûrement des améliorations au processus qu'on a fait, parce que c'était quand même la première fois que ça se faisait, ça s'est peut-être fait pour l'influenza, mais qu'est-ce que vous reprenez de l'expérience de la vaccination? Est-ce que, pour vous, on peut continuer de l'améliorer pour avoir, je dirais, un continuum de rendez-vous plus facile avec le pharmacien? Je voudrais juste vous entendre rapidement là-dessus.

M. Morin (Benoit) : Oui, rapidement, il y a deux éléments importants dans ça, là. Le premier, c'est que oui, parfois, on soigne des patients avec des conditions mineures ou... Je vous donne un exemple facile, on les traite pour le zona, mais ils doivent voir un médecin dans les 48 heures, et là c'est le parcours du combattant, parfois, pour avoir ce rendez-vous-là. Donc, si on avait accès à des plages de rendez-vous, ça serait fantastique, parce qu'on pourrait orienter tout de suite le patient vers le suivi.

L'autre chose avec Clic Santé, c'est...

M. Dubé : ...juste vous interrompre là-dessus, M. Morin. Dans le Bas-Saint-Laurent, là, ce qu'on appelle le projet de Rimouski, là, que le monde commence à connaître, comment vous la faites, cette interface-là, quand vous avez besoin de faire un continuum de soins pour un problème de zona, là? Parce qu'il y a cette collaboration-là. Est-ce que ça se fait par une prise de rendez-vous?

M. Morin (Benoit) : Ça se fait par un suivi, oui, par une prise de rendez-vous, parce que le pharmacien avait un accès privilégié au médecin ou à ses plages de rendez-vous, effectivement, ce qui n'est pas le cas nécessairement partout actuellement.

M. Dubé : Bon, parce qu'une des particularités, c'est le triage. Ça, je pense qu'on en a parlé. Mais vous dites que, vous, comme pharmacien, les médecins locaux du Bas-Saint-Laurent, de Rimouski, Rivière-du-Loup réservent une partie de leur plage horaire pour que le pharmacien puisse prendre un rendez-vous au nom de son patient pour des choses comme, par exemple, accélérer un rendez-vous pour un zona ou quelque chose comme ça. Est-ce que je comprends bien?

M. Morin (Benoit) : Bien, vous comprenez bien, puis je dirais... je vous dirais que c'est essentiel. Parce que, même si au triage on me réfère un patient, et avec mon expertise, je vois que ce patient-là a un drapeau rouge et nécessite quand même de voir un médecin, il ne faut pas qu'il se retrouve dans un cul-de-sac, là. Ça nous prend une façon de référer ce patient-là, et pas nécessairement à l'urgence ou à la seule place disponible, mais plutôt au bon professionnel, encore une fois.

M. Dubé : Et ça, cette prise de rendez-vous là qui est tellement importante, parce que c'est ça, le problème, c'est l'accessibilité, est-ce qu'il y a eu besoin d'avoir un lien informatique ou ça se fait par le téléphone? Je suis juste curieux de vous entendre, parce qu'on va les rencontrer demain, je pense, les gens de Rimouski, là.

M. Morin (Benoit) : Ah! je n'ai pas la connaissance de ce détail-là.

M. Dubé : O.K., bien, je le vérifierai demain.

M. Morin (Benoit) : Je ne sais pas si Jean l'a, moi, je ne l'ai pas.

M. Dubé : O.K., mais je pourrai le vérifier demain.

M. Bourcier (Jean) : De mémoire, ça se fait par téléphone.

M. Dubé : Ça se fait par téléphone puis... Oui. O.K.

M. Bourcier (Jean) : De mémoire.

M. Dubé : Je veux revenir sur... Quand vous appelez le corridor de soins, là, pour que les gens comprennent bien, parce que vous avez des fois des terminologies que... Qu'est-ce que vous voulez dire par ça, quand vous avez parlé de la collaboration interprofessionnelle, corridor de soins? Est-ce que c'est l'exemple du pharmacien avec un... avec, par exemple, une clinique pour aller prendre un rendez-vous plus rapidement? C'est quoi que vous voulez dire par ça, juste pour que...

M. Morin (Benoit) : Bien, ça peut être avec un médecin pour prendre un rendez-vous plus rapidement, référer le patient. Ça peut être aussi un corridor avec l'urgence au moment où on voit un drapeau rouge. Parce que quelqu'un nous consulte, puis on suspecte, par exemple, une condition qui demande à être vue rapidement, bien, idéalement, c'est d'avoir cette capacité-là à orienter le patient au bon endroit, à la bonne place, au bon moment, ce qui est difficile à faire actuellement.

M. Dubé : Attendez une minute, M. Morin, là. Mais qu'est-ce que vous pouvez faire, nous suggérer qu'on devrait faire quand... Mettons que vous notez que cette personne-là devrait aller à l'urgence, puis, habituellement, une urgence, ce n'est pas pour atteindre 15 heures, c'est pour être servi assez rapidement, c'est ça, l'objectif. Est-ce qu'en ce moment... il y a-tu une façon que vous pouvez accélérer la... je dirais, le service de cette personne-là à l'urgence?

M. Morin (Benoit) : Non, pas actuellement.

M. Dubé : Puis c'est quelque chose que vous souhaiteriez?

M. Morin (Benoit) : Absolument.

M. Dubé : Parce que vous, vous avez déjà fait une première évaluation, je vais l'appeler médicale, clinique, je vais le dire comme ça, que cette personne-là aurait... Vous avez déjà fait un triage. Est-ce que je me trompe?

M. Morin (Benoit) : Absolument, ministre Dubé, on fait du triage à la journée longue, hein? À la pharmacie, les gens nous consultent, et ce qu'on souhaite, c'est de pouvoir référer ces gens-là, que ce soit en physiothérapie, on a donné l'exemple de la physiothérapie, que ce soit au médecin de famille, que ce soit à l'urgence dans des situations ultimes. Dans un monde idéal, il faudrait que tout le monde ait cette capacité-là de pouvoir envoyer le patient au bon endroit, et si...

M. Dubé : Quand vous dites : Tout le monde, exemple, dans votre cas, le pharmacien, là, parce que, là, je me...

M. Morin (Benoit) : Voilà. Voilà.

M. Dubé : Puis, O.K., bien, ça va me faire penser à une question qu'on va poser demain aux gens de Rimouski, parce que je serais curieux de savoir si cette redirection-là du pharmacien peut se faire non seulement dans une GMF, des fois, mais aussi dans une urgence, par exemple, si je comprends bien. Donc, c'est ça que vous appelez le corridor de soins, là?

• (16 h 20) •

M. Morin (Benoit) : Oui.

M. Dubé : O.K. Il me reste combien de temps?

Le Président (M. Provençal) : Sept minutes.

M. Dubé : Mon Dieu, ça va bien. Dites-moi, les... vous parlez des autres actes, les autres services. Vous avez la chance, là, d'expliquer aux Québécois qui vous écoutent, là, c'est quoi, les autres services que vous pourriez nous demander, lorsqu'on pourra regarder comment on pourrait élargir, justement, la base des services d'un pharmacien.

M. Morin (Benoit) : On a combien de temps?

M. Dubé : Bien, faites-moi un petit résumé en quelques minutes, là.

M. Morin (Benoit) : Ah! je vous dirais, il y a des services qui ne demandent pas de changement législatif, il y en a d'autres que oui. Dans ceux qui n'en demandent pas, il y a des prises en charge pharmacologiques, là, qui pourraient être faites beaucoup plus par le pharmacien, par exemple, troubles de dépression où il y a une escalade des doses, souvent, et le pharmacien pourrait intervenir, pourrait faire des suivis rigoureux, pourrait évaluer les doses, même chose en anxiété, en insomnie, en douleurs chroniques, en troubles de déficit de l'attention, en maladies pulmonaires, en asthme, en cancer.

M. Dubé : Et la question, j'ai peur de vous poser la question, parce que j'ai peur de la réponse, pourquoi qu'on ne le fait pas?

M. Morin (Benoit) : On ne le fait pas parce que ce n'est pas dans les actes délégués actuellement aux pharmaciens. Donc, un médecin qui va prescrire un antidépresseur, là... Évidemment, il faudrait parler à tout le monde avant d'arriver à la solution, mais je vous donne l'exemple d'un médecin qui prescrit un...

M. Dubé : ...pas nécessairement par un projet de loi.

M. Morin (Benoit) : Non, non, parce que ça se fait à l'intérieur du projet de loi actuel. Si tout le monde y consent, évidemment, bien, un pharmacien pourrait ajuster les doses d'un antidépresseur, ce qu'il ne peut pas faire actuellement.

M. Dubé : Ça veut dire quoi, ça... Excusez-moi, M. Morin. Ça veut dire quoi, ça : Tout le monde y consent?

M. Morin (Benoit) : Bien, c'est-à-dire qu'au niveau de l'Ordre des pharmaciens, du Collège des médecins, qu'il y ait une entente sur ces nouvelles activités-là, évidemment, et qu'elles soient négociées avec vous, mais, autrement, il faut que tout le monde soit d'accord pour qu'il y ait une délégation de ces actes-là.

M. Dubé : O.K., mais admettons que le ministère est d'accord, il reste à régler le Collège des médecins avec les pharmaciens, c'est ça?

M. Morin (Benoit) : Oui, pour encadrer ça. Même chose pour, par exemple, le trouble du déficit de l'attention, où on commence les doses progressivement, c'est le médecin qui fait un suivi de tout ça. Le pharmacien pourrait bien prendre la relève et ultimement, même, changer de molécule, si... on a l'expertise pour le faire, changer de traitement si ça ne fonctionne pas, puis faire un suivi à la place du médecin qui le fait actuellement.

M. Dubé : Alors, ça, c'est un peu comme les services qui ont été ajoutés au cours des dernières années. Puis là vous dites : Bien, pour enlever de la charge au médecin, c'est le genre de services qui pourraient être faits par le pharmacien, en autant qu'il y ait une entente.

M. Morin (Benoit) : C'est au coeur de notre expertise, là, on est des professionnels du médicament, entre autres, là, je veux dire, c'est notre domaine. La même chose pour réduire des doses, là, réduire des doses ou pouvoir servir un patient qui est dépendant des médicaments, actuellement, c'est les traitements de la méthadone, mais il y a d'autres options possibles qu'on pourrait utiliser mais qui ne sont pas utilisées actuellement.

M. Dubé : O.K. Là, vous m'avez parlé, ceux...

M. Bourcier (Jean) : Si vous me permettez.

M. Dubé : Allez-y, M. Bourcier.

M. Bourcier (Jean) : Non, si vous me permettez, M. Dubé, M. le ministre.

M. Dubé : Oui, allez-y.

M. Bourcier (Jean) : Le cas du Paxlovid est un bon cas pour le futur. Lorsque le Paxlovid sera un médicament, là, plus facilement accessible, le pharmacien pourrait, à ce moment-là, prescrire du Paxlovid à son patient parce que ça doit être prescrit dès le début des symptômes, très, très rapidement en début de symptômes, donc c'est un autre...

M. Dubé : Vous, vous savez c'est quoi, le Paxlovid, là, mais, pour les Québécois, là, c'est le nouveau médicament de... Juste peut-être l'expliquer, parce qu'on vient de conclure cette entente-là avec vous, là. Allez-y.

M. Bourcier (Jean) : C'est un médicament antiviral qui est donné aux patients qui ont actuellement... qui sont ciblés, donc on parle des patients immunodéprimés puis immunosupprimés, et qui doit être donné en tout, tout, tout début des symptômes si on veut que ce soit efficace, mais qui évite des symptômes majeurs ou des hospitalisations.

M. Dubé : Puis comment s'est fait la collaboration entre le pharmacien et le médecin pour... Est-ce qu'on a besoin d'attendre une prescription du médecin ou il y a assez de connaissances au pharmacien pour savoir c'est qui, dans vos patients, ceux qui sont immunosupprimés qui devraient avoir accès au Paxlovid? Comment ça s'est fait, ça?

M. Bourcier (Jean) : Benoit, veux-tu répondre?

M. Morin (Benoit) : Oui, mais le problème qu'on a actuellement, c'est l'accessibilité du médicament, la disponibilité. Donc, on a besoin du docteur, on a besoin de l'organisation de l'hôpital pour déterminer à quel patient on va les administrer parce qu'on va sélectionner des patients qui sont le plus à risque de complications. Mais là...

M. Dubé : Ça fait que ça prend quand même la collaboration avec le médecin, là.

M. Morin (Benoit) : Il y a une collaboration avec le médecin spécialiste, avec le pharmacien de l'hôpital, le pharmacien communautaire. Mais, à partir du jour où le Paxlovid est disponible pour plus de monde, et on a une sélection moins importante des patients, bien, le pharmacien serait en mesure, suite à un test positif PCR ou un test rapide, d'identifier ces patients vulnérables à risque de complications et prescrire immédiatement le Paxlovid pour prévenir cette complication-là et ne pas mobiliser tout l'hôpital. L'hôpital est mobilisé actuellement parce qu'il faut bien sélectionner le patient, mais, quand ça sera un autre... quand ça va être plus disponible, ça sera plus... de notre avis, le pharmacien pourrait le faire.

M. Dubé : O.K. Bien, je résume votre présentation : il y a encore beaucoup de collaboration que vous pouvez faire pour enlever de la charge aux médecins. C'est ce que je comprends.

M. Morin (Benoit) : Effectivement, et travailler avec eux, travailler avec eux.

M. Dubé : Très, très bien. Merci beaucoup, M. Morin. Merci d'avoir pris le temps, M. Bourcier, de venir nous rencontrer aujourd'hui. Très apprécié. Merci.

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

M. Derraji : Bonjour à vous deux. Merci, merci pour votre présentation. Je vais aller droit au but, parce que, je pense, le ministre a mis la table, et vous avez pas mal de choses. Moi, je vous considère une vraie première ligne, mais je vais... une vraie, vraie première ligne. Et je suis très content que le ministre vous a posé une question très directe. Je vais vous poser une autre beaucoup plus directe, c'est concernant l'opinion pharmaceutique. Il y a beaucoup d'optimisation de soins, révision de dossier, changement de médication, que le pharmacien peut jouer un rôle important vu... si on prend maintenant le temps d'attente. Il y a 1 million de Québécois qui attendent pour un médecin de famille, ça veut dire qu'il y en a pas mal qui souffrent d'une maladie chronique, qui n'ont pas eu le temps d'avoir, probablement, leur médecin, leur rencontre, etc.

Maintenant, concrètement, l'opinion pharmaceutique. Est-ce que vos membres sont contents par rapport aux honoraires que vous avez sur la table maintenant? Et, si on veut améliorer le temps par rapport à l'opinion pharmaceutique, oui, ça prend la collaboration d'un GMF ou d'un médecin. Dans certaines régions, il y a les professionnels qui ont trouvé l'opportunité de travailler avec des ordonnances collectives impliquant des pharmaciens communautaires. Mais, concrètement, comment on peut améliorer, au moins d'un point de vue optimisation... pas des soins, optimisation de la prise des médicaments pour des patients qui passent, pendant plusieurs années, qui sont sur des médicaments que... on sait très bien que, sur le plan thérapeutique, vous êtes les connaisseurs en termes de médicaments, bien, ça n'a aucun bon sens de les laisser sur tel plan thérapeutique versus un autre.

M. Morin (Benoit) : C'est une excellente question, mais je vous dirais que, comme professionnel de la santé, l'opinion pharmaceutique est un outil, un outil de communication avec le prescripteur. Mais, pour améliorer l'accessibilité, il faut que le pharmacien puisse travailler dans une meilleure autonomie, dans une plus grande autonomie, pour ne pas, à chaque fois, être obligé de solliciter le médecin par rapport à une opinion, mais plutôt être capable d'exécuter ce qu'il pense être le mieux pour le patient dans certains paramètres. Donc, ajuster les doses, changer la molécule s'il y a une interaction, changer la molécule si elle est en rupture de stock, ça, c'est toutes des choses qu'on fait en autonomie. Il faut pousser cette autonomie-là plus loin. L'opinion pharmaceutique a sa place parce que, parfois, il faut aviser le prescripteur qu'on voit un enjeu, mais ce qu'on cherche à avoir, c'est de l'autonomie.

Puis on aime bien les ordonnances collectives, c'est un bel outil aussi, mais je pense que le pharmacien est aussi capable de juger de situations sans ordonnance collective et qu'il pourrait, en toute autonomie, initier un traitement, ce qu'on fait déjà pour certaines affections mineures, mais qui pourrait être étendu, on l'a dit, au Paxlovid éventuellement, mais à d'autres problèmes de santé. Et je vous dirais qu'une des façons de favoriser le travail en collaboration, c'est aussi l'autonomie de chacun des professionnels, et ça, c'est la meilleure façon d'y arriver.

M. Derraji : Oui, je comprends. Pouvez-vous juste me confirmer, si ça ne vous dérange pas, parce que le coût par... Je sais que ça prend toujours l'autorisation du médecin, mais l'opinion pharmaceutique, ça tourne autour de combien, 16 \$, 18 \$?

M. Morin (Benoit) : 20 \$.

M. Derraji : 20 \$. O.K., j'avais un montant... O.K., 20 \$. Concrètement, maintenant, parce que le ministre vous a posé la question tout à l'heure, comment vous pouvez jouer un rôle? Parce que, là, ce n'est pas dans le cadre de ce projet de loi, mais comme... du moment que vous êtes la vraie première ligne, quelqu'un, dans n'importe quelle région, c'est son pharmacien du coin qui est le plus proche, et parfois vous êtes confronté à une réalité, on vient vous poser toutes sortes de questions. Il y a même des pharmaciens qui innovent avec une infirmière par semaine. Il y a beaucoup de pharmaciens qui investissent dans la qualité de services pour ces patients. On s'entend que l'opinion pharmaceutique, ce n'est pas avec ça que le pharmacien propriétaire va faire de l'argent, c'est un investissement. On s'entend?

M. Morin (Benoit) : Oui.

• (16 h 30) •

M. Derraji : O.K. Donc, ce que vous demandez, vous, c'est un acte, je peux dire, à la fois pharmaceutique, mais aussi médical. Et, quand on dit un acte médical ou pharmaceutique, ça vient avec des honoraires, parce qu'on ne... vous ne voulez pas juste changer la médication ou intervenir, juste pour que je puisse comprendre un peu où vous voulez arriver avec votre proposition.

M. Morin (Benoit) : Ah! bien, dans le cadre du projet de loi n° 41, 31, il y a des actes qui sont autorisés aux pharmaciens qui sont rémunérés. L'opinion pharmaceutique est antérieure aux projets de loi et existe depuis longtemps. Mais, dans les actes 31, 41, par exemple, pour administrer un vaccin, on est rémunéré pour administrer le vaccin. Nous, ce qu'on prétend, c'est qu'il faut élargir ces gestes-là au bénéfice du patient puis du système de santé.

Je vous donne un exemple facile, on ne peut pas administrer des vaccins à des enfants, il y a une limite d'âge. Bien, cette limite d'âge là, il faut la requestionner parce que les pharmaciens pourraient jouer un rôle chez les enfants en bas âge, puis les vacciner, et libérer les autres... les autres professionnels.

On pourrait aussi élargir le contexte où on peut substituer un médicament. Et ça, quand on fait ça, on est déjà rémunéré. Ce qu'on veut, nous, c'est élargir ces contextes-là. On a démontré, par exemple, je vous dis ça, dans la pandémie, on a... on est capable de prolonger les ordonnances au-delà de l'ordonnance originale du médecin. On nous a donné cette latitude-là de façon intérimaire. Elle devrait se poursuivre dans le temps. Les médecins n'ont pas à prescrire tout le temps la même médication à des patients pour usage chronique quand le suivi est bien fait. On fait tous de la paperasse pour rien. Le pharmacien peut jouer ce rôle-là dans certaines limites, dans certains contextes, mais, actuellement, on est rémunéré. Ce qu'on dit, c'est qu'il y a encore plus de conditions pour lesquelles on pourrait poser ces gestes-là et être rémunérés.

M. Derraji : C'est excellent. Je ne sais pas c'est qui qui l'a dit, mais je pense, c'est la professeure d'avant-midi, au niveau de l'algorithme, au niveau du triage, et de plus en plus on avance dans le projet de loi, et je pense que c'est l'élément clé dans ce projet de loi si on l'analyse bien. Vous, ce que vous dites, c'est que, dans cette centrale, du moment que les gens vont s'enregistrer, vous avez une place à l'intérieur avant de dispatcher les patients, que ce soit pour le médecin, ou l'infirmière clinicienne, ou l'infirmière praticienne, pharmacien, bien entendu. Est-ce que c'est ce que votre propos, aujourd'hui, en commission, c'est ce que vous nous demandez?

M. Morin (Benoit) : Oui, parce que... Oui.

M. Derraji : Deuxième demande, c'est que, ce que vous faites aujourd'hui, vous pensez que vous avez la possibilité d'élargir vos interventions au-delà de changer la médication, que je vous donne un triple A plus, que vous le

faites très bien. Ce que vous demandez, c'est qu'on est capable d'agir, on est capable d'agir à la première ligne, on veut notre part dans le système de triage, mais on veut aussi qu'on élargisse notre zone d'intervention.

M. Morin (Benoit) : Oui, voilà.

M. Bourcier (Jean) : Et, si vous me permettez, dans ce triage-là, le patient a besoin d'être enligné. Il y a un enlignement qui devra être nécessaire pour le patient. Le triage se fait, mais aussi le patient va devoir comprendre, je vais le dire comme ça, va devoir comprendre que cet enlignement-là va l'amener à voir le bon professionnel, au bon endroit, au bon moment et non pas se dire : Bien, moi, je n'accepte pas ce triage-là, c'est absolument le médecin que je veux voir ou c'est absolument l'IPS que je veux voir, quand ça peut être le pharmacien.

M. Derraji : C'est un bon point. C'est un bon point. O.K. Question par rapport au triage. Ce matin, on a eu beaucoup d'alignement par rapport au triage, et je pense que c'est très bon. Là, je vais vous poser la question par rapport au triage. Ce matin, on a eu beaucoup d'alignement par rapport au triage, et je pense que c'est très bon. Là, je vais poser la question en tant que pharmacien : Qu'est-ce que vous souhaiteriez avoir au sein de ce triage pour, justement, orienter, je ne sais pas, avec un robot, avec intelligence artificielle, et non pas poser deux ou trois questions que ça ne nous aide pas, ça n'aide personne, ni le patient ni le professionnel? Souhaiteriez-vous avoir autre chose? Et, si c'est oui, c'est quoi? C'est quoi, le genre de questions qu'on doit poser au patient avant de lui dire : Là, c'est... maintenant, on va t'envoyer chez pharmacien au lieu du médecin?

M. Morin (Benoit) : Bien, c'est simple, la réponse à ça, c'est qu'un patient ne devrait jamais être envoyé chez le médecin pour une condition mineure qu'un pharmacien peut traiter. Et c'est ça, la base du triage.

Et ce n'est pas ça qui se produit. Moi, je peux traiter un feu sauvage et le médecin peut traiter un feu sauvage, et il y a des... mais ça devrait être traité par le pharmacien. Les complications devraient être traitées par le médecin. Mais actuellement le patient a le choix. Ce choix-là nous prive de disponibilité. Et on persiste, nous autres, à penser que ce patient-là doit être orienté. Sinon, il y a un gaspillage des ressources.

M. Derraji : C'est très intéressant. Dans votre lettre, je n'ai pas vu les domaines d'intervention qui peuvent alimenter notre réflexion par rapport au triage. Je ne sais pas encore, au niveau du projet de loi, si on va avoir une discussion en profondeur par rapport au triage et comment avoir ces indicateurs. Est-ce que ça ne vous dérange pas de nous envoyer, à tous les membres de la commission, ce que vous souhaitez avoir en termes d'intervention? Vous êtes capables de le faire. Abstraction faite aux autres ordres, parce que, je sais, je ne vais pas rentrer dans la guerre des ordres ou les frontières entre le médecin, le pharmacien, infirmière. On n'est pas là, là. On parle de vous. Vous représentez, aujourd'hui, les pharmaciens, on vous écoute. Vous, en tant que pharmacien, vous représentez les pharmaciens communautaires. Si on peut recevoir de votre part ces éléments, je pense que ça va alimenter les discussions rendu au bon moment, au moment opportun avec le ministre,

M. Morin (Benoit) : Avec un très grand plaisir.

M. Derraji : Merci. Merci à vous deux.

M. Morin (Benoit) : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Alors, pour la demande du député de Nelligan, vous enverrez le tout au secrétariat de la commission, et nous ferons le suivi pour la distribution de ce que vous allez nous faire parvenir. Je vous remercie beaucoup. Maintenant, je cède la parole au député de Rosemont.

M. Marissal : Merci, M. le Président. MM. Morin et Bourcier, merci de votre présentation. D'entrée de jeu, je voudrais vous remercier aussi, le ministre l'a fait aussi un peu tout à l'heure, notamment pour les efforts que vous avez faits dans la distribution des tests rapides. J'ai vu ça dans deux ou trois pharmacies dans mon coin. C'était de la logistique. Ce n'était pas facile. Il y avait des gens qui attendaient, il y avait des gens désespérés, il y avait des gens malcommodes, comme c'est souvent le cas quand les gens veulent se procurer quelque chose qui est en quantité limitée. Pas sûr que vous avez fait beaucoup d'argent avec ça. Donc, vous avez fait un bon boulot, puis je tenais à vous remercier.

Vous avez parlé aussi, tout à l'heure, puis, ça aussi, je devrais vous remercier, vous avez parlé des gens vulnérables qui arrivent à la pharmacie. Puis quiconque a déjà passé plus de cinq minutes dans une pharmacie a toujours vu ou voit toujours des gens poqués, malheureux, tristes, perdus, mal en point. On les voit aussi, ces gens-là, dans nos bureaux de comté. La seule affaire, c'est que moi, je ne peux rien leur prescrire. Il est arrivé à mes attachés de leur trouver des rendez-vous chez des médecins, là, mais c'est pas mal le plus qu'on peut faire, là.

Vous, vous pouvez faire autre chose. Sauf que, dans le cas du projet de loi n° 11, vous voulez avoir un plus grand rôle. Vous dites : Il faudrait pouvoir les inscrire, il faudrait pouvoir les diriger vers les bonnes ressources. Puis c'est une bonne idée, là, puis il y a moyen d'arranger ça, là. Il n'y a rien d'insoluble ici, là. Mais le projet de loi n° 11, il dit qu'il faut que ces gens-là soient inscrits au guichet, la fameuse liste du guichet. Les gens dont vous parlez, là, ils n'en ont pas, de téléphone intelligent, là. Puis ça, il y en a plus qu'on pense. Puis, s'ils en ont un, ils ne savent peut-être pas s'en servir. Ce n'est pas tout le monde, là, qui est aussi habile que ça. Ce n'est pas juste des personnes âgées. Il y a

des gens qui sont dysfonctionnels dans la vie, de façon permanente ou temporaire. Est-ce que vous proposez aussi de les inscrire sur la liste, parce que vous allez être pognées pour faire ça?

M. Morin (Benoit) : Bien, votre intervention et votre question est très pertinente, parce que, dans le cas de Clic Santé, pour vous donner un exemple, on a inscrit des patients sur Clic Santé qui n'y arrivaient pas, qui sont les plus vulnérables, les plus démunis et qui n'ont pas d'accès. Ce qu'on souhaite, c'est avoir l'opportunité d'inscrire ces gens-là, mais il faut toujours bien les inscrire à la bonne place. C'est des gens qui peuvent avoir besoin du CLSC, de l'urgence, ou de la GMF, ou d'un médecin de famille. Mais, oui, on souhaite pouvoir avoir le moyen bidirectionnel d'utiliser cette plateforme-là pour aller chercher ces gens-là puis pouvoir leur donner un accès qu'ils n'auront pas autrement, parce qu'ils ne s'inscriront pas à un guichet d'accès, pour les plus vulnérables d'entre eux. Et ça prend une façon de le faire. Une partie du CLSC récupère ces gens-là, mais il y a des gens qui ne se rendent même pas là, qu'on va voir à la pharmacie parce que c'est... La porte est ouverte puis ils viennent nous voir. Ça ne va pas bien. On le voit, ils sont en perte cognitive, ils n'ont plus la capacité, même, de téléphoner, comme vous dites. Et, oui, ça prend une façon de pouvoir inscrire ça et inscrire ces gens-là.

M. Marissal : O.K. Ensuite...

Le Président (M. Provençal) : Il faudrait être rapide parce qu'il reste peu de temps.

M. Marissal : On peut peut-être faire une petite exception, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Je vous ai...

M. Marissal : Il y a deux de mes collègues, dont je ne peux pas dire le nom, qui ne sont pas là.

M. Dubé : ...vous avez déjà bénéficié...

Le Président (M. Provençal) : J'ai déjà réparti le temps.

M. Marissal : J'ai déjà dépassé mon temps?

Le Président (M. Provençal) : Oui, oui.

M. Dubé : ...

Le Président (M. Provençal) : Si ça ne vous dérange... Allez-y. Je pense qu'on est ici pour...

• (16 h 40) •

M. Marissal : Bien, j'ai une question, puis on aura peut-être l'occasion d'en reparler autrement, mais vous savez comme moi qu'il y a une certaine hiérarchie dans le monde médical. Il y en a partout dans la vie, là, mais, dans le monde médical, là, il y a une pyramide, hein : tu sais, des spécialistes qui regardent les omnis de haut, les omnis qui regardent les pharmaciens de haut. Là, je fais vite parce que je n'ai pas de temps, mais pensez-vous vraiment que les omnis, et en particulier les spécialistes, vont accepter que vous alliez jouer dans les prescriptions qu'ils ont faites pour faire du contrôle?

M. Morin (Benoit) : Ils acceptent déjà qu'on modifie les prescriptions sous certains paramètres et en étroite collaboration. Et ça se fait déjà. Oui, il y a des changements de mentalité qui s'opèrent plus lentement que d'autres, mais, en général, la collaboration des médecins, elle est excellente. Ils sont de plus en plus ouverts à ce genre de... Et on n'a pas le choix, là. Les ruptures de stock, les ajustements, le manque d'accès, ils le vivent aussi, et ça se fait quotidiennement. Et je vous dirais qu'on travaille de plus en plus en collaboration et non pas en hiérarchie.

M. Bourcier (Jean) : Et, si vous me permettez, si vous me permettez de rajouter, le système de santé, on le sait tous, là, va sortir de la pandémie poqué, au moins, on peut dire ça comme ça. Et, quelque part, le pharmacien va être appelé à jouer un rôle différent parce que, justement, le système de santé va être hypersollicité à la sortie de la pandémie. Donc, quelque part, il va falloir trouver du temps, il va falloir que le temps se libère. Et la collaboration entre professionnels et aussi, je n'aime pas le mot, là, le délestage vers d'autres professionnels vont être nécessaires. Donc, le pharmacien va être appelé, nous, on le pense, à jouer un rôle différent suite à la sortie de la pandémie.

M. Marissal : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, messieurs, pour votre contribution à nos échanges et à l'avancement de notre réflexion.

Alors, on va suspendre les travaux pour pouvoir permettre au prochain groupe par visioconférence de nous rencontrer. Merci beaucoup, beaucoup pour cet échange et surtout pour votre présence. Merci.

(Suspension de la séance à 16 h 42)

(Reprise à 16 h 48)

Le Président (M. Provençal) : Alors, on reprend nos travaux. Donc, je souhaite la bienvenue à M. Luc Mathieu et Mme Caroline Roy de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Je vous rappelle que vous avez 10 minutes pour votre présentation, et, par la suite, nous réaliserons les échanges avec les membres de la commission. Alors, je vous cède la parole. Merci beaucoup.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

M. Mathieu (Luc) : Merci. Alors, M. le ministre, Mmes et MM. les parlementaires, membres de la Commission de la santé et des services sociaux, nous vous remercions de votre invitation à commenter le projet de loi n° 11 concernant la loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et améliorer la gestion de cette offre. Je suis accompagné de Mme Caroline Roy, directrice déléguée, relations avec les partenaires externes à l'ordre.

Bien que les modifications législatives envisagées n'aient pas d'impact direct sur nos membres et que les commentaires que nous souhaitons vous adresser s'inscrivent dans la visée du projet de loi plutôt que dans le détail de ces modifications, nous jugeons essentiel de vous les transmettre pour atteindre cet objectif en matière d'offre et d'accessibilité.

Disons qu'en 2022 la force d'une première ligne ne peut reposer sur les épaules d'un seul professionnel, en l'occurrence le médecin omnipraticien. Nous considérons que la version actuelle du projet de loi occulte un pan important de la solution à la question de l'offre de services de première ligne et son enjeu d'accessibilité en ne misant pas sur la collaboration et l'expertise interdisciplinaire déjà présente, dont celle des infirmières et des infirmiers. Nous sommes convaincus que les commentaires et pistes de réflexion qui vous sont adressés aujourd'hui contribueront, s'ils sont mis de l'avant, à apporter des solutions innovantes et durables à cette question.

• (16 h 50) •

Débutons avec l'importance d'avoir une première ligne interprofessionnelle forte et efficace. En 2022, et ce, plus que jamais, une pratique professionnelle en solo n'est plus une bonne pratique pour la protection du public. Un changement de paradigme dans l'offre de services de première ligne s'impose en misant d'abord sur une collaboration interprofessionnelle accrue. Il est impératif que l'expertise de tous les professionnels soit utilisée à bon escient, ce qui signifie que le bon soin doit être offert par le bon professionnel au bon moment. Nous considérons que la mise en oeuvre d'un tel adage contribuerait à l'essor d'une première ligne forte et efficace.

De façon incidente, nous soulignons l'importance de prioriser la mise en place d'une organisation du travail qui favorise l'instauration de cette collaboration interprofessionnelle élargie entre les professionnels exerçant en première ligne. Des mécanismes de collaboration et une communication interprofessionnelle accrue seront, par ailleurs, essentiels pour assurer l'efficacité des soins offerts aux patients de la première ligne.

Poursuivons avec la question d'une contribution infirmière accrue en première ligne. Les infirmières et les infirmiers étant présents dans plusieurs milieux et contextes de soins où des services de premier... de première ligne sont dispensés, ils sont des acteurs incontournables pour repenser l'offre de services de première ligne et son enjeu d'accessibilité par la population québécoise. Une amélioration significative de cette offre de services, en plus de passer par une collaboration interprofessionnelle accrue, doit nécessairement prendre appui sur une reconnaissance de l'expertise de tous les professionnels concernés, dont celle des infirmières et infirmiers.

D'une part, il y a l'expertise des infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens titulaires d'un baccalauréat qui sont en mesure d'offrir à la population québécoise des soins et des services de façon autonome et sécuritaire, et ce, dans tous les milieux et contextes de soins que l'on retrouve en première ligne. Ces infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens peuvent grandement contribuer à maximiser cette offre de services de première ligne et répondre à son enjeu d'accessibilité. De fait, par les activités réservées, partagées et autorisées qui leur sont octroyées, les infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens qui, rappelons-le, sont habilités à prescrire possèdent toute l'autonomie professionnelle nécessaire pour assurer, sur la base de leur jugement clinique, des soins à différentes clientèles et à référer à l'expertise d'autres professionnels lorsque requis.

D'autre part, mentionnons qu'il est impératif que les modèles d'organisation de soins et de services de première ligne tiennent compte de l'apport considérable des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés, les IPS, en première ligne de même qu'en santé mentale à cette offre de services. À l'heure actuelle, ce sont 647 IPS en première ligne et 67 IPS en santé mentale qui peuvent contribuer à l'accès aux soins et services de première ligne.

Rappelons que les récentes modifications législatives et réglementaires en vigueur depuis le 25 janvier 2021 reconnaissent l'expertise des IPS, notamment par l'ouverture à diagnostiquer des maladies, à déterminer des traitements médicaux et à effectuer le suivi de grossesse en fonction, bien sûr, de leur classe de spécialités respective. Les IPS peuvent, donc, prendre en charge des patients en fonction de leur classe de spécialité, et ce, en pleine autonomie.

Finalement, soulignons la pertinence de mettre en place des mécanismes de collaboration optimaux avec les médecins pour ces clientèles, lesquels pourraient contribuer de façon substantielle et continue à augmenter l'offre de services de première ligne par l'entremise des IPS. Nous invitons les parlementaires à envisager une réflexion plus large afin de répondre à cet enjeu d'accessibilité aux services de première ligne avec une vision renouvelée qui prenne en compte l'expertise interprofessionnelle, dont celle des IPS.

À cet égard, soulignons que, malgré l'entrée en vigueur de la loi n° 6 le 25 janvier 2021, les IPS ne sont toujours pas considérés des professionnels de la santé au sens de la Loi sur l'assurance maladie. Ce faisant, il n'y a

pas de donnée permettant de suivre la contribution des IPS à l'offre de service, notamment en première ligne. Cette situation est déplorable et inadmissible en 2022. Pourtant, un tel ajout permettrait, d'une part, de favoriser leur contribution optimale à l'offre de services de première ligne et, d'autre part, de mettre en évidence le rapport indéniable à l'augmentation de cette offre de services. Sans cette vision systémique renouvelée, nous risquons de reproduire les mêmes embûches auxquelles nous sommes aujourd'hui confrontés en matière d'accès aux services de première ligne, et ce, depuis plusieurs années. Au même titre qu'une vision hospitalo-centrée ne peut tenir la route en 2022, une vision collaborative de la première ligne s'impose.

Je ne peux conclure ma présentation sans aborder l'importance de la formation initiale des infirmières dans le cadre d'une contribution professionnelle optimale au réseau de la santé, notamment en première ligne. Comme mentionné au cours de mon allocution, la contribution des infirmières et infirmiers à un meilleur accès à l'offre des services de première ligne vise les infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens détenteurs d'un baccalauréat en sciences infirmières et les IPS qui, en plus d'un baccalauréat, détiennent une maîtrise en sciences infirmières ainsi qu'un diplôme d'études supérieures spécialisées. Il faut savoir que les compétences requises pour pratiquer comme infirmière ou infirmier en première ligne sont abordées dans les programmes de formation universitaires et non dans le programme collégial de techniques infirmières. Il en est de même dans d'autres domaines de soins, notamment en soins à domicile et en soins critiques, c'est-à-dire à l'urgence, aux soins intensifs, en traumatologie. Cela a été convenu entre les universités et les cégeps lors de la création de la passerelle de formation D.E.C.-bac au début des années 2000. Les infirmières et les infirmiers diplômés des cégeps ne sont, donc, pas préparés à oeuvrer en première ligne.

Mentionnons qu'à ce jour 50 % des infirmières et infirmiers du Québec détiennent un baccalauréat, alors que le diplôme requis pour pratiquer comme infirmière ou infirmier ailleurs au Canada est le baccalauréat.

Comme le stipule une des recommandations issues des états généraux de la profession qui ont eu lieu en mai dernier, et qui est soutenue par l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers du Québec, nous sommes d'avis que le baccalauréat devrait être le diplôme qui donne accès au permis d'exercice de la profession infirmière au Québec, soit par la formation initiale de trois ans à l'université ou soit par la passerelle D.E.C.-bac afin de répondre aux besoins de santé de la population et au rôle attendu des infirmières et infirmiers par le réseau de la santé, notamment en première ligne.

J'aborde cet enjeu aujourd'hui en vue d'attirer votre attention sur le fait qu'il n'y a pas de réforme ou de refondation du système de santé qui tienne sans prendre en considération la formation du personnel sur laquelle repose largement ce système de santé. Les infirmières et les infirmiers, les professionnels les plus nombreux du réseau, sont ceux qui, à bien des égards, coordonnent, supervisent et prodiguent les soins aux patients. Il faut, donc, leur donner une formation adéquate afin qu'ils soient en mesure de déployer leur expertise tant recherchée aujourd'hui. Il importe de valoriser cette profession. Nous avons confiance qu'en reconnaissant l'importance de leur expertise et de leur contribution et en mettant des conditions gagnantes, soit une meilleure organisation des soins, un soutien clinique adéquat, et en prenant la décision aujourd'hui afin que, demain, la pratique infirmière soit fondée sur une formation scientifique, nous pourrions créer un système de santé plus efficace en améliorant notamment l'offre de services de première ligne. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, M. Mathieu, pour votre présentation. Nous allons débiter notre période d'échange avec M. le ministre.

M. Dubé : Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Vous êtes notre dessert, aujourd'hui, M. Mathieu et Mme Roy. Alors, vous êtes notre dernière représentation. Puis je sais que vous avez des grandes journées ces temps-ci, alors merci beaucoup d'être là puis d'avoir pris le temps de venir nous éduquer un peu sur le rôle des infirmières.

Dans la... Je voudrais faire peut-être juste le point, parce qu'on l'a fait, la plupart du temps, avec les différentes présentations qu'on a depuis hier, entre ce que veut faire le projet de loi n° 11 et ce qu'il ne peut pas faire, si on veut se concentrer sur certaines choses. Puis, après ça, moi, je suis ouvert à toutes les suggestions. On est là. On a dit : Le projet de loi, il est perfectible. Ça fait que je veux vous dire qu'est-ce que c'est en ce moment, qu'est-ce que ce n'est pas puis qu'est-ce qu'on pourrait faire de plus. Je suis très ouvert. O.K.?

• (17 heures) •

Ce que c'est, en ce moment, le projet de loi n° 11 ne traite pas d'interdisciplinarité. Parce que ce qu'on demande... On demande deux choses. On demande d'avoir une meilleure définition du bassin de travail qui nous vient de nos médecins, nos omnis — donc de savoir qui fait quoi dans quelle région — puis, pour ça, on a besoin des données de la RAMQ pour bien comprendre quelle est l'offre des médecins. Ça, c'est la première chose. Puis la deuxième question, on dit : Parce qu'on a besoin de... on ne sera peut-être pas capable d'avoir une prise en charge complète pour régler le GAMF, est-ce qu'il pourrait y avoir une prise de rendez-vous additionnelle qui pourrait être mise par les médecins pour que des gens, par exemple des patients orphelins, puissent avoir accès à des rendez-vous médecin? Alors, vous avez raison, en ce moment, quand vous dites : Le projet de loi ne traite pas de l'interdisciplinarité. Mais ce n'est pas l'objectif du projet de loi. Mais vous avez raison. O.K.?

Maintenant, on a entendu parler beaucoup, depuis qu'on est en session, qui est excessivement intéressant, de deux choses : de la pertinence, puis je lie ça avec le triage, O.K., qui est vraiment en amont du processus, parce qu'on s'entend que, si on veut aller jusqu'à une interdisciplinarité, il doit y avoir une première étape où quelqu'un, un groupe, des spécialistes, peu importe, vont dire : J'ai un patient qui pense qu'il a un besoin quelconque, l'aider à le préciser, première étape, le triage, deuxième étape : À quel professionnel il pourrait le donner... Ça peut être à une infirmière, ça peut être un médecin, ça peut être un pharmacien. Vous me suivez? Donc, la deuxième étape. Pour ensuite dire, si c'est un médecin : Est-ce que j'ai des médecins disponibles? Si c'est des médecins. Vous me suivez?

Alors, moi, je vous dis juste... j'essaie de mettre ça clair, là, qu'en ce moment le projet de loi n° 11 ne traite que la dernière partie.

Moi, ce que j'aimerais savoir de vous puis... Parce que j'ai eu beaucoup de questions de mes collègues qui sont très pertinentes, là, de l'opposition, puis on est là pour, je le dis, améliorer le projet de loi. Est-ce qu'on a besoin, par exemple, pour le triage, première étape, puis le lien avec l'interdisciplinarité, est-ce qu'on a besoin d'un projet de loi ou... comme on va entendre demain, par exemple, les gens de Rimouski qui vont venir nous voir, vous avez entendu parler du projet là-bas, est-ce qu'on a besoin d'un projet de loi pour faire du triage et faire de l'interdisciplinarité? Parce que, si vous pensez que, oui, moi, je veux l'entendre, vous me suivez? Versus est-ce qu'on devrait s'assurer que le projet de loi n° 11 ne vise pas trop large? Parce que ma grand-mère disait : Qui trop embrasse mal étreint. Alors, si on vise trop large, on va passer beaucoup de temps ici.

Alors, j'aimerais ça vous entendre là-dessus. Puis, venant de votre expertise, de vous et de Mme Roy, je veux que les Québécois comprennent bien, là, triage, interdisciplinarité puis ce qu'on va demander aux médecins, aux omnis. Est-ce que ça va, M. Mathieu? J'aimerais ça vous entendre peut-être tous les deux là-dessus, là.

M. Mathieu (Luc) : Oui, oui, oui. Tout à fait. Bien, je vais commencer, puis Mme Roy pourra compléter, là, s'il y a des éléments qu'elle juge important de porter à l'attention. Bien, on est tout à fait conscient que le projet de loi vise les médecins. C'est pour ça que, dans ce qu'on a transmis comme commentaires à la commission, on disait que, nous, ce n'est pas tant sur le contenu du projet de loi, mais c'est plus sur sa visée qu'on trouvait important de se prononcer. Puis ça a été au coeur de ce que j'ai présenté tantôt.

Alors, si... Là, actuellement, il y a une porte d'accessibilité. L'idée, pour nous, c'est d'élargir la porte, tu sais, pas... Ça peut être encore des médecins, mais ça peut être d'autres intervenants du réseau, dont des infirmières et des IPS, hein? Puis pas seulement des IPS, ça, je veux insister là-dessus. Les infirmières cliniciennes, elles ont déjà ce qu'il faut comme bagage, puis, en termes de prescription, aussi, elles sont équipées pour collaborer à cette offre de services, là, de première ligne. Alors là, puis, si on élargit la porte, bien, moi, je me mets à votre place, là, moi, j'aimerais ça savoir aussi, dans cette offre élargie là, cette porte plus grande, bien : oui, il y a les médecins, on veut savoir s'il y en a assez, qui qui fait quoi, qui qui prend charge, mais les autres intervenants aussi, pour qu'on puisse exercer une vigie pour savoir qu'est-ce qu'il se passe, là, dans les établissements, dans les GMF ou dans les autres groupes, là, qui offrent des services de première ligne, comment ça se décline, suivre l'évolution.

Je l'ai mentionné dans la présentation, nous... puis au ministère, je ne sais pas si vous en avez, mais nous, on n'a aucune donnée qui nous permet de suivre l'évolution de la pratique des IPS, parce qu'ils ne sont pas inscrits, ils ne sont pas reconnus comme professionnels de la santé, à la RAMQ, elles ne sont pas inscrites. Alors, ça, c'est un enjeu, parce qu'on ne sait pas trop ça se décline comment, c'est quoi, le «caseload», combien, le nombre de patients, par exemple, moyen qu'une IPS peut prendre en charge par spécialités. Ça, ça, se serait des données intéressantes de savoir. Et, si les systèmes d'information qui viendraient soutenir cette nouvelle organisation de services là plus collaborative... bien, si les données sont là, il s'agit de les dénominaliser puis de les porter à l'attention soit des établissements, ou du ministère, ou nous, on pourrait avoir certaines choses pour voir un peu, bien, comment ça se décline, comment ça se passe, faire une vigie, en fait.

Alors, c'est pour ça que l'idée, c'est que, si... Nous, on s'est mis dans la perspective qu'on élargit la porte. Ça prend-tu un projet de loi pour les aspects plus médicaux de ça? Ça, on n'est pas meilleur juge pour ça. Mais, si c'est pour dire : Bien, avec ce qu'il y a déjà en place... Pas sûr. Moi, je pense qu'on a déjà ce qu'il faut. Vous faites référence au projet, là, au Bas-Saint-Laurent, puis je sais qu'il y a d'autres endroits où il y a des projets pour favoriser l'accès, parce que c'est un des gros enjeux de notre système de santé, l'accès. Alors, pas sûr que, dans ce contexte là, il y a besoin d'un projet de loi pour ce volet là de la collaboration interprofessionnelle. Je ne sais pas si ça répond à votre...

M. Dubé : Oui, oui, je pense que ça répond. Puis je le fais pour moi puis je le fais pour mes collègues, aussi, parce que je veux juste être certain. Puis je pense que c'est un des députés de l'opposition qui l'a dit, on... en tout cas, je ne me souviens pas, là, mais c'est... ou peut-être un intervenant qui a dit... Ah! c'est Me Paquet, là, de l'association des patients, qui a dit : Il ne faut pas manquer cette opportunité-là pour changer les choses, là, ça arrive, il m'a dit, une fois aux 10 ans. Ça fait que c'est pour ça que j'essaie d'être certain.

Puis vous m'apportez beaucoup d'eau au moulin, parce que vous me dites... Je prends l'exemple des IPS, vous venez de dire : On ne sait pas vraiment on en a... Bien, on sait qu'on en a à peu près 800, qu'il s'en forme 150, 200 par année. Mais, à un moment donné, il va peut-être falloir bien comprendre quelle est l'offre de service, un peu comme on essaie de trouver celle des médecins de famille. Parce que, les médecins de famille, un des enjeux, c'est qu'ils ne restent pas médecins de famille, ils vont faire d'autres tâches, ils vont dans les urgences, ils vont dans...

Alors, je comprends ce que vous me dites sur les IPS. Pour les pharmaciens, c'est d'autre chose, parce que le pharmacien a... Il y a 1 900 pharmaciens communautaires, peut-être que l'enjeu est différent avec... d'évaluer leur potentiel qu'ils peuvent nous aider dans la première ligne, il est différent, là. O.K. Je comprends très, très bien.

Cette vision collaborative là que vous parlez, là, entre des infirmières cliniciennes, etc., auxiliaires, est-ce que c'est problématique, en ce moment, d'avoir plusieurs catégories d'infirmières? Parce que moi, je le vois dans le réseau, on a des très bonnes infirmières auxiliaires mais des fois qui ne peuvent pas aller travailler à l'urgence, alors que ça... Parlez-moi un petit peu de ça, là, pour qu'on voie comment cette offre de service là pourrait être améliorée.

M. Mathieu (Luc) : Bien, les infirmières auxiliaires, c'est une chose. Puis, déjà, dans les infirmières, il y en a plusieurs : les infirmières, qu'on appelle techniciennes, là, qui ont un diplôme collégial, il y a les infirmières cliniciennes

qui ont un baccalauréat, il y a les infirmières praticiennes spécialisées, puis on a des infirmières cliniciennes spécialisées. Actuellement, on a une spécialité, au Québec, c'est celle qui connaît un tabac, depuis le début de la pandémie, celle en prévention puis contrôle des infections. Alors, on a ça, comme type d'infirmières, qui sont sous l'égide de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Les infirmières auxiliaires, ça, c'est un autre ordre professionnel, mais, dans les milieux de soins, on travaille beaucoup en collaboration. Et il y a...

M. Dubé : Mais parlez-moi surtout de celles qui sont en première ligne, là, pour... particulièrement, là, pour, justement, le débat qu'on a, à savoir qui pourraient venir nous aider à baisser la charge des médecins. Supposons, là, qu'on réglerait le triage puis on réglerait l'interdisciplinarité, c'est quels de vos membres qui viendraient à baisser cette pression-là sur la demande des médecins?

M. Mathieu (Luc) : Oui. Bien, comme je le mentionnais dans l'allocution, c'est les infirmières cliniciennes, celles qui ont un baccalauréat, et les IPS, compte tenu des compétences requises, là, pour agir. Les infirmières cliniciennes, entre autres, elles ont le droit de prescrire. Puis ça, ça a été convenu, là, que, pour avoir un droit de prescrire, ça prend une formation universitaire puis avec les compétences qui sous-tendent ça. Puis là c'est une question d'organisation : Comment, les infirmières cliniciennes, on peut les mettre à contribution dans les différents milieux qui offrent la première ligne?

M. Dubé : Pour que les gens comprennent bien, puis moi le premier, là, qu'est-ce que vous voulez dire, c'est une question d'organisation? Je veux juste bien comprendre ce que ça veut dire quand vous dites ça.

M. Mathieu (Luc) : Bien, ce que ça veut dire, c'est qu'actuellement l'organisation fait en sorte qu'une infirmière clinicienne ne peut pas puis une IPS non plus... Quand quelqu'un veut avoir accès à des services de première ligne, il faut que ça passe par un médecin d'abord. Tu ne peux pas... Puis après ça ça peut, dépendamment... Mais ça, c'est ça, notre point important, si on ouvre... si on élargit la porte, là, peu importe le mécanisme de triage qui pourrait dire... Bien, la personne qui appelle, si c'est pour un problème de santé courant, un ajustement de modification qui peut être traité avec — comment on appelle ça, donc? — une ordonnance collective, bien, une infirmière clinicienne pourrait très bien faire ça sans que cette personne-là soit vue par même une IPS ou un médecin. Alors, il s'agirait, dans les différents milieux, de dire : Bien, comment, avec les...

• (17 h 10) •

M. Dubé : ...besoin, selon vous, de passer par un projet de loi, M. Mathieu, là?

M. Mathieu (Luc) : Pardon?

M. Dubé : Ça n'a pas besoin de passer par un projet de loi, ça?

M. Mathieu (Luc) : Non, non, non.

M. Dubé : Alors, qu'est-ce qui nous empêche, en ce moment, de le faire, ça?

M. Mathieu (Luc) : Bien, ce qui nous empêche, c'est ça, c'est... L'accès, actuellement, là, doit se faire via un médecin. Quand on prend un rendez-vous, là, en première ligne, là, dans un GMF, c'est avec un médecin. Ça ne peut pas être avec une infirmière ou une IPS, ce n'est pas comme ça que ça fonctionne. Quand je parle, c'est une question d'organisation, c'est à ça que je réfère. Si on permettait que quelqu'un appelle à un GMF ou un autre endroit où il se donne des services de première ligne, puis quelqu'un qui dit : Bien, ça, cette personne-là, elle n'a pas besoin de voir un médecin, là, c'est pour un problème de santé courant ou c'est un problème de santé chronique, puis, dépendamment des professionnels qui sont disponibles, si on élargit, là, la porte d'accès, bien là, ça pourrait être possible. Puis là ça dégage le médecin...

M. Dubé : ...je vais revenir à ma première question, M. Mathieu : Est-ce qu'on a besoin d'en tenir compte dans le projet de loi qu'on est en train de regarder? Est-ce que ces changements-là doivent avoir lieu pour qu'on puisse dire effectivement que quelqu'un pourrait s'enregistrer dans une GMF? Il pourrait le faire au niveau d'une infirmière, par exemple. On en a parlé un petit peu, hier, avec l'IPS.

M. Mathieu (Luc) : Oui, oui, oui.

M. Dubé : Mais allez-y.

M. Mathieu (Luc) : Bien, ça dépend. Si votre projet de loi porte encore le même titre, là, pour les médecins omnipraticiens, les médecins de famille, bien ça, ça concerne les médecins de famille. Mais c'est pour ça que nous, on dit, comme plusieurs, là, on a entendu ce que les autres... plusieurs groupes sont venus présenter en commission parlementaire : Il faut élargir ça. Ce n'est plus juste une affaire de médecins de famille, c'est une affaire de groupe, de professionnels de la santé. Ça fait que, dans ce contexte-là, moi, je dis : Ça, c'est une question d'organisation puis, à notre sens, pas besoin d'un projet de loi pour actualiser ça. Mais, s'il y a des aspects particuliers qui sont

l'objet de discussions, là, avec les médecins de famille, bien, ça, c'est une autre affaire. Mais ça, ça serait une portion, je dirais, congrue de ce qu'on voudrait faire, si je peux parler ainsi.

M. Dubé : Bien, je laisserai peut-être mes collègues parce que... Est-ce qu'il me reste encore du temps?

Le Président (M. Provençal) : ...

M. Dubé : S'il me reste une minute, M. Mathieu, j'aimerais ça... Parce que de toute façon, on n'est pas encore rendu à l'article par article puis à modifier le projet de loi, là. Mais, comme je vous parle quand même assez régulièrement, je voudrais bien comprendre, puis je n'ai peut-être pas le temps de le faire aujourd'hui, mais qu'est-ce qu'il doit se faire par le projet de loi puis qu'est-ce qu'il peut se faire juste par organisation du travail, pour que, justement... Parce que moi, j'essaie de me concentrer sur ce qu'on demande aux médecins. Mais, si vous me dites qu'il serait mieux d'en profiter, du projet de loi, pour clarifier certaines choses au niveau des infirmières, bien, on devrait peut-être le considérer. C'est juste ça que je dis aujourd'hui, là. Vous me suivez?

M. Mathieu (Luc) : Oui, oui, je vous suis. Mais je dis ça, je lance ça comme ça, puis on ne réglera pas tout ça ce soir, là, je pense, en tout cas de notre côté, mais, s'il y a un article qu'il faudrait qu'il soit ajouté, de dire que l'accès à la première ligne, ce n'est pas l'exclusivité des médecins de famille, bien là, ça viendrait ouvrir, là, la porte à d'autres intervenants du réseau, en tout cas, avoir quelque chose qui tourne autour de cette idée-là. Je pense que ce que nous, on invite les parlementaires à faire, c'est d'envoyer le signal à la population que, dans un futur proche, là, l'accès à la première ligne, ça ne sera pas l'exclusivité des médecins. Je ne sais pas, Caroline, si tu voulais ajouter...

M. Dubé : O.K. Bien, en tout cas, écoutez, je pense que vous... j'avais hâte de vous entendre là-dessus, parce qu'on entend beaucoup de choses, mais je pense que ça aide à préciser. Merci. J'aurais aimé ça, Mme Roy, vous...

Mme Roy (Caroline) : O.K., bien, c'est correct.

M. Dubé : C'est correct?

Mme Roy (Caroline) : Oui, c'est bon.

M. Dubé : O.K. Bien, je vais laisser mes collègues, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Oui, c'est ça.

M. Dubé : Merci beaucoup, M. Mathieu. C'est très éclairant, ce que vous venez de dire.

M. Mathieu (Luc) : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Alors, on va poursuivre cet échange-là avec le député de Nelligan.

M. Derraji : Oui. Merci, M. le Président. Merci à vous deux pour votre présence. J'ai pas mal de questions, mais je vais commencer avec un point que vous avez soulevé. Sérieux, je ne l'ai pas vu. Mais, rendu à la deuxième journée de commission, je pense que vous visez juste. Et vous visez juste, pourquoi, parce que je ne pense même pas que le ministre s'est rendu compte...

Je ne veux pas lui prêter d'intentions, mais quand vous dites : Changez le nom du projet de loi, bien, je pense que vous avez raison. Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre. Je comprends ce qu'il veut faire, M. le ministre, je comprends très bien ses objectifs, et le focus, il est sur la gestion de rendez-vous et la disponibilité des places. Mais ce que la plupart des intervenants essaient de ramener sur la table, depuis hier, c'est l'interdisciplinarité, que le projet de loi ne règle pas, et j'ai bien compris que ce n'est pas l'objectif du projet de loi.

Mais ce que j'aime, avec vos propos, vous dites : Le législateur est en train de voir l'accès à la première ligne en pensant à d'autres professions de la santé. Donc, notre «output», si je peux dire, excusez-moi le terme : on va avoir accès à des données pour voir si on a le bon portrait de la région, O.K., la disponibilité de professionnels, mais on veut dire aux gens que vous avez accès à d'autres professionnels. Mais il faut, il faut... c'est un détail, mais c'est très important, ce détail, dire à la population que la première ligne, ce n'est pas uniquement l'affaire d'un médecin généraliste. Ça, c'est un fait que vous avez mentionné.

Je vais vous ramener sur le triage. Là, avec ce projet de loi, il y a un narratif qui s'installe, changement de mentalité par rapport à l'accès aux professionnels de la santé. Et vous insistez, ce qui est louable, l'ordre des infirmières et infirmiers, aujourd'hui, vient pour dire : Écoutez, on a notre part à jouer. Mais, si vous voulez jouer votre rôle, si le triage, au début... Vous êtes les meilleurs à savoir de quoi je parle, surtout en termes de triage, parce que vous le faites très bien, j'en suis sûr et certain, et vous êtes amenés à le faire, et vous le faites très bien, vos membres le font très bien. Est-ce que vous pensez, en tant que législateurs qui étudient ce projet de loi, on doit insister sur le triage et que la clé, c'est le triage ou bien c'est autre chose?

M. Mathieu (Luc) : Bien, le triage, c'est un des éléments à considérer. Je ne dis pas que c'est la clé. La clé, c'est d'élargir l'accès, tu sais, que ce ne soit pas juste via un médecin qu'on peut accéder, éventuellement, à d'autres professionnels. C'est comme si, actuellement, le médecin, c'est un tamis, là, à travers lequel toutes les demandes doivent passer. Nous, ce qu'on dit, c'est que ce n'est pas nécessaire que ce soit ça. Le triage, ça peut être fait par une personne qui a les compétences pour trier, tu sais? Il faut que tu saches un peu, selon la personne qui se présente, selon les symptômes, là, qu'elle va mettre de l'avant, bon, de dire : O.K., ça, je vais le référer à une infirmière clinicienne, c'est suffisant; là, c'est une IPS; ou, oups! c'est suffisamment compliqué pour que je la réfère à un médecin de famille, par exemple. Alors, c'est un élément important, le triage, mais, à notre sens, là, puis Caroline, je peux t'inviter à compléter, ce n'est pas l'élément le plus fondamental de notre posture.

M. Derraji : ...

Mme Roy (Caroline) : Parce qu'en fait, juste en complément de M. Mathieu, le triage, ça permet de bien diriger l'offre, finalement. Ce qu'on vient dire, c'est qu'après le triage c'est qu'il y a plein de professionnels qui peuvent être mis à profit, dont les infirmières cliniciennes, qui pourraient assurer un suivi, aussi, de la clientèle sans que celle-ci soit obligée de passer soit par l'IPS ou par le médecin. Donc, à ce moment-là, le triage devient l'élément clé pour dire qui doit... pour voir le bon professionnel au bon moment pour le bon soin. Donc, c'est ce qui est l'élément déclencheur.

M. Derraji : Bravo! C'est excellent, c'est là où je voulais vous ramener. Parce qu'on ne veut pas traiter l'interdisciplinarité, ce n'est pas le projet de loi. Je peux passer des heures et des heures à parler de ça, mais je n'ai pas le... ce n'est pas le forum, le projet de loi ne me permet pas de parler de ça, surtout de l'interdisciplinarité.

Maintenant, ce que j'essaie de voir, c'est comment, justement, arriver à cette interdisciplinarité. C'est le travail en amont, c'est ce travail en amont que, vous... Je vous sollicite en tant que représentants des infirmières et des infirmiers : Comment vos membres peuvent se retrouver à l'intérieur de cette panoplie de professionnels qui vont intervenir après le triage? Ce matin, l'intervention que nous avons eue d'une professeure, elle a beaucoup insisté sur ce triage en amont. Et le triage en amont, c'est que, justement... éviter que la porte d'entrée ne soit pas systématiquement le médecin de famille, parce que ce n'est plus le cas, on ne peut plus. La vision, c'est qu'on met un panier où il y a plusieurs professionnels de la santé, y compris les infirmières et infirmiers.

Et c'est là ma question : Comment on peut, en tant que législateurs, avoir des indicateurs, ou paramètres, ou éléments clés, dans la première étape, avant la porte d'entrée de ce patient, pour vous aider, justement, à avoir votre part, en tant que professionnel qui veut aider le patient à rencontrer son professionnel de la santé?

Je ne sais pas si j'ai été clair ou pas. Mais je pense que vous avez saisi, donc, ce que le ministre veut faire comme solution finale. Mais qu'est-ce qu'on doit faire en amont?

• (17 h 20) •

M. Mathieu (Luc) : Je ne suis pas sûr de bien saisir. Qu'est-ce que vous voulez dire, qu'est-ce qu'on doit faire en amont? Pouvez-vous expliquer un petit peu?

M. Derraji : O.K. Là, la première ligne... Votre première critique, elle était par rapport à ce que la première année, ce n'est pas uniquement les médecins de famille, O.K. Vous parlez que la première ligne, c'est aussi une rencontre avec une infirmière ou un infirmier. On est d'accord? Aujourd'hui, si on applique le projet de loi, le patient inscrit dans la liste, bien, il doit être réorienté dans le système, ce n'est pas uniquement le médecin de famille. Qui va le référer et comment? Et c'est ce comment que je cherche, maintenant. Il y a des actes réservés à l'IPS, il y a des actes réservés aux médecins. Vous, vous vous retrouvez comment, à l'intérieur de... si, maintenant, la référence passe au GMF, passe au CLSC, passe à un centre médical?

M. Mathieu (Luc) : Bien, dans tous ces lieux-là, là, il y a des infirmières et il y a des IPS, c'est les deux catégories d'infirmières. Et là l'enjeu, là, vous me direz si je réponds à votre question... Un peu comme je l'ai mentionné tantôt, la personne qui ferait le triage, là, quand quelqu'un, peu importe le milieu, que ce soit en GMF ou ailleurs, dans une autre organisation qui offre des services de première ligne, cette personne-là, il faut qu'elle ait les compétences puis la connaissance de l'offre, par les différents procédés de la santé, dire : Bien, compte tenu de ce que la personne me dit, quand elle se présente, là, soit de façon électronique ou si elle se présente physiquement sur place... de dire : Bon, bien, à qui je devrais la référer pour que ce soit le plus efficient possible? Est-ce que c'est une infirmière clinicienne, une IPS, un médecin de famille, un pharmacien, si c'est un... dépendamment, là, des symptômes puis de ce que la personne...

M. Derraji : Mais... O.K. Excellent. Sur ce point, avez-vous des commentaires? Je vous donne un exemple : suivi d'un patient diabétique, l'enseignement des outils d'utilisation de l'insulinothérapie, première rencontre. Ça, c'est un suivi d'une infirmière?

M. Mathieu (Luc) : Oui.

M. Derraji : O.K. C'est sur ce genre d'actes que je vous demande : Est-ce que vous voulez que le législateur ait... ajoute des détails par rapport à l'acte ou à l'intervention, ou ça, c'est quelque chose que, dans la plupart des GMF, ça marche, on sait que l'enseignement du diabète, c'est l'affaire d'une infirmière clinicienne ou un suivi par rapport à l'intervention d'une infirmière praticienne, par exemple, ou IPS?

M. Mathieu (Luc) : Oui, bien, dans le projet de loi, je pense qu'on n'a pas besoin d'aller dans ce niveau de détail là. Les gens, là, les différents professionnels de la santé puis dans les différents milieux, connaissent ça, qu'est-ce les différentes personnes peuvent faire. Il y a encore peut-être de la sensibilisation, de l'éducation à faire, là. Je fais référence, il y a quelques années, quand les premières IPS, là, au début... bien, au milieu des années 2000, sont apparues, bien, il a fallu préparer les milieux à recevoir ces nouvelles... ce un nouveau rôle professionnel là, dire : Bien, qu'est-ce qu'une IPS peut faire, qu'est-ce qu'elle ne peut pas faire, puis là de viser une collaboration maximale.

Moi, avant, j'étais à l'Université de Sherbrooke puis j'avais collaboré à monter le programme avec les collègues de médecine de famille. Puis on a des diplômés qui sont sortis puis que je rencontre, à l'occasion, puis, il y a à peu près une année, j'en ai rencontré une, elle dit : J'ai un «caseload» de patients d'à peu près de 800 patients que je vois, sans que le médecin ne les voie, ou les voie de façon exceptionnelle.

Alors, ça, l'équipe qui est autour d'elle, d'infirmières, de médecins, d'autres intervenants sont au courant de ce qu'elle peut faire. Puis elle, elle a sous sa responsabilité, là, en collaboration avec les médecins, bien, ces gens-là. Elle agit en toute autonomie à l'intérieur de sa spécialité et puis elle est en mesure de savoir à quel moment ça dépasse son niveau de compétence, le cas échéant, pour référer soit à un médecin ou un autre professionnel de la santé.

M. Derraji : Juste parce que je veux revenir à l'interdisciplinarité. Donc, le projet de loi, on ne doit pas aller dans ce genre de détails, donc on prend pour acquis que l'interdisciplinarité, sur le terrain, ça marche?

M. Mathieu (Luc) : On a tout ce qu'il faut pour que ça marche, mais il faut organiser les services en conséquence.

M. Derraji : O.K. Merci à vous deux.

M. Mathieu (Luc) : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Alors, nous allons poursuivre avec le député de Rosemont.

M. Marissal : Merci, M. le Président. Bonsoir à vous deux — on est rendu le soir — merci pour votre présentation. Vous n'êtes les premiers à nous parler de la nécessaire refonte de la première ligne sur une base interdisciplinaire. Ça, je pense que ça a fait l'unanimité, même, des sept ou huit groupes qu'on a entendus. Bon, peut-être que les omnis avaient quelques nuances, là, mais, à la fin, ils ne sont pas contre la vertu.

Moi, le problème que j'ai avec ça, c'est que... je n'ai pas de problème avec l'idée générale, j'ai un problème à associer ça à ce qu'on est en train de faire avec le projet de loi n° 11, qui dit qu'il faut passer par un médecin pour s'inscrire. Ça, ça reste. Puis, dans le fond, c'est logique dans la structure actuelle, parce que le GMF, là, le boss du GMF ou les boss des GMF, là, les propriétaires, même, ce sont les médecins. Donc, à la fin, vous, même avec toute votre bonne volonté, puis c'est pareil avec les IPS, qu'on a rencontrées hier puis qui nous ont fait une présentation vraiment intéressante, vous resterez subalternes. Ce n'est pas horizontal ça, là, là, il y a une hiérarchie là-dedans.

Puis comment est-ce que vous allez pouvoir arriver, par exemple, dans votre pratique, à dire : Bon, bien, ça ne prend peut-être pas tout de suite un médecin? Donc... mais vous ne pourrez pas l'inscrire, cette personne-là, puis, si cette personne n'est pas inscrite, elle n'est pas couverte, elle n'est pas suivie. Comment vous résolvez ça?

M. Mathieu (Luc) : Bien, c'est pour ça que, quand on dit qu'on n'est pas intervenu sur les articles spécifiques du projet de loi, mais plus sur sa visée, c'est quand on considère que le projet de loi, qui s'adresse aux omnipraticiens, aux médecins de famille, bien, ce n'est pas ça, l'enjeu de l'accès à l'offre de services de première ligne. Il y a peut-être des problèmes d'accès à des données, et ces problèmes d'accès à des données là, si on élargit l'accès à la première ligne à d'autres intervenants, bien, il faut que... il faudra aussi que les systèmes d'information qui viendront soutenir, là, ces modes d'organisation-là puissent fournir des données aux réseaux, aux différents groupes intéressés, là, qu'ils peuvent avoir, avec tout des mécanismes de protection, là, requis.

Ça fait que moi, je vous rejoins là-dessus, M. Marissal, c'est qu'il faut lever ce monopole-là, si je peux dire ça comme ça, qui fait en sorte que l'accès à la première ligne, il faut absolument que tu passes par un médecin. Ça, si on ne brise pas ça, on va «spiner» dans les mêmes problèmes d'accès puis on va encore dire qu'il manque des médecins de famille, alors que ce n'est pas un problème de médecins de famille, c'est un problème d'accès au bon professionnel de la santé.

M. Marissal : Oui, bien, c'est parce que le ministre nous dit : On n'a pas besoin d'un projet de loi pour faire de l'interdisciplinarité. Ça se peut. Mais le noeud de l'affaire, c'est qu'il faut une clé pour rentrer dans le système, puis la clé, elle est nécessairement devant la porte du bureau du médecin. Ça fait que c'est la quadrature du cercle, là, on n'y arrivera pas, là. Si le médecin ne rentre pas plus de patients, après ça, vous, vous n'avez pas la possibilité, là, d'inscrire des patients. Vous allez être en appui, puis tant mieux, si ça se fait, là, puis tant mieux, si ça se développe et de plus en plus, j'en suis. Il y a les physios, là, qu'on n'a pas rencontrés mais qui militent pour ça depuis longtemps. Puis je pense que ça se fait beaucoup, dans d'autres pays, puis ça marche bien. Mais, cela dit, pour le moment, on n'a pas l'outil qu'il faut pour que vous soyez capables d'inscrire du monde. Puisque c'est ça, l'idée, c'est que les gens soient vus, soient suivis.

M. Mathieu (Luc) : Tout à fait, mais il faut se donner les moyens, comme réseau, là, comme société, que ça puisse se faire. Si ce n'est pas via ce projet de loi là, que ça soit par un autre. Mais moi, je pense que c'est une question d'organisation. Puis, vous faisiez référence, oui, les GMF, là, c'est les propriétaires, c'est des médecins. Mais ça ne veut pas dire que, parce que le propriétaire est un médecin, que l'accès aux différents professionnels qui oeuvrent dans le GMF ne peut pas être... ne peut pas être d'autres professionnels que le médecin. Ça, c'est des choix d'organisation de services. Et, s'il faut, à quelque part, inscrire ça dans un projet de loi, je ne sais pas si c'est dans celui-là ou dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, je ne sais pas trop, mais il faut le faire, parce que, sinon, on va rouler dans... comme je le disais plus tôt dans mon allocution, on va être confronté au même problème, tantôt, on va dire qu'il manque de médecins de famille, alors que ce n'est peut-être pas... ce n'est pas ça, l'enjeu, à notre sens.

M. Marissal : Je vous remercie.

Le Président (M. Provençal) : Nous allons compléter cet échange avec le député des Îles-de-la-Madeleine.

• (17 h 30) •

M. Arseneau : Merci, M. le Président. M. Mathieu, Mme Roy, merci de votre présentation. En fait, ce que vous dites, c'est effectivement ce que plusieurs nous ont dit, c'est un petit peu que le projet de loi, à l'heure actuelle, il peut avoir ses vertus, mais, par rapport aux problèmes que l'on vit dans le système de santé pour l'accès à des soins de santé pour les Québécois, il vise un peu la mauvaise cible. Vous nous dites ce qu'on a déjà dit, il faut s'assurer d'avoir les bons soins par les bons professionnels au bon moment et que ça passe par une révision de l'organisation du travail.

Et je vais poser un peu des questions qui vous ont déjà été posées, mais, j'essaie juste de voir, le point de départ pour revoir l'organisation du travail, selon vous, là, où se situe-t-il? Est-ce que c'est entre les mains des médecins? Est-ce que c'est entre les mains du ministre? Ce sont les gestionnaires du réseau? Par où est-ce qu'on passe? Est-ce que c'est un projet de loi? Est-ce que... Parce que, là, c'est un peu confus. On sait à quoi va servir le projet de loi, mais il n'atteindrait pas les objectifs que l'on veut tous atteindre depuis deux jours.

M. Mathieu (Luc) : Bien, moi, je pense que la... puis là je ne connais pas le fin détail de toutes les lois, là, qui touchent ça, mais, comme ça a été mentionné tantôt, il faut lever, là, le blocage, que l'accès à la première ligne, ça doit absolument passer par un médecin. Par exemple, dans un GMF, il faut que tu sois inscrit à un médecin. Moi, je pense qu'il faudrait être inscrit à une équipe, là, de professionnels de la santé.

Et puis tout ce qui... après ça, une fois qu'on a dit ça, là, c'est que toute l'organisation de soins soit revue, puis ça, le signal, il faut qu'il vienne du ministère puis après ça dans chaque établissement, là, dans les CISSS et le CIUSSS. Et puis là les... comment j'appelle ça, les structures professionnelles, là, pourraient être mises à contribution, je parle des CMDP, des CI puis les conseils multi, pour voir comment, tenant compte des différents contextes, parce qu'il y a des réalités d'accès différents, là, selon les régions... qu'on dise : Bien, en fonction de ces paramètres là qu'on s'est donnés, que l'accès, maintenant, à des services de première ligne, c'est un accès élargi, on a élargi le cadre de la porte, si je peux dire, si je peux prendre cette analogie-là. Et puis qu'après ça toute l'organisation puis les systèmes d'information... parce que ça, ça a été mentionné par certaines personnes, moi, je n'en ai pas parlé, mais les systèmes d'information pour soutenir ça, qu'il soient présents. Puis, si les modèles de données sont bien construits, bien là, après ça, le réseau, en dénominalisant les données, peut y avoir accès puis là regarder qu'est-ce qu'il se passe, comment... puis que les parlementaires peuvent voir un peu, dans notre réseau, là, au niveau de la première ligne, comme ça se passe. Parce que, là, pour les médecins, on sait qu'il y a un problème d'accès à des données, il y a des articles de loi là-dessus qui en font partie.

Nous, on est... moi, je suis... on est pour ça, la reddition de comptes, là. La reddition de comptes avec des données, ça en prend. C'est certain qu'il faut que ça soit dénominalisé à bien des égards. Puis là, si on se rapproche, là, de chacun des milieux, de chacun... là, c'est aux instances concernées, s'il y a des problématiques d'accès, d'intervenir. Mais, moi, c'est comme ça que... c'est comme ça que nous, on voit la façon dont ça pourrait se décliner.

M. Arseneau : J'aurais une sous-question. Je ne sais pas si j'ai encore un peu de temps.

Le Président (M. Provençal) : Allez-y.

M. Arseneau : Quand vous dites que les IPS, malgré l'adoption ou la mise en vigueur de la loi n° 6, en 2021, ne sont toujours pas considérées comme des professionnelles de la santé, est-ce que ça pourrait contribuer, justement, à ouvrir les portes vers les IPS, vers des cliniques, par exemple, qui sont gérées par des IPS ou par d'autres infirmières? Il y a déjà des modèles qui existent puis qui tirent le diable par la queue parce qu'elles ne sont pas vraiment reconnues puis pas financées.

M. Mathieu (Luc) : Oui. Bien, dans le cas des IPS, d'être reconnues par la RAMQ. Mais c'est d'être reconnu tout court, je pourrais dire, les IPS, les autres intervenants aussi, de savoir qu'on peut avoir accès à elles. Et puis, sur les lieux de prestation de soins, à notre sens, le lieu de prestation de soins, ce n'est pas ça qui est tant important, c'est les mécanismes de collaboration qui le sont. Il y a différents modes d'organisation qui ont été l'objet, là, de certains mémoires, entre autres l'Association des IPS, là, on parlait du modèle d'Archimède, la

clinique SABSA, il y a des modèles comme ça qui peuvent être intéressants. Nous, il ne faut pas dire : Il faut que les infirmières se cantonnent dans un coin puis fassent juste leurs affaires. Ce n'est pas là du tout. Comme on le dit, là, une pratique solo, là, aujourd'hui, en première ligne puis dans tous les domaines, c'est une mauvaise pratique, compte tenu de la complexité. Alors, l'idée, c'est d'avoir des mécanismes de collaboration, puis ça, ça veut dire être soutenu. Je reviens avec la question des... Ça a l'air... ce n'est pas des affaires d'informatique, c'est d'avoir du partage d'informations de santé pour être plus efficient, plus... être efficace, là, dans la prestation de soins.

Le Président (M. Provençal) : Alors, je remercie M. Mathieu et Mme Roy pour leur participation, dans un premier temps, mais surtout pour leur contribution à nos échanges.

La commission ajourne ses travaux à demain, jeudi 3 février, après les affaires courantes. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 17 h 34)