



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

DEUXIÈME SESSION

QUARANTE-DEUXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le jeudi 3 février 2022 — Vol. 46 N° 3

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 (3)

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

2022

Commission de la santé et des services sociaux

Le jeudi 3 février 2022 — Vol. 46 N° 3

Table des matières

Auditions (suite)	1
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS—Capitale-Nationale)	1
Organisation des travaux	10
Motion proposant de constituer un comité directeur	10
Mise aux voix	10
Motion concernant les frais de repas	10
Mise aux voix	10
Auditions (suite)	11
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (CISSS—Bas-Saint-Laurent)	11
Collège québécois des médecins de famille (CQMF)	20
Mémoires déposés	30

Intervenants

M. Luc Provençal, président

M. Christian Dubé

M. Monsef Derraji

M. Vincent Marissal

M. Joël Arseneau

* M. Michel Delamarre, CIUSSS—Capitale-Nationale

* Mme Isabelle Samson, idem

* Mme Isabelle Malo, CISSS—Bas-Saint-Laurent

* M. Éric Lavoie, idem

* Mme Caroline Laberge, CQMF

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 3 février 2022 — Vol. 46 N° 3

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 (3)

(Onze heures quarante-six minutes)

Le Président (M. Provençal) : Bonjour. Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je souhaite la bienvenue...

Des voix : ...

Le Président (M. Provençal) : Et je vais demander aussi le silence en même temps. 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 cette offre.

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

La Secrétaire : Non, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Ce matin, nous entendrons par visioconférence le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, représenté par M. Michel Delamarre et la Dre Isabelle Samson.

Comme la séance a débuté avec un petit peu de retard, y a-t-il consentement pour poursuivre au-delà de l'heure prévue, c'est-à-dire jusqu'à 12 h 30?

Des voix : Consentement.

Auditions (suite)

Le Président (M. Provençal) : Merci. Je souhaite la bienvenue aux représentants du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Je vous rappelle que vous disposez de 10 minutes pour votre exposé, après quoi nous procéderons à la période d'échange avec les membres de la commission. Je vous invite à vous présenter et à débiter votre exposé. Merci.

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale (CIUSSS—Capitale-Nationale)**

M. Delamarre (Michel) : M. le Président, Mmes, MM. les députés, membres de la commission, merci de nous recevoir aujourd'hui dans le cadre des auditions publiques sur le projet de loi n° 11. Je suis Michel Delamarre, P.D.G. du CIUSSS—Capitale-Nationale. Je suis accompagné de la Dre Isabelle Samson, directrice des services professionnels et aussi médecin de famille au GMF-U Quatre-Bourgeois, dans la région de la Capitale-Nationale. Dre Samson est aussi responsable de l'équipe de soutien du DRMG.

Le CIUSSS—Capitale-Nationale est certainement une des plus grandes organisations de soins de santé et de services sociaux de première ligne, et on est très fiers de nos quatre instituts universitaires, quatre centres de recherche FRQ, dont l'institut de première ligne en santé et services sociaux et son centre de recherche VITAM.

D'entrée de jeu, nous tenons à saluer l'intention du gouvernement d'améliorer l'équité d'accès à un médecin de famille via un guichet, d'améliorer la connaissance de l'offre par la population via un système de rendez-vous et de soutenir la cogestion médico-administrative via les données. On va parler d'une offre de soins et services publics intégrée, interdisciplinaire, dont font partie les GMF, accessible et équitable, pour laquelle nous avons un devoir de témoigner, de rendre compte à la population de sa performance, que cette offre de soins et services soit explicite, palpable pour la population et les décideurs, une offre de soins et services interdisciplinaire qui met à contribution toutes les compétences des différents professionnels dès le premier contact, au bon moment, l'importance de l'adhésion et de la mobilisation des médecins, qui favorisent la cogestion entre les établissements, les DRMG et les responsables de GMF basée sur des données.

Maintenant, je vous laisse aux bons soins de la Dre Samson pour la présentation des faits saillants de notre mémoire.

Mme Samson (Isabelle) : Merci beaucoup, M. Delamarre. Bonjour, tout le monde. Aujourd'hui, nous souhaitons vous présenter notre mémoire sous trois grands volets. Le premier volet, c'est l'accès aux données. Pour nous, il est crucial que les établissements, en partenariat avec les médecins de famille, puissent avoir un accès aux données afin

d'améliorer l'accès aux services de première ligne en pertinence et en interdisciplinarité. On parle ici des données, oui, de la RAMQ mais aussi des données qui pourraient être générées grâce aux plateformes de rendez-vous en ligne. Selon nous, ces données-là devraient être rendues disponibles en tout premier lieu aux médecins de famille, qui sont sur le terrain, afin d'alimenter la pratique réflexive. Je m'explique.

Aujourd'hui, pendant que je vous parle, j'ai peut-être deux ou trois patients qui sont en train d'appeler à la clinique où je travaille et de tenter d'avoir un rendez-vous avec moi. Peut-être que ces patients-là ne seront pas en mesure d'avoir un rendez-vous comme ils l'auraient souhaité. Et ce qui est triste là-dedans, c'est que je ne le saurai jamais. Donc, pour le clinicien, d'avoir accès à cette information-là, d'avoir des indicateurs qui lui permettent d'apprécier l'accès à ses propres services, ça lui permettra de faire une réelle différence et d'optimiser sa contribution à l'offre de services, parce que c'est ce que les médecins de famille souhaitent fondamentalement, c'est donner accès à leurs patients et offrir des bons soins.

Ces données-là devraient aussi, à notre avis, être mises à la disposition des GMF et des cogestionnaires, hein, de nos gestionnaires d'établissement, qui travaillent avec ces GMF-là, afin de pouvoir mieux répartir l'offre de services et répondre aux besoins de la population. Et finalement les chefs de DRMG ainsi que les hauts dirigeants des organisations travaillent quotidiennement, en lien avec les effectifs, en lien avec l'ajustement de l'offre et de la demande en première ligne, à répondre de mieux en mieux aux besoins de la population.

Nous avons besoin de données pour accomplir ce rôle-là, car ça fait partie de notre mission fondamentale et c'est la porte d'entrée, la base de notre système de santé. Donc, pour nous, une décentralisation de ces données-là pour nous donner les outils de travail au quotidien, ce serait très précieux. Et les données, plus elles seront interdisciplinaires, plus nous aurons une vision complète de l'offre de services en première ligne.

• (11 h 50) •

Le deuxième volet, c'est un accès équitable à un rendez-vous pertinent pour nos citoyens via une plateforme numérique. J'ai parlé d'interdisciplinarité dans le cadre du premier volet. Vous comprendrez que le thème reviendra dans le second volet aussi, parce qu'une de nos recommandations, c'est d'élargir l'offre de rendez-vous en ligne aux autres professionnels.

Il y a deux objectifs qui sont poursuivis par cette recommandation-là, premièrement, pour éviter que le médecin de famille devienne un goulot dans l'accès au rendez-vous à un autre professionnel. Et là, encore une fois, je vous donne un exemple concret. Hier, je regardais mon horaire de bureau de cet après-midi — ça tombe que, cet après-midi, je suis en clinique — et je voyais, dans mon horaire, un patient qui avait pris rendez-vous en ligne, et l'objectif de sa rencontre est un suivi de son hypertension. Il trouvait que sa pression était trop élevée, donc il a pris rendez-vous avec son médecin. Bien évidemment, quand j'ai vu ça, bien, je me suis dit : Bien, je ne suis pas le meilleur professionnel pour répondre à ce besoin-là. C'est probablement le pharmacien qui est le mieux placé, ou l'infirmière, pour répondre aux besoins du patient. Donc, on a dû rappeler le patient et aiguiller le patient vers le bon professionnel. Si le patient avait eu la possibilité, en ligne, de prendre rendez-vous directement avec le pharmacien ou avec l'infirmière, je crois que tout le monde aurait gagné au change.

L'objectif, aussi, d'élargir les plateformes de prise de rendez-vous aux autres professionnels, bien, c'est de pouvoir générer des données qui sont cohérentes pour l'ensemble des professionnels qui travaillent dans la même équipe, c'est de pouvoir évaluer la qualité de l'accès, oui, aux médecins de famille mais aussi à tous ses collègues qui travaillent avec lui pour offrir une gamme de services qui est accessible en temps opportun à notre population en GMF.

Finalement, le troisième volet, bien, c'est l'accès équitable à l'inscription au médecin de famille et à l'équipe interprofessionnelle. Les guichets d'accès à un médecin de famille sont le meilleur moyen dont on dispose pour assurer l'équité d'accès à l'inscription. Comme médecin de famille, ce soir, si je fais du sans rendez-vous populationnel, que je vois un patient orphelin, je peux décider de l'inscrire, peu importe le nombre de jours, de mois ou d'années qu'il est orphelin. En choisissant de l'inscrire, bien, je choisis de le prioriser sur plusieurs patients qui peuvent être en attente depuis des mois, des années au guichet et qui sont possiblement plus vulnérables. Donc, pour nous, le fait d'inciter les médecins de famille à inscrire les patients sur le guichet, c'est quelque chose qui est très positif. Et on est, par contre, convaincus qu'il faut travailler sur les exceptions en collaboration avec les médecins pour que ça demeure cohérent pour notre population puis que... par exemple, on a parlé des familles, là, vous avez pu l'aborder plus tôt dans la commission, qu'on puisse faire des exceptions pour ces gens-là.

Je termine et je repasserai la parole à mon P.D.G., mais je termine avec le volet universitaire de notre établissement, qui nous tient grandement à cœur. Pour nous, il est important que les grands changements qui pourraient être engendrés par ce projet de loi soient évalués, qu'il y ait un processus évaluatif. Et, si on pouvait générer des connaissances qui pourront servir à l'amélioration de notre système et d'autres systèmes de santé dans le monde, bien, je pense qu'on aurait une portée très intéressante.

M. Delamarre (Michel) : Donc, en conclusion, on est très disposés à répondre à vos questions dans les prochaines minutes. Le CIUSSS—Capitale-Nationale réitère au gouvernement son appui aux intentions du projet de loi n° 11. La nécessité pour les médecins d'utiliser le guichet permettra de renforcer l'équité pour l'accès via l'inscription à un médecin de famille. Nous insistons sur le fait que ce projet de loi est une opportunité de documenter et de valoriser l'accès à une équipe interdisciplinaire tout en permettant beaucoup d'agilité dans la gestion des disponibilités et de l'accès à l'offre de services des médecins et des équipes interdisciplinaires en cogestion. Cette agilité sera possible si les données sont partagées avec les médecins et si ceux-ci sont outillés à la pratique réflexive et partenaires du changement. Il est important que les solutions mises en place soient à l'échelle locale, avec le soutien du DRMG et des établissements.

Donc, merci, pour... Ça mettrait fin à notre présentation. Et nous sommes ouverts, maintenant, pour les questions.

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie beaucoup pour votre exposé. Nous allons débiter cette période d'échange avec M. le ministre. Alors, je vous cède la parole, M. le ministre.

M. Dubé : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, M. Delamarre et Mme Samson, très content de vous avoir avec nous ce matin.

J'aimerais peut-être partager avec mes collègues ici, mes collègues parlementaires, une petite information peut-être privée sur M. Delamarre. M. Delamarre a commencé sa carrière au ministère, il y a 41 ans, comme préposé à l'accueil pour finir sa carrière, dans quelques mois, comme P.D.G. de probablement... je vais le dire, là, à la jalousie de quelques-uns, d'un des meilleurs CIUSSS qu'on a au Québec, très bien géré. Alors, je tiens à vous remercier d'avoir pris le temps d'être avec nous aujourd'hui puis de... en profiter pour vous remercier. Mais vous êtes vraiment... Vous avez une carrière exemplaire qu'il est possible de conduire dans le réseau public, puis je pense que c'est important de le noter, M. Delamarre. J'ai peut-être pris une minute de mon temps, je pense que mes collègues m'excuseront, mais je tiens à le remercier.

Peut-être, Mme Samson, j'irai tout de suite dans le vif du sujet, parce que, quand... Je vais aller plutôt sur la question des rendez-vous puis je reviendrai sur les données, parce que, les données, on pourrait s'en parler beaucoup. Hier, j'écoutais la Vérificatrice générale, puis elle est d'accord avec la partie des données. Ça, elle était très, très claire. Mais elle avait quand même certaines inquiétudes sur la fiabilité des réseaux, des systèmes informatiques, je ne sais pas si vous l'avez entendue, parce qu'effectivement peut-être qu'au ministère de la Santé on a eu, comme dans d'autres ministères, des fois, des endroits où ça n'allait pas toujours bien dans l'implantation d'un nouveau système. Puis d'ailleurs les premiers balbutiements de Rendez-vous santé n'ont peut-être pas été exemplaires, je vais le dire comme ça.

Mais vous, vous avez vécu, avec la vaccination... puis je dis «vous», là... Le CIUSSS de Québec... de la Capitale-Nationale a passé de l'âge du fax à un système pas mal avancé, la vaccination, puis j'aimerais ça que vous... vous disiez en quelques mots comment vous avez pu faire ça dans un si court laps de temps, pour qu'on puisse passer, justement, de l'âge de pierre ou du fax à un réseau intégré d'information qui vous permettait de suivre la prise de rendez-vous, incluant l'interdisciplinarité, parce qu'à la fin il n'y avait pas juste les vaccinateurs avec qui on pouvait prendre rendez-vous, mais on pouvait prendre rendez-vous avec les pharmaciens aussi. J'aimerais ça que vous nous dites comment ça s'est fait, rapidement, pour qu'on puisse, après ça, faire un parallèle, de dire : Bien, ce qu'on est en train d'essayer de faire pour la prise de rendez-vous, là, ce n'est pas d'aller sur la lune, on l'a fait dans un temps assez court avec la vaccination. J'aimerais ça que vous en parliez, si vous êtes à l'aise d'en parler quelques minutes.

Mme Samson (Isabelle) : ...je laisserai mon P.D.G. répondre à la question.

M. Delamarre (Michel) : ...M. le ministre, merci pour vos bons mots. C'est une minute très bien investie, pour ma part. Merci beaucoup.

Écoutez, pour la... Je pense qu'il y a quelques ingrédients, pour répondre à votre question. D'abord, ça prend une solution qui est agile, hein, l'application comme telle, elle doit être agile, mais ça prend aussi une mobilisation puis une croyance qu'on peut y arriver rapidement. Chez nous, ça a été une solution qu'on a eue qui est agile, mais aussi des personnes impliquées pour s'assurer d'une pleine utilisation, justement, de cette application-là. Et c'est ce qui a fait la différence.

Donc, en peu de temps, on était à même, effectivement, d'utiliser une solution, de la mettre en oeuvre, d'avoir une équipe interdisciplinaire, justement, qui a permis... on va rester dans le thème, qui a permis de faire en sorte qu'on en fasse une utilisation optimale le plus rapidement possible. C'est des ingrédients de base, c'est la technologie, l'agilité et l'équipe interdisciplinaire, justement, pour s'assurer qu'on utilise vraiment cette solution-là.

M. Dubé : Puis vous, dans votre... dans votre CIUSSS, ici, à la Capitale-Nationale, là, vous avez quand même un très grand nombre de GMF, d'endroits qu'on doit connecter. Vous avez quelques systèmes de prise de rendez-vous. Vous avez Rendez-vous santé, vous en avez d'autres. Est-ce que vous voyez que ça se dirige dans la bonne direction, là, ce qui est en train de se faire puis qui... Parce qu'il nous manque encore les données des médecins dans nos systèmes, mais les systèmes... Je ne sais pas combien de GMF vous avez de connectés qui sont prêts à recevoir les données, là.

• (12 heures) •

M. Delamarre (Michel) : Oui. Je vais laisser Dre Samson peut-être répondre à la question, mais il faut quand même se dire qu'on est... Je parlais tantôt d'une offre de services publics intégrée, avec des systèmes qui... un système, dans les GMF, qui est propre à chacun des GMF, avec nos systèmes d'information qui ne sont pas les mêmes. Donc, à la base même, il y a une certaine difficulté de communication pour avoir des données intégrées, pour une offre de services aussi importante que l'offre de services de première ligne, dans un premier temps. Et je laisserais Dre Samson parler peut-être davantage là où on en est par rapport à la connectivité.

Mme Samson (Isabelle) : Oui. Nous avons 33 GMF sur le territoire de la Capitale-Nationale, et puis ils sont tous... Ils ont tous signé, là, leur approbation pour participer à l'orchestrateur. Nous sommes présentement branchés avec RVSQ pour 18 de ces GMF là, et les arrimages sont en cours, là, pour le partage de données.

Je vous dirais que ce qui va être très important pour nous dans cet effort de mobilisation là vers l'orchestrateur, c'est le fait que les médecins de famille y voient une valeur ajoutée pour leurs patients et pour les professionnels avec lesquels ils travaillent. Je pense que c'est en... La notion de l'interdisciplinarité qu'on a portée aujourd'hui, je pense que c'est une des valeurs ajoutées que les médecins voient, parce que c'est sûr que c'est... Comment dire? Quand une plage de rendez-vous est utilisée pour un patient qui veut un suivi pour sa pression, qui a pris rendez-vous en ligne, l'exemple que j'ai donné tout à l'heure, bien, le médecin ne sent pas nécessairement qu'il joue pleinement son rôle. Donc, que la plateforme puisse être adaptée aux besoins des cliniciens, et qu'elle puisse générer des données, si on peut aller là, puis qu'elle peut nous donner des façons de s'améliorer nous-mêmes, bien là, assurément que c'est des éléments qui vont favoriser l'adhésion des cliniques.

M. Dubé : Bien, c'est pour ça. Non, mais je comprends. Puis je ne veux pas prendre trop de temps là-dessus, mais c'est important de rentrer la notion d'interdisciplinarité. Puis c'est pour ça que je faisais le lien entre la vaccination, qui se faisait soit dans les centres de traitement, dans les centres de vaccination ou dans les pharmacies. Donc, le fameux intégrateur peut se faire avec plusieurs disciplinarités. O.K. Je pense que ça, c'est clair.

Je ne sais pas si c'est vous ou M. Delamarre qui veut parler des données. Mais vous, vous êtes DRMG, hein? C'est ce qu'on... Vous n'êtes pas DRMG. C'est quoi, exactement, votre rôle par rapport au DRMG qu'on connaît, là, dans un... J'ai peut-être mal compris. Expliquez-moi donc votre rôle.

M. Delamarre (Michel) : Vas-y.

Mme Samson (Isabelle) : Je suis directrice des services professionnels, donc je suis responsable des 700 médecins, dentistes, pharmaciens qui travaillent au CIUSSS de la Capitale-Nationale, dont 350 médecins de famille qui sont dans l'établissement. Mon équipe de gestionnaires est responsable de 23 des 33 GMF, donc tous les GMF qui sont dans la région de Québec métro, là. Les ressources, les professionnels qui sont là relèvent de mon équipe de gestion, qui, elle, est en cogestion quotidienne avec les médecins responsables de ces GMF là et... (panne de son) ...tous les étages de cogestion. Le chef du DRMG est en cogestion avec ma directrice adjointe. Donc, on est vraiment toujours en interface avec le DRMG. On travaille en collaboration, en cogestion, à tous les niveaux.

M. Dubé : Et vous... Puis là je vais revenir sur l'importance, parce que vous l'avez bien fait dans votre présentation, l'importance des données pour mieux planifier, justement. Est-ce que les médecins sont surchargés ou... Comment... Donnez-moi un exemple pratique, là, que... Si vous aviez... vous avez utilisé le mot «décentraliser», donc, des données décentralisées, dans vos... pour donner à votre DRMG, donnez-moi des exemples de ce que ça pourrait vous aider à mieux gérer.

Mme Samson (Isabelle) : Je peux vous donner des exemples très contemporains de la pandémie. Donc, dans le cadre de la pandémie, on avait besoin des médecins pour venir nous aider en zone chaude, hein, on devait soigner les patients. Les médecins devaient diminuer leurs activités un peu en première ligne pour pouvoir venir nous aider. Et, à ce moment-là, on a fait le tour de nos GMF et on demandait : Bien, est-ce que vous pouvez libérer un médecin pour venir? Bien, ce que les GMF nous ont demandé, à ce moment-là, ont dit : Bien, est-ce qu'on peut avoir une idée de comment chacun des GMF contribue? Quelle est l'offre de services actuelle de chacun des GMF, pour pouvoir savoir lequel a le plus de capacités puis pourrait dégager quelqu'un pour venir travailler en zone chaude? C'est les GMF qui nous l'ont demandé, par principe d'équité, c'est tout à fait légitime, et, à ce moment-là, bien, on ne pouvait pas leur répondre. Mais, si on avait les données, ça pourrait aider les médecins comme ça, avec notre soutien, à se gouverner puis à pouvoir répartir le travail de façon plus équitable.

M. Dubé : Vous le savez, là, puis je ne ferai pas de commentaire là-dessus, mais on voit que cette demande de données là qu'on fait pour être capables de mieux gérer, ça peut être vu comme uniquement pour fins de contrôle, mais, je le dis, c'est pour fins de gestion. Et ça, vous êtes d'accord avec ce principe-là pour être capables de mieux gérer votre portefeuille ou votre bassin de presque, quoi, 700 médecins, là, si je compte l'ensemble de ce que vous dites, là. C'est ça?

M. Delamarre (Michel) : Tout à fait.

M. Dubé : Allez-y, M. Delamarre.

M. Delamarre (Michel) : Puis peut-être que je ferais un autre bout, M. Dubé. Vous avez parlé de mes 41 années de service, mais, je vous dirais, moi, je suis très fier de la qualité des médecins et des professionnels qu'on a dans le réseau. Je pense que ce qu'on touche actuellement, c'est une organisation intégrée publique, hein, les GMF font partie d'une organisation intégrée publique, et la donnée est certainement... puis je n'ai pas à vous convaincre là-dessus, la donnée est un élément fondamental pour la quête et la recherche de la qualité des services, dont l'accès en fait partie. Elle est en mesure d'assurer une équité, de voir comment est répartie notre offre de services. Et on a l'obligation de témoigner à la population de la performance de notre réseau public, qui inclut des GMF.

Dans ce cadre-là, la donnée, elle est fondamentale. Et ce qu'on met de l'avant, c'est, oui, les données de la RAMQ, mais, aussi, avoir un portrait de la façon dont on utilise, justement, nos plages de rendez-vous pour la population,

pour moi, c'est crucial. Et il faut le voir dans une dynamique d'amélioration, tout en respectant la donnée puis ce qui appartient à chacun des GMF, mais chacun des GMF a besoin. Le DRMG a besoin de savoir, exemple, où on en est rendus par rapport à la mise en oeuvre de l'accès adapté dans chacun des GMF. C'est très variable d'un GMF à l'autre, l'organisation adaptée interdisciplinaire.

M. Dubé : Ça, j'aimerais ça... Je m'excuse, M. Delamarre. Il me reste encore du temps, M. le Président?

Le Président (M. Provençal) : ...

M. Dubé : O.K. Parlez-moi-z-en un petit peu, de la... de différents niveaux d'accès adapté. On a eu une très bonne présentation, hier, d'une dame qui a un doctorat en... j'allais dire presque en accès adapté, là, mais qui a fait une excellente présentation. Parlez-moi-z-en un peu, du différent niveau de... que ce n'est pas tous les GMF qui sont rendus au même endroit en accès adapté. Puis quel impact... Quel est le potentiel qu'on pourrait avoir sur notre fameux cas de GAMF, là, du guichet d'accès, où on a 900 000 patients? Dans la région de Québec, c'est combien, le nombre de patients qui sont sur le GAMF, pour la Capitale-Nationale? C'est à peu près combien?

M. Delamarre (Michel) : Vas-y, Isabelle.

Mme Samson (Isabelle) : 108 000 patients.

M. Dubé : 108 000 patients, pour la Capitale-Nationale, qui n'ont pas un médecin de famille. Parlez-moi de l'accès adapté. Est-ce que ça pourrait avoir un impact? Si tout le monde était au meilleur niveau d'accès adapté, est-ce que ça pourrait faire une différence importante pour la région de Québec?

M. Delamarre (Michel) : Moi, je pense, ça ferait toute la différence, effectivement, parce que c'est là toute la force des compétences de l'interdisciplinarité. Elle n'est pas optimale au moment où on se parle. Elle est très variable d'un GMF à l'autre. On a des GMF qui réussissent et se rapprochent d'une organisation interdisciplinaire, en accès adapté, optimale, mais c'est très variable. Et on a... On peut... Et, en même temps, je vous dis ça, je peux...

M. Dubé : Vous en avez... Oui, excusez-moi.

M. Delamarre (Michel) : Oui. Mais, en même temps que je dis ça, j'ai très peu de données pour soutenir ce que je vous dis, parce que je n'ai pas la donnée. Je ne le sais pas, où on en est, je ne sais pas, chacun des GMF. Je crois, certaines expériences... J'ai été voir dans des GMF. Je sais qu'il y en a qui travaillent très fort pour une organisation vraiment intégrée accès adapté, mais, en même temps, je n'ai pas de donnée. Et c'est de valeur, parce que, même pour les GMF, pour l'ensemble de la communauté des médecins, pour nous, on pourrait témoigner à la population de notre performance. Oui, il y a de l'amélioration, beaucoup, mais on pourrait avoir, à tout le moins, l'évolution. Et je suis convaincu qu'il y a un impact incroyable si on travaillait dans ce sens-là. Je vais laisser Isabelle... Dre Samson.

M. Dubé : Oui, allez-y. Non, c'est... Allez-y, Isabelle... excusez-moi, Dre Samson. Excusez-moi, excusez-moi.

Mme Samson (Isabelle) : Il n'y a pas de problème. Mais effectivement, là, la récurrence de la donnée, c'est clair que ce serait éclairant, puis pour les médecins de famille aussi. Comme je vous disais, là, d'avoir des indicateurs qui nous permettent, à nous... On parlait du troisième rendez-vous disponible. Bien, si chaque médecin dans la région pouvait connaître son troisième rendez-vous disponible, connaître la cible, bien, à ce moment-là, ce qui est intéressant, c'est que cette pratique réflexive là, donc, de donner au clinicien de l'information sur sa propre pratique, information qu'il n'a pas présentement parce qu'elle n'est pas perçue, bien, c'est clair que c'est mobilisant puis qu'on veut s'améliorer. Donc, ça amène un changement intrinsèque sans qu'on ait besoin d'imposer des façons de faire.

Donc, pour moi, là, plus on est capables de donner des indicateurs, plus les médecins vont vouloir aller vers l'accès adapté avec les autres professionnels qui sont dans leur équipe et mieux servir leurs patients.

M. Dubé : Juste une dernière... Juste une dernière question, parce que celle-là me préoccupe un peu, là. Vous avez parlé de l'accès équitable. Vous dites que la priorité devrait être sur ceux qui sont sur le GAMF avant les autres, mais qu'il devrait y avoir des exceptions, j'ai bien compris, notamment les membres d'une même famille. Est-ce que vous pensez qu'on peut garder cet équilibre-là, prioriser les gens sur le GAMF pour les prendre, parce qu'ils attendent, des fois, depuis deux, trois, quatre, cinq ans, mais, en même temps, donner au... que le médecin puisse faire preuve de jugement? C'est un peu ça que vous me dites, là, il faudrait trouver l'équilibre entre les deux.

• (12 h 10) •

Mme Samson (Isabelle) : Tout à fait. C'est à discuter en collaboration avec les médecins puis de convenir des exceptions qui font le plus de sens pour la population.

M. Dubé : Vous seriez moins sur... moins drastique, là, par rapport à l'utilisation du GAMF pour certaines exceptions. C'est ça que je comprends. O.K.

Mme Samson (Isabelle) : Il serait... Bien, l'utiliser le plus possible. Maintenant, définir les exceptions ensemble, tout à fait.

M. Dubé : Je vois que je manque de temps, mais, encore une fois, à vous deux, merci beaucoup pour vos bonnes explications. Très apprécié. Merci beaucoup.

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

M. Derraji : Merci, M. le Président. Dre Samson, M. Delamarre, merci beaucoup pour votre rapport. C'est très, très clair. Vous avez mentionné quelque chose que j'ai vraiment aimé. Hier, nous avons eu des échanges avec le ministre sur le triage. Et, tout à l'heure, et corrigez-moi si je me trompe, vous avez dit que vous avez reçu un appel pour prendre un rendez-vous avec vous, mais, si le travail était bien fait avant, le patient sera dirigé vers un autre professionnel de la santé beaucoup plus rapidement pour régler son problème de pression artérielle. J'ai bien résumé le cas? O.K.

Si on revient en amont, et vous êtes responsable de pas mal de GMF, vous avez la vision macro et micro, pensez-vous, au-delà de la qualité des données, que, si on met l'emphase sur le triage, ça peut améliorer les résultats en amont?

Mme Samson (Isabelle) : Bien, en fait, le triage... Bien, il y a le projet GAP, là, dont vous allez entendre parler plus tard aujourd'hui, qui est un peu sur ce principe-là. Assurément, la pertinence de l'utilisation des services de santé en première ligne, pour moi, comme directrice des services professionnels qui est en cogestion avec le DRMG, c'est quelque chose qui peut faire une grande différence. Le défi que nous avons, c'est que nous avons des citoyens qui souhaitent avoir accès à un outil en ligne et que, présentement, en ligne, ce triage-là est beaucoup plus difficile.

L'autre défi qu'on a comme établissement, c'est que, si on place systématiquement une infirmière en amont des consultations, on va manquer d'infirmières à quelque part.

M. Derraji : Non, non, vous avez raison, vous avez raison. Ce n'est pas mon but. La technologie, et j'ai en face de moi un ministre qui croit beaucoup à la technologie... En fait, nous avons le bon forum. Lui, il réfléchit par rapport au triage, moi, j'essaie d'utiliser les tribunes que j'ai pour dire : Écoutez, prenons le temps de réfléchir sur le triage. Parce que vous l'avez très bien mentionné, M. Delamarre, tout à l'heure, vous avez dit : Je n'ai pas les données pour pouvoir dire est-ce que c'est bon ou pas bon. C'est une excellente réponse, parce que c'est un cercle vicieux. Mais ma crainte, ce n'est pas uniquement les données, c'est passer à côté du triage. Et là, maintenant, il y a des technologies qui existent, utilisant des algorithmes, de l'intelligence artificielle, que... On ne peut pas uniquement mobiliser un professionnel de la santé pour faire le triage. C'est une perte. Je préfère que ce professionnel s'occupe de regarder les patients.

Ma question est très simple. Nous sommes en train d'étudier ce projet de loi. Je ne veux pas juste que le législateur se concentre sur les données, on oublie l'amont. Moi, ma crainte, c'est que... Vous l'avez très bien mentionné, la cogestion, l'intervention de plusieurs professionnels, qu'on valorise l'intervention des autres professionnels, mais j'aimerais bien vous entendre sur le triage. Est-ce que vous avez des remarques ou des commentaires à nous, les élus, par rapport à ça?

M. Delamarre (Michel) : J'ai peut-être un élément, que Dre Samson pourra peut-être parler un peu davantage, qui va dans le même sens. Il y a une question d'enseignement, d'éducation à la population. Et une utilisation des algorithmes, justement... On a un projet pilote actuellement, dans un... le secteur de la Capitale-Nationale, qui va aussi dans ce sens-là. On a un projet pilote aussi où on a développé des algorithmes. La réceptionniste, avec des algorithmes qui ont été développés, peut déjà orienter davantage la personne au bon professionnel. On parlait d'algorithmes, je suis très content d'entendre ça.

Donc, dès le début, il y a des algorithmes. La personne appelle pour telle chose. On peut enseigner à la population de dire : J'appelle pour ajuster un médicament, est-ce que je pourrais prendre un rendez-vous avec un pharmacien direct?, plutôt que faire comme Dre Samson a vécu hier, je vais prendre mon rendez-vous avec mon médecin de famille. Donc, c'est d'avoir des algorithmes. Et ça, on peut même les mettre en ligne. La réceptionniste peut se servir des algorithmes et travailler avec l'infirmière qui est à côté d'elle ou l'IPS, et même le médecin, pour le diriger à la bonne place rapidement.

Je pense qu'il y a des solutions qu'on doit discuter avec nos... en cogestion avec nos médecins responsables, nos médecins. Et il y a plein de solutions que je vois. Comme je vous dis, on a deux projets pilotes actuellement et on est convaincus qu'entre autres l'ajustement de médicaments va passer directement au pharmacien, sans passer par le médecin.

M. Derraji : Bien, en fait, c'est justement... M. Delamarre, vous évoquez... Merci d'être là, parce que c'est du concret. On parle d'indicateurs, mais, au bout de la ligne, le souhait de tous les élus, c'est qu'on règle cette problématique d'accès à la première ligne. Les moyens technologiques existent. Je ne veux juste surtout pas qu'on passe à côté d'une opportunité.

J'aimerais bien... Je suis curieux de savoir, ce projet pilote, il est où. Si vous avez des résultats préliminaires à nous partager, si ce n'est pas secret, envoyez ça aux membres de la commission. Parce qu'on n'a pas encore commencé l'étude détaillée, mais ça va nous éclairer et nous donner des idées par rapport... comment on peut vous aider au niveau du triage.

Parlons, justement, de l'ajustement de médicaments. Je reviens à la patiente qui vous a appelée, Dre Samson. Si, en amont, on avait cet algorithme, c'est un de moins dans le réseau. Et un de moins, c'est des listes, et des listes, et des listes d'attente. Donc, pensez-vous que le législateur doit vous guider par rapport à ces algorithmes ou vous pouvez nous dire aujourd'hui : Chers élus, ce n'est pas votre responsabilité, au niveau de la direction, on s'en occupe? Comme ce que vous avez fait au niveau des ordonnances collectives. Il y avait une directive au niveau du ministère. Après, chaque région, hein, chaque région s'est adaptée en fonction du contexte local. Est-ce que vous encouragez les élus, aujourd'hui, à aller dans le détail du triage? Si c'est oui, donnez-nous des exemples. Si c'est non, dites-moi pourquoi.

Mme Samson (Isabelle) : Juste pour clarifier un élément, la patiente avait pris rendez-vous en ligne. Parce que, si elle avait appelé à la clinique, on l'aurait aiguillée vers le bon professionnel, parce que, les pratiques d'accès adapté que mon P.D.G. vient de vous énoncer, on les applique dans notre milieu. Donc, la patiente n'aurait pas abouti dans mon horaire si elle avait pris un rendez-vous via la secrétaire. Elle avait pris son rendez-vous en ligne, ce qui a nécessité qu'on vienne ajuster par la suite.

Maintenant, est-ce que le législateur devrait, comment dire, cadrer davantage les attentes, les outils, les façons de travailler en accès adapté? À ce point ici, je vous dirais, nous avons développé beaucoup d'outils au Québec dans les dernières années, beaucoup de connaissances en accès adapté. Personnellement, je ne crois pas que les outils de triage ou les algorithmes de triage doivent passer par un cadre législatif. Ce sont des pratiques. Par contre, que ce soit encouragé, qu'on ait des guides provinciaux, qu'on ait des cadres de référence, je pense que ça peut être très intéressant et puis ça peut nous donner des façons de faire plus uniformes.

M. Derraji : Donc, un exemple, qu'on encourage le gouvernement du Québec à mettre un cadre de référence pour le triage à l'image de ce qui a été fait au niveau des ordonnances collectives, et qu'il y a une adaptation au niveau de chaque région ou à la tête de chaque CIUSSS, est-ce que c'est une option pour vous, et travailler sur des bonnes pratiques de triage?

Mme Samson (Isabelle) : Bien, en fait, il faudrait parler du libellé, là, parce que le triage... Je ne suis pas sûre que j'adhère au terme «trriage». C'est très... très complexe dans notre milieu, là. Le triage est fait exclusivement par les infirmières. Donc, je pense que je ne pourrais pas affirmer que je suis en accord avec ce que vous venez de dire, mais je comprends...

M. Derraji : Oui. Vous êtes très prudente, et je le vois depuis le début. Ce n'est pas grave. Et je n'essaie pas de vous mettre des mots dans la bouche. Mais je retire... Pas le mot «trriage». Ce n'est pas une infirmière qui va le faire. Moi, je pousse, le ministre sait très bien, où je loge depuis hier, pour de la technologie derrière le triage, des algorithmes automatiques. Je ne veux pas mobiliser un professionnel. Je veux faciliter l'accès aux professionnels sans mobiliser de professionnels en amont. Est-ce que je suis clair?

M. Delamarre (Michel) : Bien, M. le député, peut-être juste, M. le député... Juste pour faire une petite nuance, je pense qu'on comprend très bien ce que vous venez de nous dire. C'est juste que le terme «trriage», dans notre jargon, à tout le moins, réseau, amène quand même des protocoles et des professionnels dédiés à ce type d'activité de triage, qui est comme une activité spécifique en soit. Mais on comprend très bien. Dans le fond, c'est d'être sûr qu'on va bien analyser le besoin de la personne pour le diriger directement au bon professionnel à partir d'algorithmes. Je n'utiliserais pas le mot «trriage» mais davantage...

M. Derraji : Gérer la porte d'entrée.

M. Delamarre (Michel) : ...justement.

M. Derraji : Gérer la porte d'entrée au système. O.K. Gérer la porte d'entrée.

M. Delamarre (Michel) : Tout à fait. C'est juste que le triage, c'est le mot réservé à une activité très spécifique pour laquelle les professionnels sont mobilisés. Puis le triage en soi n'atteindrait peut-être pas l'objectif que vous souhaitez, qu'on souhaite, tout le monde, mais davantage une bonne évaluation du besoin de la personne et le diriger vers le bon professionnel dès le premier contact avec ce professionnel-là. Ce que je vous disais tantôt, premier contact, le bon professionnel, c'est ce qu'on recherche, avec toutes sortes d'algorithmes et d'outils qui vont nous permettre d'y arriver, incluant la prise de rendez-vous directement bien faite, soit par téléphone ou en ligne.

M. Derraji : O.K. Donc, on se...

• (12 h 20) •

Mme Samson (Isabelle) : Tout à fait. Si ce que vous proposez, c'est un outil basé sur l'intelligence artificielle, en ligne, qui permettrait aux patients d'être orientés, grâce à cette intelligence-là, vers le bon professionnel en ligne, assurément que ça aurait empêché ma patiente de se retrouver dans mon horaire cet après-midi. Ça aurait été bon pour la patiente, ça aurait généré de la capacité pour moi, comme médecin de famille. Donc, ça, oui, c'est un besoin, assurément.

M. Derraji : Vous avez très bien compris, et c'est une très bonne réponse. Dernière...

Le Président (M. Provençal) : 30 secondes.

M. Derraji : 30 secondes. Dernière. Vous êtes médecin de famille. L'accès à la première ligne, vous le voyez comment? Uniquement réservé aux médecins de famille ou bien, maintenant, 2022, c'est accès à n'importe quel professionnel de la santé qui peut répondre aux besoins?

Mme Samson (Isabelle) : C'est clair que c'est la deuxième option. On est des équipes. C'est comme ça qu'on travaille, nous, dans nos milieux de travail aussi, et les patients ont accès à la personne qu'ils doivent voir, au moment où ils doivent le voir.

M. Derraji : O.K. Merci à vous deux.

Le Président (M. Provençal) : Merci, M. le député. Nous poursuivons avec le député de Rosemont.

M. Marissal : Merci, M. le Président. Oui. Dre Samson, M. Delamarre, merci d'être là. Je vais faire court parce que je n'ai pas beaucoup de temps. Dre Samson, 700 médecins, vous avez dit, dont vous avez la... bon, qui sont sous votre supervision, je vais dire ça comme ça. C'est ça? Ce sont des omnis, ça? Pas tous?

Mme Samson (Isabelle) : 350 médecins de famille puis 350 spécialistes.

M. Marissal : O.K. Vous avez entendu la FMOQ comme moi. Vos omnis sont nécessairement membres de la FMOQ, puis vous aussi, si vous êtes omni. Je ne veux pas vous mettre sur le «hot seat», là, mais vous n'êtes pas en train de vous faire des amis dans votre ordre professionnel, là. Comment on va gérer ça, là, pour les faire embarquer, mettons, là, qu'on s'entend sur une façon d'ouvrir la première ligne? Vous avez des bonnes idées. Je ne suis pas sûr que je les partage toutes, mais ça, ça n'a pas d'importance. Comment on fait embarquer les médecins de famille là-dedans?

Mme Samson (Isabelle) : Bien, à mon sens, c'est d'abord en ouvrant le dialogue. Puis c'est un peu l'objectif de notre mémoire, aussi, de mentionner que, pour nous, on doit travailler. Il est crucial d'avoir la mobilisation et la collaboration des médecins de famille à l'échelle régionale.

Mais, vous le mentionnez très bien, c'est clair que les dynamiques provinciales influencent notre capacité de mobiliser les gens sur le terrain. On a de grands défis en première ligne. Pas plus tard qu'hier, j'avais la chance de faire un Zoom avec les 1 000 médecins de la région de Québec qui sont sous la responsabilité du DRMG, et c'est ce que je leur ai dit. Je leur ai dit que je souhaitais qu'on puisse continuer à avancer ensemble malgré la situation qu'on vit présentement puis le climat qui est peut-être plus difficile.

Mais je suis convaincue qu'en ramenant la notion de la décentralisation avec l'«empowerment» qu'on propose, des médecins de famille, pour qu'eux-mêmes puissent avoir accès à leurs données pour s'autogérer avant même qu'on puisse venir leur demander de faire autrement, pour moi, ça, c'est quelque chose qui est très porteur. Puis c'est pour ça qu'on a voulu vraiment le camper, là, en début de présentation.

M. Delamarre (Michel) : Peut-être, M. le député, j'ajouterais...

M. Marissal : Rapidement, s'il vous plaît.

M. Delamarre (Michel) : Oui. Regardez, rapidement, ce que j'ajouterais, on l'a dit dans notre mémoire, c'est une responsabilité partagée du gouvernement et de la FMOQ pour tout ce qu'on vient de dire, et aller chercher l'adhésion et la mobilisation des médecins. Tous les médecins ont avantage, je crois, dans leur milieu propre à eux, de leur GMF, comme nous, DRMG et cogestionnaires, d'avoir les données qu'il faut pour être en mesure de témoigner, justement, de la performance de notre réseau et surtout travailler à améliorer notre offre de services intégrée de première ligne.

M. Marissal : Je pense que je n'ai plus beaucoup de temps. Une minute, quand même. Mme Samson, un Zoom avec 1 000 médecins, ça, ça doit être un record du monde, ça. Je ne suis pas sûr que je vous envie beaucoup.

Mme Samson (Isabelle) : Ils travaillent très fort puis...

M. Marissal : Page 5 de votre mémoire : «Bien que nous soyons en accord avec les intentions du gouvernement, nous sommes préoccupés des impacts potentiels de ce projet de loi sur la mobilisation médicale et le recrutement de futurs médecins de famille.» On l'a beaucoup entendu. Il vous reste à peu près 25 secondes pour commenter là-dessus.

Mme Samson (Isabelle) : Bien, c'est clair que la valorisation de la médecine de famille, c'est crucial, là. Il nous faut des médecins de famille. Il faut qu'ils puissent travailler avec tous les outils nécessaires pour pouvoir bien soigner leurs patients. Notre travail, c'est d'essayer de les appuyer le mieux possible et de travailler en cogestion

puis en collaboration avec eux, et à tous les niveaux de notre système. Tous les gestes de collaboration qui pourront être posés dans cette dynamique de cogestion et de partenariat, ça va nous aider, sur le terrain, à faire notre travail.

M. Marissal : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, M. le député. Alors, on termine cet échange avec le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Merci beaucoup, M. le Président. Merci pour votre présentation. Je vais continuer sur la même thématique. Vous parlez, dans votre mémoire, des retraites qui s'en viennent, 74 médecins. La FMOQ nous a dit qu'avec un projet de loi comme celui-là on va accélérer les prises de retraite puis on va avoir plus de difficultés à attirer des gens à la médecine de famille. Comment est-ce qu'on s'en sort? Je vous entends sur l'idée qu'il faut les mobiliser, mais ce qu'ils nous disent, c'est : Il n'y a rien de plus démobilisant que le projet de loi actuel. On s'en sort comment?

M. Delamarre (Michel) : Peut-être, je vous ferais une petite parenthèse avant. Moi, je pense, au contraire, que, dans la mesure où on a de la donnée pertinente pour faire les bons choix et témoigner de la performance de notre offre de services de première ligne... moi, je pense que c'est très encourageant pour les professionnels et les médecins qui y travaillent. Je pense que le plus dur actuellement, c'est de ne pas avoir cette donnée-là... et de nous permettre, justement, de travailler à l'amélioration, et axer sur les bonnes pratiques, et témoigner qu'on a mis en place l'accès adapté de façon optimale, qu'on a mis en place les leviers, les outils qu'on avait besoin pour un meilleur accès à la population. Moi, je pense que ça peut faire peur au départ, mais je suis convaincu que la donnée bien utilisée, en cogestion avec les médecins, va être davantage une valeur ajoutée pour tout le monde.

M. Arseneau : Je vais vous poser une question un peu délicate, mais ce qu'ils semblent sous-tendre, le projet de loi puis certains propos qu'on a entendus, dont le premier ministre, c'est qu'il y a des médecins qui ne font pas un bon travail — c'est sa citation — qui ne travaillent pas suffisamment, qui ne sont pas assez productifs. Est-ce que c'est votre point de vue?

M. Delamarre (Michel) : Bien, moi, je vais vous dire, je vais le reprendre différemment. Je vous le disais tantôt d'emblée, on n'a rien à envier, à travers le monde, de la compétence de nos médecins et de nos professionnels. On est très bien...

M. Arseneau : On ne parle pas de compétence, on parle de productivité, là, à l'heure actuelle.

M. Delamarre (Michel) : Oui, mais j'en viens à ça. Ce que me disent, justement, les professionnels interdisciplinaires, c'est, justement, la façon dont on s'organise et la façon dont on peut rendre accessibles les outils qu'on a et les leviers qu'on a pour faire une bonne organisation de services. La compétence est là...

M. Arseneau : Maintenant, vous parlez beaucoup... Je m'excuse, je manque de temps. Vous parlez beaucoup des médecins. Vous n'avez pas parlé d'un modèle qui nous a été présenté, notamment, par les IPS, Archimède. C'est sur votre territoire. Est-ce que je me trompe?

M. Delamarre (Michel) : Oui, tout à fait. Bien, c'est ce que je faisais référence un petit peu tantôt...

M. Arseneau : Pourquoi est-ce qu'on ne fait pas une trentaine d'Archimède sur le territoire puis qu'on règle une bonne partie du problème? Parce qu'on parle beaucoup d'interdisciplinarité, mais on a juste entendu parler des médecins.

M. Delamarre (Michel) : Oui, mais... Bien, je pense qu'on a parlé beaucoup de l'interdisciplinarité et de l'importance des autres professionnels. Et Archimède va clairement dans le sens qu'on a... qu'on vous dit depuis tantôt et qu'on a mis dans notre...

M. Arseneau : Reproduire le modèle Archimède.

M. Delamarre (Michel) : Bien, en fait, Archimède, c'est... je vais laisser Isabelle en parler pour les quelques minutes, là, je passerais la parole, mais ça va exactement dans le sens qu'on vous dit.

Mme Samson (Isabelle) : On a plusieurs modèles actuellement qui sont en cours d'étude sur notre territoire. Il y a le projet Oscar, qui vise à mettre à profit l'ensemble des professionnels du GMF pour prendre en charge les patients des médecins qui s'en vont à la retraite. Donc, pour éviter de remettre les patients sur le guichet quand le médecin prend sa retraite, on demande à l'équipe interprofessionnelle : Pouvez-vous prendre en charge globalement les patients et demander, si requis, la contribution ponctuelle d'un des médecins du groupe? Et ça fonctionne.

Maintenant, on va avoir les données plus formelles au mois de juin, donc on ne peut vous les faire parvenir pour l'instant.

Puis pour ce qui est d'Archimède, c'est vraiment un modèle qui est plus révolutionnaire. Ça fait que je pense qu'on peut voir l'ensemble des modèles qu'on développe sur un continuum.

M. Arseneau : ...faire une minirévolution, allons-y.

Mme Samson (Isabelle) : Absolument. Mais je pense à un continuum. Puis, pour offrir les modèles...

M. Arseneau : Je n'ai plus de temps, malheureusement. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Alors, je remercie Dre Samson et M. Delamarre pour votre contribution. J'en profite en même temps pour vous féliciter, M. Delamarre, pour votre parcours professionnel. C'est... Vous êtes vraiment un modèle pour bien des gens. Merci beaucoup. Alors, j'invite les membres à demeurer en place... Oui?

M. Marissal : Vous permettez?

Le Président (M. Provençal) : Oui.

M. Marissal : Bien, je veux faire amende honorable, juste «for the record», comme on dit en latin. Là, tout à l'heure, j'ai dit à Dre Samson que son ordre ne serait pas heureux, je voulais dire le syndicat. Alors, juste pour ne pas qu'on me le reproche un jour. Parce que la langue m'a fourchu, dans le peu de temps que j'avais. Alors, voilà.

Le Président (M. Provençal) : Je suis convaincu que Dre Samson avait très bien compris la nuance.

M. Marissal : Je voudrais éviter d'être mal cité.

• (12 h 30) •

Le Président (M. Provençal) : Pas de problème. Alors, j'invite les membres à demeurer en place. Merci beaucoup à vous deux.

Organisation des travaux

Avant de suspendre les travaux, nous allons mettre aux voix les motions d'organisation des travaux de la commission.

Motion proposant de constituer un comité directeur

La... prorogation, excusez-moi, de la première session de la 42e législature a mis fin à tous les ordres et à tous les mandats qui avaient été adoptés par la commission. En conséquence, je vous propose, afin de créer le comité directeur de la commission, la motion suivante :

«Que la Commission de la santé et des services sociaux, conformément à l'article 4 des Règles de fonctionnement, constitue un comité directeur composé du président, de la vice-présidente [ainsi que] de la secrétaire.»

Mise aux voix

Est-ce que cette motion est adoptée?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Provençal) : Merci.

Motion concernant les frais de repas

...que la commission se réunira parfois à l'heure des repas en séance de travail et également à l'occasion des réunions de son comité directeur;

Je vous propose la motion suivante :

«Que les repas pris à l'occasion des réunions du comité directeur et des séances de travail soient payés à même le budget de la commission.»

Mise aux voix

Est-ce que cette motion est adoptée?

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Je vous remercie.
La commission suspend ses travaux jusqu'à 14 heures. Merci beaucoup.

(Suspension de la séance à 12 h 31)

(Reprise à 14 h 05)

Le Président (M. Provençal) : Bonjour à tous. Bienvenue à la Commission de la santé et des services sociaux.

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

Auditions (suite)

Cet après-midi, nous entendrons par visioconférence les groupes suivants : le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent et le Collège québécois des médecins de famille. J'en profite pour rappeler que le Centre intégré de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent avait déposé sur Greffier un mémoire, bien entendu, et ils ont déposé aussi un PowerPoint. Alors, c'était pour en informer l'ensemble des membres de la commission.

Je souhaite maintenant la bienvenue aux représentants du Centre intégré de santé et services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Vous disposez de 10 minutes pour votre exposé. Par la suite, nous procéderons aux échanges avec les membres de la commission. Alors, je vous cède la parole.

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (CISSS—Bas-Saint-Laurent)

Mme Malo (Isabelle) : Bonjour. Bonjour, M. le Président, distingués membres de la Commission de santé et de services sociaux. Alors, je me présente, je suis Isabelle Malo, présidente-directrice générale du CISSS du Bas-Saint-Laurent, et je vais vous présenter les collègues qui m'accompagnent aujourd'hui. Donc, je vais commencer par Dr Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général adjoint de notre établissement, de même que Dr Simon Delisle, directeur des services professionnels adjoint du CISSS, ainsi que Dr Éric Lavoie, qui est président du département régional de médecine générale. Et c'est principalement Dr Lavoie qui aura le privilège de vous faire la présentation cet après-midi.

Alors, c'est pour nous un grand privilège de pouvoir être des vôtres. Et on vous remercie de l'invitation afin de vous présenter, en toute humilité, mais également parce que nous en sommes très fiers, notre projet d'accès à la première ligne, dans le fond, qui vise à faciliter une meilleure prise en charge, particulièrement pour les personnes qui sont inscrites au guichet d'accès aux médecins de famille, donc qui sont en attente de se voir offrir la possibilité d'être inscrits auprès d'un groupe de médecine familiale.

Ce projet-là a pris racine en 2019, parce que nos équipes médicales cliniques sur le terrain ont réalisé que, malgré le fait que, dans la région du Bas-Saint-Laurent, 90 % des citoyens de notre région ont accès à un médecin de famille, il n'en demeure pas moins qu'il reste toujours un certain pourcentage de personnes qui ne se voient pas attribuer un médecin de famille. Parce que, vous le savez, il y a continuellement des départs, des arrivées, une fluctuation dans les effectifs médicaux, et on doit aussi considérer le fait qu'on est en manque de médecins. Donc, on a trouvé des stratégies qu'on veut vous partager cet après-midi pour faciliter cet accès-là et surtout répondre aux besoins de nos citoyens.

On va particulièrement vous parler, évidemment, d'accès, mais on va également vous parler de pertinence, d'évaluation des besoins avant orientation, de filtre dans l'accès. Et on pense qu'avec ces stratégies-là qui sont extrêmement intéressantes, et on va vous partager également des résultats, vous allez voir qu'il y a possibilité, malgré le fait que 100 % des citoyens n'aient pas accès à un médecin de famille, qu'on soit en capacité de leur donner une excellente réponse à leurs besoins. Alors, sans plus tarder, je laisse la parole à Dr Lavoie.

M. Lavoie (Éric) : Alors, bonjour à tous et à toutes. Merci de nous inviter. Alors, vous avez reçu deux documents, un mémoire et un PowerPoint. On croyait pouvoir projeter le PowerPoint, mais finalement on sait que vous l'avez en main. On va le suivre ensemble, et puis ça va être le mot d'entrée en soutien avec ce PowerPoint.

Alors, on va parler du Guichet d'accès de première ligne, c'est le GAP, là, au Bas-Saint-Laurent. On va parler du constat de l'accès médical puis de la nécessité et de la pertinence. On va vous parler du projet bas-laurentien, évidemment, avec ses missions, ses objectifs, le guichet lui-même puis les données et les résultats.

On a fait des constats que... Le contexte des ententes actuellement, c'est que l'accès médical est fondé sur l'équation du taux d'assiduité. Le taux d'assiduité, c'est ce qui régit actuellement, je dirais, la motivation à faire des bonnes visites. Une bonne visite, c'est une visite à un patient qui est inscrit. Alors, on nous incite à inscrire des patients et on nous incite aussi à avoir de la fidélisation envers ces patients-là qui sont inscrits. Ça, c'est le numérateur de l'équation.

Le dénominateur, c'est les visites qui se font ailleurs, pas dans le même groupe de médecins puis pas auprès du médecin, puis ces visites-là sont comme un peu dévalorisées. Alors, si on veut être un bon médecin ou une bonne clinique, il faut valoriser le numérateur.

Si vous remarquez, dans cette équation-là, il n'y a pas de place pour les orphelins, puis les orphelins sont relayés à solliciter des services ou des rendez-vous qui ne sont pas à l'intérieur de cette équation-là. Alors, on pense que c'est un équilibre qui est en faveur des inscrits et puis que les orphelins sont privés de services. C'est une bonne équation qui a fait ses preuves pour les inscrits. Il reste maintenant à trouver de la place pour les orphelins.

• (14 h 10) •

Dans le PowerPoint, la diapo suivante, on met en lumière le fait qu'il y a maintenant une disparité. Il y a deux sortes de clientèles. Il y a la clientèle inscrite, qui bénéficie maintenant, au Québec, de 85 % d'assiduité, puis un bon nombre de patients qui sont non inscrits, qui, eux, il faut l'admettre, ont 0 % d'assiduité. Alors, c'est ça qu'on veut corriger et adresser.

La diapo suivante, on parle de la pénurie de médecins. Alors, il faut admettre que plus il y a de pénurie de ressources, plus on doit adresser une pertinence de la consommation si on veut donner un service au plus grand nombre... (panne de son) ...bien équilibré.

La diapo suivante, c'est que, pour adresser la notion de pertinence, on a choisi d'introduire la notion de filtre. On met un filtre entre la demande et l'offre, puis pour bien capter les demandes et bien aiguiller la suite.

La diapo suivante, c'est un schéma où, finalement, on met en relation les demandes et les offres. Puis les offres sont de nature médicale et de nature non médicale. Alors, la demande, c'est un patient ou un citoyen qui choisit de téléphoner, parce qu'on leur offre un numéro de téléphone, les patients qui n'ont pas de médecin de famille, puis, dans son esprit, sent le besoin de parler ou d'avoir une relation thérapeutique avec un médecin de famille. Alors là, ce téléphone-là est capté par une centrale, le GAP, le Guichet d'accès de première ligne. C'est là que se situe le filtre de pertinence, avec du personnel administratif et du personnel infirmier. Là, c'est à ce moment-là que la demande est appréciée puis, finalement, bien filtrée et bien aiguillée. Et puis c'est là qu'on l'achemine soit à une offre médicale ou une offre non médicale.

Le projet bas-laurentien, si je vais à la diapo suivante et l'autre après, c'est que, dans le fond, on voulait offrir à la clientèle, évidemment, un accès adapté et étendu aux services de proximité, puis évidemment en adéquation avec leurs besoins.

La diapo suivante mentionne qu'on veut favoriser un accès équitable aux services de première ligne pour la population... (panne de son) ...on veut garantir la pertinence des demandes acheminées en clinique médicale puis on veut optimiser l'utilisation des ressources.

La diapo suivante mentionne le parcours temporel qu'on a suivi pour ce projet-là, qui s'étend du printemps 2019 jusqu'à aujourd'hui. C'est un projet pilote qu'on a déposé... La demande... C'est un projet pilote de deux ans pour lequel on a eu une acceptation puis qui porte maintenant ses fruits.

La diapo suivante parle des trajectoires des appels. Alors, on a une centrale d'appel avec un numéro de téléphone unique pour lequel... Ce numéro de téléphone là est fourni à la patientèle, et puis les patients, à ce moment-là, appellent quand ils pensent avoir besoin d'un médecin de famille. L'évaluation du besoin se fait par les agentes et des infirmières. Puis vous voyez que la case du bas, c'est la gamme de services étendue qu'on peut leur offrir.

Il faut savoir que le système de santé, c'est un système qui est très complexe, puis, quand on n'est pas un initié ou même quand on est un initié, c'est difficile de s'y retrouver. Puis on pense que le fait d'avoir un accompagnement pour choisir le bon service, ça nous permet d'offrir le meilleur service à la clientèle.

La diapo suivante, on va parler de l'évolution. Alors, quand on regarde à l'autre diapo, c'est qu'on se rend compte que, dans 100 % des cas, les patients qui veulent avoir ce service-là de médecine de famille, quand on les filtre de façon appropriée, bien, finalement, il y a... dans 50 % des cas, on réussit à trouver une offre alternative à une offre médicale. Puis on a de très hauts taux de succès ou de satisfaction à ça. Alors, la patientèle appelle, puis dans 50 % des cas, effectivement, c'est un besoin qui nécessite la visite d'un médecin, puis dans la moitié des cas, l'autre 50 %, c'est une autre offre. Par exemple, avec le projet de loi n° 31, les pharmaciens font une bonne part du travail, les IPS et l'interprofessionnalisme.

La diapo suivante, c'est pour faire, je dirais, la gestion entre l'offre et la demande. Au début du projet, le Bas-Saint-Laurent comporte 10 % de non inscrits, puis on pensait qu'il allait générer une demande de 10 %, et on avait demandé à nos GMF et nos cliniques de dégager une offre de 10 % correspondante.

Ce qu'on se rend compte, à la diapo suivante, c'est que, dans le fond, le profil de consommation des patients qui n'ont pas de médecin de famille est différent d'un profil de consommation qui ont un médecin de famille. Ceux qui sont inscrits à un médecin de famille consomment 1,9 visite par année, ceux qui sont non inscrits génèrent 0,6 appel et nécessitent 0,3 visite, c'est-à-dire que, par strate de 1 000 patients, ça génère 600 appels, puis, par strate de 1 000 patients, ça génère 300 visites auprès des médecins de famille.

Quand on regarde, au final, la demande réelle par rapport à la force de travail totale des médecins en première ligne au Bas-Saint-Laurent, on se rend compte que ce que doivent dégager les médecins de famille oscille plus autour de 1,5 % à 2 %, et non pas 10 %, comme c'était anticipé.

L'avant-dernière diapo, on parle de satisfaction globale. La satisfaction globale auprès du guichet est très intéressante. On a une satisfaction de plus de 92 %. Les gens sont très satisfaits d'avoir une écoute rapide. La journée même, on répond au téléphone pour eux s'ils appellent entre 8 heures et 18 heures. Sinon, en soirée, on capte l'appel, on retourne l'appel dès le lendemain. Alors, à l'intérieur de 24 heures, l'appel est répondu, puis, à l'intérieur de deux semaines, le service est rendu. Les services sont rendus avec des délais plus ou moins rapprochés, ça dépend de la nature de la demande. Et puis, si la demande est une demande pressante, on doit offrir un service plus rapide, et, moins pressante, on offre un service qui est un peu étalé dans le temps.

Alors, ça complète le soutien qu'on avait avec le PowerPoint, et puis on est prêts à recevoir... à être en échange avec vous.

Le Président (M. Provençal) : Bien, je vous remercie beaucoup pour cette présentation. Nous allons débiter, effectivement, cet échange avec M. le ministre. À vous.

M. Dubé : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, Mme Malo, bonjour. Content de vous voir dans notre coin de pays. J'espère que la route était belle pour venir du Bas-Saint-Laurent, ce n'était pas trop enneigé. Alors, merci de...

Mme Malo (Isabelle) : Bien, on est au Bas-Saint-Laurent, M. le ministre. On n'a pas bougé du Bas-Saint-Laurent, nous, aujourd'hui. Puis, de toute façon, avec la météo qu'on avait ce matin, ça aurait été laborieux de se rendre à Québec.

M. Dubé : Bon, bien, c'est pour ça. Vous me rassurez, là. Je me demandais si vous aviez pris la route. Alors, puis à vos collègues, Dr Lavoie, M. Carvalho, M. Delisle, merci beaucoup d'avoir pris le temps d'être avec nous.

Moi, je vous avais rencontrés l'automne dernier, quand j'ai entendu parler de votre projet, parce qu'en fait, quand... Je ne me rappelais pas que ça remontait déjà à 2019. Je sais qu'on s'était parlé au téléphone au tout début de votre projet, puis, quand je suis passé par le Bas-Saint-Laurent l'automne dernier, je suis allé vous voir. Puis c'est sûr que, là, il y a beaucoup de monde qui parle de vous, là, puis pour les bonnes raisons, je pense. Alors, je veux vous féliciter d'avoir eu le leadership de mettre ce projet-là, puis je pense que le ministère a bien fait d'investir dans l'appui à ce projet-là qui, à mon sens... même plus projet pilote, dans ma tête, là. Pour moi, c'est déjà parti, puis on oublie ça, la partie du projet pilote, là. La machine est partie.

Deux choses que j'aimerais vous demander pour que les gens... Je vais essayer de ne pas parler aujourd'hui parce que je veux vous donner le temps maximum de répondre à... expliquer un peu ce que vous faites. La personne qui prend l'appel... Moi, j'ai rencontré, là-bas... On appelait des agents administratifs ou, des fois, des infirmières. Dites-moi c'est qui qui prend cet appel-là pour donner des... les gens comprennent qu'est-ce qu'il est, le GAP, là, comment ça fonctionne. C'est qui qui... Physiquement, vous avez combien de personnes? Juste me parler un peu du processus de... on ne veut pas l'appeler triage, là... de filtre, vous l'avez appelé le filtre. C'est qui qui fait ça? Puis vous êtes combien de personnes pour la grande région de... c'est quoi, Rimouski, Rivière-du-Loup, en gros?

Mme Malo (Isabelle) : Le Bas-Saint-Laurent au complet.

M. Dubé : Le Bas-Saint-Laurent au complet. Bon.

Mme Malo (Isabelle) : Le Bas-Saint-Laurent au complet. Donc, je vais laisser Dr Lavoie.

M. Dubé : Alors, vous avez combien de personnes? Puis c'est quoi, leurs qualifications? C'est des infirmières? C'est quoi? S'il vous plaît.

M. Lavoie (Éric) : Pour le Bas-Saint-Laurent au complet, il y a 15 000 patients sur le GAMF, hein, il y a 15 000 patients qui se sont inscrits au GAMF. Pour ces 15 000 patients-là, ça nécessite trois agentes administratives, c'est-à-dire trois secrétaires qui répondent à l'appel. Alors, la personne qui répond à l'appel en premier, c'est une secrétaire. Elle prend les coordonnées. Elle s'assure que les coordonnées coïncident avec ce qui est dans le GAMF, que le patient n'a pas de médecin de famille, puis prend la nature du besoin. Et, à son niveau à elle, parfois, elle est en mesure de soit aiguiller tout de suite ou, si ça nécessite un jugement clinique, à ce moment-là, l'appel est basculé à des infirmières cliniciennes. Il y a quatre infirmières cliniciennes.

Les temps d'appel pour les secrétaires, c'est à peu près 10 à 12 minutes par appel, puis le temps d'appel pour les infirmières cliniciennes, le temps de faire leur jugement ou d'exprimer leur jugement clinique, c'est à peu près 20 par appel.

M. Dubé : Puis vous, vous avez 15 000 personnes qui sont sur le... donc, 15 000 patients orphelins pour... C'est ça que vous avez dit?

M. Lavoie (Éric) : Oui. Au Bas-Saint-Laurent, sur 200 000 de population, il y a 20 000 personnes qui n'ont pas de médecin de famille. Sur les 20 000, il y en a 15 000 qui sont inscrits au GAMF.

M. Dubé : Qui sont inscrits au GAMF. Les personnes reçoivent combien d'appels par jour à peu près, là? En moyenne, c'est quoi?

M. Lavoie (Éric) : Ça dépend. Si on calcule... Il faut le déterminer par rapport à... On a reçu 9 000 appels la première année.

M. Dubé : Première année. O.K.

• (14 h 20) •

M. Lavoie (Éric) : Oui, c'est ça. Ça fait que 9 000 appels la première année. C'est ouvert cinq jours par semaine, de 8 heures jusqu'à 18 heures.

M. Dubé : O.K. Puis là... Oui, allez-y. Excusez-moi.

M. Lavoie (Éric) : Au début, c'est sûr qu'on a commencé... Dans l'implantation, c'était une gestion de changement. Alors, on l'a fait MRC par MRC, puis, petit à petit, le nombre d'appels a augmenté, là, pour être en vitesse de croisière.

M. Dubé : Puis la vitesse de croisière, on va dire, 900 à 1 000 appels par mois peut-être, là, si je regarde ça, là. C'est à peu près ça, là?

Mme Malo (Isabelle) : On a même atteint 1 200, M. le ministre. On a atteint 1 200, là, il y a quelques mois. En janvier... Encore en janvier, tout dernièrement, on a fini le mois avec plus de 1 000 appels. Je vous dirais que ça varie d'une journée à l'autre, entre 35 et 65 à peu près, appels, là, qu'on reçoit.

M. Dubé : Puis est-ce que vous êtes capables de... Parce qu'on a parlé beaucoup des... autres personnes qu'on a rencontrées, que vous êtes capables de... On veut étudier qui... On veut avoir des statistiques, qui appelle, ils appellent pourquoi, etc., là. Vous me dites, vous avez été capables d'éliminer 50 % des appels aux médecins pour qu'ils puissent se concentrer sur d'autres clientèles. Est-ce que c'est toujours les mêmes gens qui appellent ou vous êtes capables de voir si vous avez du nouveau dans les gens qui viennent... qui augmentent le nombre de personnes qui s'intéressent aux services?

M. Lavoie (Éric) : Oui, tout à fait. Alors, on disait que, pour chaque strate de 1 000 patients, là, susceptibles d'appeler, on a 600 appels qui se font dans l'année. Puis, parmi ces 600 là, ce n'est pas... la majorité n'appelle qu'une seule fois. Et puis les consommateurs qui consomment, qui... on parle de consommateurs, mais, de citoyens qui appellent plus qu'une fois, là, on en a quelques-uns, puis, ceux qui appellent trois, quatre, cinq fois, on en a, là... on les compte... une dizaine, là.

M. Dubé : O.K. Donc, c'est vraiment quelqu'un qui vient une et même peut-être, des fois, deux fois par année, mais c'est vraiment quelqu'un qui a un besoin spécifique, qui passe par vous puis que vous redirigez. Les gens... Parlez-moi du Web. Parce que, là, vous avez bien dit que les gens appellent, mais est-ce que votre filtre peut fonctionner avec le Web ou, en ce moment, vous êtes limités au téléphone?

M. Lavoie (Éric) : Actuellement, on a choisi la voie téléphonique. Il faut savoir qu'il n'y a aucune clinique qui est branchée, là, pour... bien, toutes les cliniques sont branchées au RVSQ, au système de rendez-vous québécois, et au hub, c'est-à-dire l'orchestrateur. Les cliniques sont toutes branchées. Puis notre personnel du GAP, là, utilise ces plateformes-là pour redistribuer les appels qu'ils reçoivent, là. Les rendez-vous sont... Les appels sont captés puis sont retransférés sous forme de rendez-vous via le Web. Sauf que le Web est, actuellement, aux yeux de la population... il est occulte aux yeux de la population. La population ne voit pas les plages qui sont disponibles. Parce que nous, on croit à la pertinence puis on croit, justement, à la notion de filtre. Alors, c'est le personnel soit de l'urgence, via les P4, P5, des infirmières d'urgence qui utilisent le système du Web ou le GAP, c'est-à-dire le personnel qui a déjà fait une portion de triage et de préévaluation. À ce moment-là, on est en mesure d'utiliser nos ressources Web pour prendre les plages qui sont... que les médecins disponibilisent.

M. Dubé : O.K. Mais je veux juste bien comprendre, là, parce que c'est important, là, les... Il y a beaucoup de Québécois qui disent : Quel genre de magie qu'ils font à Rimouski, là? Je veux juste bien le comprendre. Une personne appelle, elle va le faire par téléphone, elle va parler à un agent administratif ou à une infirmière qui va dire : Oui, dans votre cas, vous avez besoin de voir un médecin. Cette personne-là va entrer sur... on va l'appeler l'intégrateur ou le hub, pour aller voir sur RVSQ s'il y a un rendez-vous de disponible. C'est bien ça? Ce n'est pas la personne qui a appelé qui rentre dans le système, donc, c'est l'infirmière qui fait le travail. C'est ça? Et est-ce qu'elle lui confirme au téléphone qu'elle a un rendez-vous?

M. Lavoie (Éric) : Alors, ce qui se passe, c'est qu'on a demandé à nos GMF de nous offrir des plages de rendez-vous. On capte l'appel, puis, nous, là, l'infirmière ou la secrétaire place une demande au GMF. Cette demande-là, une fois qu'elle est placée auprès du GMF, c'est le GMF qui rappelle la personne. Et puis...

M. Dubé : Directement le patient.

M. Lavoie (Éric) : Oui. L'évaluation se fait par le GMF sur le délai qui doit être offert au patient. Alors, par exemple, si c'est un formulaire, on sait que ce n'est pas pressant, ça peut attendre une semaine. Si c'est une infection qui donne une souffrance, bon, bien là, le rendez-vous peut se donner la journée même ou le lendemain.

Alors là, hier, Dre Mylaine Breton vous a parlé de l'accès adapté. Alors, nos GMF, au Bas-Saint-Laurent, ont appliqué les principes d'accès adapté et, dépendamment de la nature du problème, sont en mesure de bien répartir, on appelle ça lisser l'offre, de bien répartir dans le temps. Alors, dépendamment de la nature du problème, soit le patient est placé tout de suite, a un rendez-vous la journée même ou peut être placé, maximum... C'est souvent, là, maximum neuf jours qu'on parle, là.

M. Dubé : O.K. Ça fait que ce n'est pas toujours à l'intérieur de ce qu'on appelle, des fois, un 36 heures. Il y a une évaluation de l'importance du besoin pour, des fois, le placer, puis le patient est d'accord d'attendre une semaine pour un formulaire de CNESST ou quelque chose comme ça. O.K. Je comprends.

Parlez-moi de votre GAMF, parce qu'on en a vu... Puis là peut-être que... Je ne sais pas si vous connaissez ces statistiques-là, mais il y a plusieurs personnes dans votre groupe, là, qui ont l'air d'être férues de statistiques. Ça a été quoi, l'augmentation de votre GAMF depuis deux ans, s'ils regardent, là, qu'est-ce que c'était il y a deux ans? Là, vous dites que vous avez à peu près 15 000 Québécois, dans votre région, qui sont en attente. Est-ce qu'il y a une croissance importante?

M. Lavoie (Éric) : Bien, si on recule dans le temps, là, on a eu un GAMF... Excusez, j'utilise le mot «GAMF», là, mais c'est le guichet d'accès en médecine de famille. Alors, on avait un GAMF à 12 000 personnes. On a eu ça quelques années. Bien, c'était 9 000, ça a monté à 12 000, puis finalement, depuis quelques mois, c'est rendu à 15 000. Par contre, au Bas-Saint-Laurent, si on... tu sais, mettons, on prend le portrait du 1er janvier 2020, le portrait du 1er janvier 2021, il y a toujours 12 000 sur le GAMF, sauf qu'entre les deux il y a eu 8 500 inscriptions. Alors, il y a un renouvellement de la clientèle. Les médecins de famille, au Bas-Saint-Laurent, inscrivent l'équivalent d'à peu près 600, 700 patients par mois, hein, sauf que le GAMF, c'est un portrait qui... Le chiffre ne bouge pas beaucoup dans le temps. Il y a eu...

M. Dubé : C'est quand même incroyable, parce que le GAMF, si je regarde à l'échelle du Québec, il a plus que doublé, puis vous, vous me dites que vous n'avez peut-être même pas eu 20 % d'augmentation dans deux ans. C'est ça que je comprends, là.

M. Lavoie (Éric) : Oui. Bien, ça dépend de...

M. Dubé : Grâce à...

M. Lavoie (Éric) : Oui. Ça dépend, effectivement, de retraites, là. C'est pour ça que ça a augmenté un petit peu. Mais finalement on réussit à inscrire...

M. Dubé : Retraites de médecins, vous voulez dire, par exemple, d'omnis. Mais dites-moi une chose. Qu'est-ce qui peut... Ça, c'est vrai, puis je suis certain que mes collègues, là, vont pouvoir continuer à poser des... Il me reste, quoi, deux minutes? Parce que moi, j'entendais que, lorsque les gens passent par votre service, ils sont satisfaits. Vous m'avez même dit, l'automne dernier, qu'il y a des gens qui n'en veulent pas, de médecin de famille. Ils trouvent qu'il y a un meilleur service de passer par le GAP.

M. Lavoie (Éric) : Oui. Non, mais il y a des anecdotes comme ça. On avait offert... Il y avait un patient, par exemple, que ça faisait huit ou neuf fois qu'il consultait. Alors, nous, quand ça fait cinq fois qu'il y a une consultation, on déclenche un mécanisme. On appelle un coordonnateur, qui, lui... On doit le prioriser, hein, pour avoir un médecin de famille. Et puis il y a un patient, on lui a offert un médecin de famille, il disait : Non, non, écoutez, j'ai un trop bon service avec le GAP. Ça, c'est une anecdote, là, mais ça ne correspond pas à tous les patients. Il y a des patients qui ont besoin de suivi puis qui veulent avoir le même professionnel. Alors, dépendamment du besoin... Oui, pour cette anecdote-là, là, mais finalement... Il y a certaines conditions que ça ne fait pas de différence si c'est un médecin ou l'autre, mais il y a certaines conditions qu'il y a besoin de continuité. Il faut avoir la discrimination de tout ça.

M. Dubé : Non, non. Puis je comprends. Puis c'est d'ailleurs ce qu'on veut, c'est qu'il y ait une espèce... je vais le dire dans mes mots, une combinaison et de prise en charge et de bons services pour ceux qui n'ont pas un médecin. Ça, c'est l'avantage du GAP, c'est d'avoir les deux. On va baisser le guichet d'accès, mais on peut aussi bien servir ceux qui n'en ont pas encore. C'est ça que le GAP permet de faire.

Est-ce que le fait que quelqu'un passe par le GAP puis rencontre un... puis là je dis un médecin, on reviendra aux autres professionnels, est-ce que ça permet, des fois, à des médecins de dire : Bien, ça, ce patient-là, je vais le prendre en charge? Avez-vous ces statistiques-là de ce que ça a contribué à... des fois, à aider un médecin de famille de dire : Bien, celui-là, ce patient-là, je vais essayer de le convaincre de venir dans ma liste de clientèle? Est-ce que ça arrive?

M. Lavoie (Éric) : Les mesures qu'on a faites, les coups de sonde qu'on a faits, parce qu'on fait de l'extraction, là, les extractions qu'on a faites sur l'échantillonnage montrent qu'une fois sur 10 ça se... l'entrevue se solde par une inscription.

• (14 h 30) •

M. Dubé : Une fois sur 10.

M. Lavoie (Éric) : Oui, une fois sur 10. Alors, via le mécanisme du GAP, dans une fois sur 10, le patient va avoir un médecin de famille qui va... l'inscription va se produire. Sinon, les autres mécanismes, là, qui sont propres au GAMF fonctionnent toujours, l'inscription en lot, l'inscription individuelle. Il y a d'autres mécanismes qui font que les patients sont inscrits.

M. Dubé : O.K. Je ne sais pas...

Mme Malo (Isabelle) : Si je peux me permettre, M. le ministre...

M. Dubé : Oui, allez-y, Mme Malo.

Mme Malo (Isabelle) : Oui. Je veux juste... Justement, ce matin, j'avais une conversation avec un médecin omnipraticien de la région, puis il me disait : Bien oui, quand je reçois, justement, une référence du GAP, des fois, je vois la personne une fois, mais, des fois, je vais la revoir deux puis trois fois. Même si je ne l'inscris pas, je vais la voir deux, trois fois, parce que sa condition peut nécessiter que je revoie cette personne-là dans le temps, sur quelques semaines ou quelques mois. Donc, il y a vraiment quand même un suivi qui s'installe, là. Ce n'est pas de dire : Vous avez un rendez-vous une fois, puis, après ça, c'est terminé, retournez au GAP si vous voulez avoir une continuité de service. Dépendamment de la condition clinique, il peut y avoir un certain suivi qui est offert.

M. Dubé : O.K. Ah! ça, c'est important. Puis, comme... Merci, Mme Malo. Puis, comme il me reste quelques secondes, je vais poser une question, puis peut-être que mes collègues pourront continuer. Je voudrais juste bien comprendre l'importance des données, parce que c'est une des pièces maîtresses du projet de loi. Vous avez accès à des données pour être capables de faire ça? Comment vous... Vous avez collaboré avec les médecins? Comment vous avez fait pour avoir les données de ceux qui pouvaient en prendre plus, moins? Comment vous avez fait ça? Puis peut-être que, si je me fais couper, bien, quelqu'un pourra...

Le Président (M. Provençal) : Une réponse rapide, s'il vous plaît.

M. Lavoie (Éric) : On a des données macro via les rapports, le rapport 8, entre autres, sur les GMF, les données sur les PREM aussi. Alors, avec ces données macro là, on réussit à faire de la planification, de la modélisation. Ensuite de ça, il y a le dossier médical électronique qui nous permet... (panne de son) ...d'extraction et la permission des GMF de faire un suivi. Et puis, bientôt, le hub, l'orchestrateur va nous permettre, en temps réel, cette fois-ci, d'avoir une idée de l'offre et de la demande, là.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup.

M. Dubé : O.K. On pourra revenir là-dessus. O.K.

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

M. Derraji : Merci, M. le Président. Madame, messieurs, à Rimouski, vous avez déjà le plus beau coucher de soleil, mais je peux dire aujourd'hui qu'au-delà de ça vous avez aussi un excellent projet. Donc, mes félicitations, je vois des beaux résultats.

On a l'habitude d'utiliser des algorithmes et d'en rire. Moi, j'ai pris beaucoup de notes. Mais, pour une fois, je vois quelque chose de très simple, de très, très simple. Moi, je vois ça et je me dis... Je me demande : Est-ce qu'on a besoin du projet de loi n° 11 pour votre région? Si c'est oui, pourquoi?

Je ne dis pas que le projet de loi... Je vais reformuler ma phrase parce que je ne veux pas vous mettre mal à l'aise. Je ne dis pas que, le projet de loi n° 11, on n'en a pas besoin, mais, quand je vois le résultat, je vois le filtre de pertinence... Merci pour l'ajout. Je pense que c'est un bon ajout. Mais de quoi avez-vous besoin, aujourd'hui, pour qu'on vous facilite plus la tâche, en tant que législateurs? Vous avez pris le leadership nécessaire au sein de la région. Vous avez innové localement, avec une solution locale qui marche très bien. Comment on peut vous aider davantage?

Mme Malo (Isabelle) : Si je peux commencer à initier une réponse, puis je laisserai mes collègues compléter, je pense qu'on a parlé de l'accès à la donnée. L'accès à la donnée, elle est très importante. D'ailleurs, on produit énormément de données à partir de cette initiative-ci, là, qui est le guichet d'accès pertinence. On a développé des tableaux de bord. Puis, on le sait, là, dans le réseau de la santé et des services sociaux, là, on a cruellement souffert, au cours des dernières années, de manque de données. Donc, l'accès à la donnée, c'est important. Je ne veux pas qualifier le type de données dont on a besoin, mais l'accès à la donnée pour être capables de voir d'où on part, quels sont les écarts, comment on pourrait, même, mieux travailler et mieux soutenir nos professionnels de la santé, ça, ça nous apparaît important.

Au niveau de l'accès...

M. Derraji : Avez-vous des exemples? Avez-vous des exemples? Désolé. Parce que je n'ai pas beaucoup de temps, comme le ministre. Avez-vous des exemples? Et, du moment que vous travaillez déjà en collégialité avec les médecins de famille dans votre région... Vous avez vu la première présentation de notre commission, au nom de la FMOQ. Vous avez ce qui circule. Vous avez la nouvelle définition de la première ligne. Éclairez-nous, parce qu'on ne veut pas qu'après le projet de loi n° 11 on tombe dans des faux problèmes, surtout que ça marche très bien à Rimouski, d'après ce que je viens de voir.

Mme Malo (Isabelle) : Je peux laisser mes collègues compléter. Éric, veux-tu y aller? Mais sinon je...

M. Lavoie (Éric) : Oui, oui. Bien, c'est certain qu'on ne serait pas devant vous aujourd'hui si on n'avait pas fait de la gestion à partir de données existantes. Ça, c'est certain qu'on ne serait pas là aujourd'hui. Par contre, ce qu'il

nous manque pour le... en gestion, là, si on veut faire l'adéquation demande-offre et l'ajustement fin au «day-to-day», là, excusez pour l'anglicisme, là, bien, c'est un accès à la donnée. Ce qui fait peur, c'est le contrôle et puis... par rapport aux médecins, par exemple.

Alors, une utilisation judicieuse des données, bien pondérée, permet une gestion. Puis ça se fait de façon transparente avec les médecins. Les médecins, actuellement, ne se sont pas sentis menacés par le projet ni par les données qui en étaient extraites. Ça se fait de façon transparente, mais, comme disait Mme Malo, je veux dire, ça fait partie intégrante du projet.

L'autre élément, c'est la motivation à participer au projet. Pour l'instant, les médecins ont tous répondu présent et ont disponibilisé des plages. Je ne vous dis pas que... Parfois, ça demande de la négociation avec les cliniques médicales. On génère de la pertinence externe, on appelle ça de la pertinence externe, c'est-à-dire qu'on gère l'offre... on gère la demande, là, pour bien l'aiguiller, puis on leur demande, en contrepartie, quand ils libèrent de l'offre, de générer de la pertinence interne. Il y a de la pertinence interne à générer même dans les GMF.

M. Derraji : En fait, donc, ce que le projet de loi n° 11 compte faire, vous l'avez quand même déjà initié sans le projet de loi n° 11. Et il y avait, je dirais, l'écho sur le terrain. Il y avait quand même une bonne collaboration. Vous avez eu accès à quelques données. Donc, il n'y avait pas de réticence par rapport... de la part des médecins généralistes.

Mme Malo (Isabelle) : Non, mais je pense que je vais me permettre de dire que c'est beaucoup dans l'approche qu'on a préconisée. C'est une approche de collaboration, c'est une approche de confiance également. Quand on a des données sensibles, tout se joue dans la confiance, et je pense que cette confiance-là, elle est présente.

Vous avez posé la question : Comment on pourrait vous aider pour aller encore plus loin? Je vais oser nommer une chose. Si on voulait aller encore plus loin, et dégager de l'offre, et libérer nos médecins, il faudrait que la notion de filtre puisse être élargie aux clients inscrits également, parce qu'on le sait, souvent, dans les clients inscrits, et avec l'assiduité qui est suivie de très, très près, souvent, il y a des rendez-vous qui sont pris qui auraient pu être orientés à un autre professionnel de la santé. Donc, la notion de filtre serait également extrêmement pertinente à étendre même aux clients inscrits.

M. Derraji : Je suis très d'accord avec vous. Au début, je mentionnais le triage. Je sais que je ne vais pas utiliser le triage, mais je vais plus utiliser le filtre. Et vous étiez d'une extrême précision, de mentionner le filtre de pertinence, et vous... Au niveau de ce filtre de pertinence, ce que j'ai aimé tout à l'heure, c'est que c'est des secrétaires et aussi un jugement clinique par quatre infirmières cliniciennes. Donc, si on prend votre modèle, qui est, pour moi, un modèle... C'est un succès au niveau régional. Et on dit qu'on doit s'inspirer du terrain si on veut le réussir. Est-ce que vous nous suggérez aujourd'hui, avec le projet de loi n° 11, qu'on doit ajouter le filtre de pertinence et, après le filtre de pertinence, bien, libérer, libérer aussi les moyens et les ressources nécessaires? Pour vous...

Mme Malo (Isabelle) : Absolument, absolument. C'est important d'avoir les ressources nécessaires. On peut utiliser... Puis nous, on recherche à essayer de continuer de se consolider en ajoutant de l'intelligence d'affaires, mais il y a peu de produits matures sur le marché à ce moment-ci. Donc, on pense que ça pourrait nous permettre éventuellement de limiter le besoin en ressources humaines ou en ressources professionnelles si on était capables d'avoir un complément avec de l'intelligence d'affaires.

M. Derraji : Et c'est exactement ce que je disais hier par rapport à l'intelligence artificielle derrière le filtre. Mais moi, je veux juste vraiment... Parce que vous êtes, pour moi, l'exemple parfait qui va aider ce projet de loi. Vous, aujourd'hui, en commission parlementaire, vous insistez sur le filtre de pertinence, peu importe ce qu'on va faire en tant que législateurs, à vous accompagner, mais pas uniquement vous mais l'ensemble du territoire. Pour vous, c'est une clé.

Mme Malo (Isabelle) : Absolument.

M. Derraji : O.K. Maintenant, une fois... On a réglé cette première partie de l'entrée dans le système. Ce que j'ai aimé avec votre approche, vous parlez beaucoup de la multidisciplinarité. Le ministre insiste depuis le début : Ce n'est pas le projet de loi pour parler de la multidisciplinarité. Donc, je vais prendre pour acquis que, sur le terrain, ça marche, la multidisciplinarité. Au niveau des patients ou les gros consommateurs... Vous avez dit «consommateurs». Dans le langage, on utilise beaucoup «consommateurs», que ce soient gros consommateurs ou les consommateurs occasionnels. Pensez-vous qu'il y a cette ouverture, que, peu importe le professionnel de la santé, la qualité, mais pas la qualité de soins, le patient est content, ce consommateur du système de santé est content juste de recevoir le service, peu importe cette personne qui offre le service, pharmacien, infirmière clinicienne, IPS ou autre?

Mme Malo (Isabelle) : Bien, en fait, le citoyen qui a un besoin, il veut qu'on réponde à son besoin, et, à partir du moment où on répond à son besoin, le dispensateur de services devient presque accessoire. Ça ne veut pas dire que cette personne-là ne souhaitera plus avoir accès éventuellement ou être inscrite auprès d'un médecin de famille. La personne va probablement poursuivre sa démarche dans le GAP. Mais ce que le citoyen veut, c'est qu'on réponde à son besoin et que son besoin soit bien évalué.

M. Derraji : Si je vous dis que... les conditions de succès, d'extrapolation de votre projet ailleurs, pas uniquement à Rimouski...

• (14 h 40) •

M. Lavoie (Éric) : Alors, je dirais que c'est la répliation du lien de collaboration qu'on a eu avec nos différents professionnels, les différents médecins, les GMF, les cliniques médicales. Ça prend des éléments de motivation pour dégager de l'offre médicale, évidemment, puisqu'on demande... (panne de son) ...patients qui n'ont pas de médecin de famille. Il faut une offre médicale correspondante à ça.

Il faut, évidemment, du personnel qui est au niveau du filtre. Le personnel qui constitue le filtre de pertinence, il faut qu'il soit du personnel habilité, stable, qui connaît bien le terrain, qui est en mesure de bien aiguiller. Le lien de confiance... Quand le patient ou le citoyen appelle, s'il est mal aiguillé, il ne rappellera pas. Ça fait qu'il faut qu'il soit bien aiguillé, avec du personnel qui connaît les services, connaît le terrain, connaît les professionnels, puis, à ce moment-là, c'est... On a des hauts taux de succès, là. On a de 92 %... au-dessus de 92 % de satisfaction. Alors, on a travaillé beaucoup sur les algorithmes du filtre pour bien aiguiller les patients.

Alors, dégager de l'offre, avoir un bon filtre, du personnel stable, garder les liens de confiance puis...

Mme Malo (Isabelle) : Beaucoup d'arrimage intrarégional, beaucoup d'arrimage intrarégional, que ce soit avec les pharmacies communautaires, les organismes partenaires, les guichets d'accès en santé mentale, Info-Santé, Info-Social. Il y a beaucoup de travail préalable pour faire les arrimages requis.

M. Lavoie (Éric) : Permettez-moi...

M. Derraji : Il ne me reste pas beaucoup de temps, mais je suis très curieux. Si vous pouvez envoyer aux membres de la commission les algorithmes de votre filtre de pertinence avant qu'on commence l'étude détaillée, je vous remercie d'avance, parce que je pense que ça va nous aider.

Un dernier point sur la collaboration. Pensez-vous que ce qu'on a dans le projet n° 11 envoie un beau message aux gens qui est sur le terrain, surtout les médecins généralistes, qu'on est en mode collaboration, parce qu'on a besoin d'eux? Le ministre insiste beaucoup qu'on ne veut pas faire de la microgestion... ou bien votre suggestion qu'on doit améliorer ça.

M. Lavoie (Éric) : Bien, écoutez, il y a des éléments de motivation qui doivent être sollicités pour avoir une offre qui se dégage auprès des médecins, ça, c'est clair. On ne peut pas implanter ce projet-là s'il n'y a pas des offres qui se dégagent. Alors, quelles sont les meilleures méthodes pour dégager de l'offre? Je laisse ça à la discrétion des autorités négociantes et des parlementaires. Mais nous, on peut fonctionner avec ce projet-là s'il y a une offre correspondante, c'est clair, pour répondre aux différentes demandes.

Je reviendrais sur les conditions de succès. La donnée, avoir des bons systèmes informationnels, des systèmes informationnels qui sont harmonisés avec les différents outils de travail dont on dispose, un dossier clinique, un dossier médical électronique, le DSQ, des dossiers harmonisés pour ne pas faire de double saisie, pour bien capter puis savoir à qui on parle, quel citoyen on... tu sais, tous ces éléments informationnels là sont précieux, l'orchestrateur très précieux dans l'aspect de bien... d'avoir une idée, une vue sur l'offre disponible et bien capter les demandes. Écoutez, ça fait partie des ingrédients, là, qui, je pense... qui sont nécessaires pour exporter...

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup.

M. Derraji : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Alors, la suite de cet échange est avec le député de Rosemont.

M. Marissal : Merci, M. le Président. Merci à vous quatre d'être là. C'est intéressant, ce matin, en blague, au ministre, je lui disais qu'on allait enfin percer le mystère de Rimouski cet après-midi. Bon, on n'a pas tout percé, je pense, là, mais on avance. On avance, puis je vous remercie de la présentation.

Cela dit, sans vouloir chercher des bibittes, les comparaisons, parfois, ont leurs limites, puis ce qui est bon pour pitou n'est pas toujours bon pour minou. Votre système, là, qui marche bien chez vous, est-ce qu'il est en tous points exportable dans des régions comme Montréal ou Québec, à plus forte raison à Montréal, que je connais mieux, là, évidemment, par la force des choses, où la clientèle n'est pas la même? Il y a beaucoup d'immigrants, beaucoup de ce que les travailleurs sociaux appellent les multipoqués, gros phénomène d'itinérance. Il y en a partout, maintenant, au Québec, des itinérants, mais, par la force des choses, il y en a plus à Montréal.

Vous êtes aussi partis avec un bel avantage. Vous aviez déjà 90 % d'inscriptions aux médecins de famille... non, pas d'inscriptions, de médecins de famille... de patients ayant un médecin de famille. Au Québec, la moyenne, c'est 80 %. Ça fait que je présume que, dans certains coins, au Québec, c'est en bas de 80 %. Donc, tout ça, quand on met ça dans le boulier, là, quels numéros on tire quand on fait descendre des boules? Puis est-ce que c'est exportable? Est-ce que c'est une combinaison gagnante, autrement dit, pour toutes les régions?

M. Lavoie (Éric) : On tire une boule gagnante. C'est que, dans le fond, plus il y a de pénuries de ressources, plus la notion de pertinence prend de l'importance. La notion d'accompagner le citoyen dans la recherche de soins

pour répondre de façon la plus adéquate à son besoin, c'est une notion qui est primordiale. Puis d'ailleurs, en région cosmopolitaine, là où il y a des immigrés ou des immigrants, là où il y a des citoyens qui ont moins la chance d'avoir un accès aux soins, alors, on doit de plus en plus les accompagner pour bien avoir le bon service à leurs besoins, sinon, ces personnes-là se retrouvent à l'urgence, vous le savez.

M. Marissal : O.K. Ça, c'est pour un des premiers points. J'ai fait une recherche assez rapide, là, puis je ne vous cherche pas des poux, je veux juste voir s'il y a des limites à votre système. Vous avez une proportion de médecins de famille supérieure à la moyenne du Québec, là, certainement supérieure à Montréal, par exemple. Si on fait une petite règle de trois, là, il y a un manque de médecins à Montréal. De toute façon, ça, c'est assez connu et documenté. Vous en avez plus. Par contre, vous nous dites, puis ça, c'est là où ça devient intéressant, que, peut-être, vous les utilisez moins systématiquement, c'est-à-dire que vous les envoyez ailleurs. Ça, j'avoue que c'est une avenue qui est vraiment intéressante. Vous avez parlé des pharmaciens. On nous parle tout le temps des pharmaciens. On nous parle beaucoup des IPS. Dans vos équipes, là, sur le terrain, avez-vous d'autres types de professionnels de la santé? Moi, j'entends beaucoup parler des physios, par exemple, qui veulent s'impliquer en première ligne. Parlez-moi donc un petit peu de ça, à qui vous faites appel, à part, évidemment, aux médecins de famille, pharmaciens et IPS.

M. Lavoie (Éric) : Bien, à ce moment-là... Tu sais, un appel sur six concerne la médication. Alors, les pharmaciens ont une grosse part. Les IPS sont impliquées dans... déjà dans les groupes de médecine de famille, puis les médecins, on le sait. Sinon, c'est les arrimages qu'on a faits avec les guichets de santé mentale, parce qu'il y a des notions de santé mentale là-dedans. Différents... Des fois, on réfère au 8-1-1, des fois, on fait seulement donner des conseils. Le fait de répondre, de donner des conseils à la personne, là, c'est déjà un bon pourcentage aussi puis ça coupe... On n'a pas besoin de référer au médecin à ce moment-là. Après, ça se décline en une série... Quand on regarde, là, les données, là, il y a une série d'orientations qui se fait, qui sont de toute nature, puis ça rejoint de très petits pourcentages, mais finalement, au total, font une bonne part du travail, d'où la notion d'importance que le filtre connaisse bien les services qui sont disponibles. Et ça dépasse, là...

M. Marissal : ...intéressant dans ce que vous dites, c'est qu'on parle d'algorithmes, on parle de données, puis, oui, c'est vrai, on arrive là, là, on n'arrêtera pas le progrès, mais vous, vous avez remis des humains au bout d'une ligne téléphonique, puis ça marche. Je retiens ça pour la suite des choses puis je vous remercie pour votre témoignage.

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

M. Arseneau : Merci beaucoup. J'aime beaucoup parler à des gens de l'Est du Québec qui innovent et qui semblent avoir trouvé une solution sans attendre le projet de loi n° 11. En fait, c'est un petit peu ça qui me frappe et c'est un petit peu ce que les médecins de la FMOQ avaient mentionné, que le guichet... En fait, l'accès réseau pertinence puis le guichet d'accès en première ligne devaient suffire à leurs yeux, puis c'est ce qui pouvait, justement, les motiver à embarquer, qui pouvait générer de la confiance, comme vous l'avez mentionné, et de la collaboration. Alors, je reviens sur votre déclaration, Mme Malo. Est-ce que vous ne craignez pas un peu que cette peur du contrôle des médecins, ça fasse un peu capoter votre système si on utilise, comme les médecins semblent vouloir le dire, la coercition?

Mme Malo (Isabelle) : Je ne penserais pas, pas dans une région comme la nôtre, parce que le GAP est quand même implanté, là, depuis maintenant 16, 17 mois, puis il y a une culture qui s'est développée. Mais ça a demandé du travail, je ne vous le cacherai pas. Alors, je pense que... Je n'ai pas de crainte, moi, que, demain matin, arriveraient des paramètres législatifs... que ça ferait tout basculer, parce qu'il y a une culture qui est après se développer, il y a une adhésion. Puis on mise... On a misé... On mise encore sur l'adhésion volontaire, et la collaboration avec les GMF, et la collaboration interprofessionnelle aussi, là, qu'on veut mettre au coeur de ce projet-là.

Alors, moi, je laisse le législateur prendre ses décisions. Je n'ai pas de crainte pour ce qu'on a initié. Mais, Dr Lavoie l'a mentionné tout à l'heure, c'est du travail de façon continue pour discuter avec les groupes de médecine familiale, trouver les ajustements lorsque ça fonctionne moins bien et puis négocier une offre de services, là, qui est fondamentale. Le GAP ne peut fonctionner que si l'ensemble des groupes de médecine familiale collaborent et offrent des plages.

• (14 h 50) •

M. Arseneau : Le mystère de la Caramilk qu'on essaie de trouver depuis le début des consultations, c'est de quel type de données vous auriez besoin, parce que vous parlez, vous aussi, d'accès à la donnée. Sans tomber dans ce qui pourrait faire peur aux médecins, là, puis qui pourrait, justement, miner la confiance que vous avez réussi à établir, j'aimerais savoir... Puis on parlait aussi de l'utilisation des données. Mais, vous, là, quelle est la donnée que vous voyez, que vous n'avez pas, que vous pourriez obtenir avec le projet de loi n° 11, par exemple, qui vous aiderait à améliorer le système?

Mme Malo (Isabelle) : Bien, je pense que le Dr Lavoie l'a déjà dit, là, lui, comme chef du DRMG, il a quand même accès à un certain nombre de données de la RAMQ puis il est capable d'observer, dans le fond, l'offre, le volume d'activité, même, passablement, le nombre de personnes inscrites auprès de chaque médecin. Mais cet

outil-là, c'est un outil, justement, qui nous sert à objectiver l'information qui nous est transmise, parfois, d'offrir un espace de dialogue avec les médecins pour discuter puis négocier l'offre de services.

M. Arseneau : Juste une dernière petite question. J'ai 30 secondes seulement.

Mme Malo (Isabelle) : Donc, vous me demandez si je suis en faveur de la coercition. Je vais vous répondre non. Puis je pense qu'il y a moyen de travailler avec les fédérations médicales, surtout avec l'ensemble de nos médecins, pour trouver le bon équilibre dans l'accès à la donnée, mais que cette donnée-là reste une donnée confidentielle, puis qu'on ne l'utilisera pas à mauvais escient.

M. Arseneau : D'accord. Est-ce que j'ai... Juste pour voir... Parce que le 50 % de patientèle que vous détournez vers d'autres spécialités, ça, est-ce qu'il a fallu réaménager le système ou ça fonctionne bien? Parce qu'on parle de réaménager la première ligne. C'est encore à travers les GMF?

M. Lavoie (Éric) : Ces patients-là étaient déjà référés vers ces mêmes professionnels là. C'est seulement que c'est le médecin de famille qui le faisait. Le médecin de famille est positionné comme porte d'entrée et comme chef d'orchestre. Alors, une consultation auprès de ce médecin-là génère une demande de consultation pour les autres professionnels. C'est ça qu'on vient améliorer, puis libérer le médecin de famille.

M. Arseneau : Merci.

Le Président (M. Provençal) : ...beaucoup pour cet échange.

Alors, nous allons suspendre temporairement nos travaux pour donner place au prochain groupe, mais je tiens à vous féliciter puis à vous remercier d'être inventifs et créatifs pour améliorer le système. Merci beaucoup.

(Suspension de la séance à 14 h 53)

(Reprise à 14 h 56)

Le Président (M. Provençal) : Nous reprenons nos travaux. Je souhaite la bienvenue à la Dre Caroline Laberge, du Collège québécois des médecins de famille. Je vous rappelle, madame, que vous aurez 10 minutes pour votre exposé. Par la suite, nous procéderons à un échange avec les membres de la commission. Je vous cède immédiatement la parole.

Collège québécois des médecins de famille (CQMF)

Mme Laberge (Caroline) : Parfait. Merci beaucoup, M. le Président. Merci beaucoup de nous recevoir. Ça nous fait plaisir de venir vous présenter les éléments qui ressortent à nos yeux en lien avec le projet de loi n° 11.

D'abord, laissez-moi vous présenter le Collège québécois des médecins de famille. Le CQMF est une organisation à but non lucratif qui regroupe 4 500 membres au Québec, des médecins de famille, des résidents et des étudiants en médecine, qui a pour mission d'inspirer et de soutenir les médecins de famille et leurs partenaires dans l'adoption des meilleures pratiques au bénéfice de la santé de la population.

Nos actions s'articulent, entre autres, dans le développement d'outils pour accompagner les médecins de famille au quotidien, par exemple, le concept d'eConsult, dont la mouture québécoise a été initiée par le CQMF et portée pendant plus de quatre ans avant de devenir ce qu'on connaît maintenant comme le conseil numérique. Nous avons également créé l'événement du Symposium sur les innovations justement pour créer des synergies et mettre en lumière des innovations porteuses pour la première ligne. Le CQMF est le leader, au Québec, de la campagne Choisir avec soin, qui porte sur la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. Nous chapeautons également la Communauté de pratique des médecins en CHSLD, qui a été créée dans la pandémie de COVID-19 par des médecins engagés sur le terrain pour partager, soutenir et diffuser les meilleures pratiques en soins de longue durée.

Le soutien à la relève et le programme de mentorat sont d'autres services incontournables à notre communauté médicale, qui visent, entre autres, la valorisation de la médecine de famille et le soutien entre les pairs. Les membres engagés du CQMF sont des médecins de famille en exercice dans différents milieux, qui reflètent le vécu du terrain et qui travaillent sans relâche pour améliorer les soins aux patients. De mon côté, je suis médecin de famille en pratique ici, à Québec. Je travaille et j'enseigne au GMF universitaire Laurier et je fais des accouchements au CHUL.

Le CQMF dit oui à l'accès. Nous déplorons, tout comme le gouvernement, que de nombreux Québécois et Québécoises n'aient pas de médecin de famille, sachant tous les bénéfices pour la santé, à court, moyen et long terme, que ça apporte. C'est donc avec cette vision terrain que nous vous amenons nos suggestions et que nous souhaitons participer aux prochaines étapes de la refonte de notre système de santé.

D'entrée de jeu, pour améliorer l'accès, c'est important de comprendre et rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande des rendez-vous en première ligne, quantifier l'offre, soit, mais ce n'est pas ça qui va l'augmenter. Pour augmenter l'offre de services en première ligne, il faut plus de travail de collaboration, et ça passe, selon nous, par

des équipes interprofessionnelles mieux garnies. En augmentant le nombre d'infirmières dans les GMF, le travail de collaboration et la délégation des suivis permettront d'augmenter le nombre de patients inscrits par médecin de famille.

Dans les GMF actuels, il y a, en moyenne, une infirmière pour huit à neuf médecins. Dans mon GMF-U, par exemple, nous avons quatre infirmières cliniciennes pour 20 médecins et 24 résidents. Elles font toutes des soins polyvalents, de la petite enfance aux troubles neurocognitifs majeurs, en passant par le diabète et le TDAH. Leur apport est inestimable. Si je pouvais avoir une infirmière jumelée avec moi à temps plein, je pourrais suivre beaucoup plus de patients.

Parmi les autres professionnels, citons les travailleurs sociaux et les pharmaciens qui ont été intégrés aux équipes GMF. Ça facilite grandement le travail de collaboration et l'accès direct pour les patients du GMF.

Cependant, les équipes interprofessionnelles gagneraient à s'agrandir en nombre et en diversité professionnelle pour mieux répondre aux besoins identifiés selon les communautés et en proximité autour du patient.

C'est important aussi de reconnaître l'offre de services des médecins de famille québécois en deuxième et en troisième ligne, qui est cruciale pour notre réseau de santé. C'est sûr qu'en passant une portion significative de son temps à l'urgence, en salle d'accouchement ou à l'hospitalisation le médecin de famille est moins présent au cabinet. C'est pourquoi le support et la délégation aux ordres professionnels au bureau prend tout son sens.

C'est aussi important de noter que la carrière d'un médecin de famille évolue au fil du temps. Plus de temps est consacré à l'hôpital en début de carrière puis plus au bureau vers la fin. On ne peut pas s'attendre à la même taille de cohorte de patients pour le jeune diplômé que pour le médecin à la retraite, simplement parce qu'une patientèle, ça se bâtit au fil du temps.

Prendre en charge un patient, ça veut dire établir et développer une relation de confiance et de partenariat entre le médecin et le patient, c'est assurer une continuité dans des soins globaux et complets, puis c'est tellement gratifiant. Répondre oui pour accepter de suivre d'autres membres de la famille ou encore débiter cette relation quand on rencontre un patient sans médecin dans un contexte de sans rendez-vous, à l'hospitalisation ou lors d'un suivi de grossesse, par exemple, c'est légitime et c'est l'essence même de la médecine de famille. Ce serait vraiment nuisible d'interdire cette façon de faire toute naturelle en limitant l'inscription de nouveaux patients aux seules références du guichet d'accès aux médecins de famille, tel que proposé dans le projet de loi n° 11. Ceci ajouterait une lourdeur administrative indue, amènerait une perte de temps et une limitation de l'accès.

• (15 heures) •

Permettre aussi une transition graduelle de pratique pour les médecins plus âgés qui souhaiteraient déléguer leur clientèle à la relève tout en continuant de rendre des services à un rythme plus raisonnable, ça éviterait la coupure et l'accumulation des patients sur le guichet. Pour que cette transition naturelle puisse se produire, ça prend deux éléments : premièrement, de la relève, c'est-à-dire réussir à combler toutes nos places en résidence, et ensuite garder la motivation et la flamme des médecins en pratique. La valorisation de notre profession est le nerf de la guerre ici. Je sais que plusieurs de mes collègues en ont parlé dans les derniers jours. Le CQMF travaille d'arrache-pied avec de multiples acteurs pour redorer l'image de notre profession, malmenée par le gouvernement dans les dernières années.

La reconnaissance des efforts constants déployés par les médecins de famille passerait d'abord par un changement de ton du gouvernement. Un exemple de ton qui porte préjudice à notre profession est le libellé du projet de loi, qui sous-entend que le ministre pourrait imposer des plages de rendez-vous à des médecins individuels. Cette modalité serait la goutte qui ferait déborder le vase pour de multiples médecins au bord de l'épuisement. Les contrats GMF stipulent déjà à l'heure actuelle les heures d'ouverture à assumer en groupe le soir et les fins de semaine.

Maintenant, dans cet équilibre offre-demande, il faut également regarder la demande. La médecine s'est modifiée au fil des années. L'augmentation de la longévité, le fait de vivre avec des maladies chroniques, l'augmentation des enjeux de santé mentale, on constate que les besoins de la population changent. Le suivi en continuité offre une qualité de soins beaucoup plus grande que des soins ponctuels. La durée des rendez-vous médicaux doit refléter cette complexité, les médecins de famille adressant l'ensemble des enjeux de santé de son patient.

Donc, la demande change, et il faut y répondre adéquatement. Ceci signifie d'effectuer un travail en amont du rendez-vous médical pour cerner les besoins du patient et s'assurer d'y répondre par le bon professionnel au bon moment. C'est ça, le concept de l'accès adapté. Ça ne repose pas juste sur les épaules du médecin de famille. Le projet pilote du Guichet d'accès à la première ligne du Bas-Saint-Laurent est éloquent. Vous venez de les entendre. Un système de rendez-vous en ligne proposé dans le projet de loi n° 11 pourrait ainsi proposer plus de solutions pour le patient qu'un simple rendez-vous médical. Si on dotait ce système-là d'algorithmes d'intelligence artificielle, les renseignements entrés par le patient permettraient, par exemple, de le diriger à un guide d'autosoins, ou à l'orienter vers son pharmacien, une infirmière, ou offrir un rendez-vous médical lorsque c'est requis.

D'autre part, la demande est augmentée par les soins eux-mêmes. Je parle ici du phénomène de surmédicalisation dans la société. On a de plus en plus l'impression de pouvoir tout comprendre par des tests d'imagerie ou de laboratoire. C'est vrai que ça donne beaucoup d'information, mais cette information-là est parfois trompeuse, et ça n'aide pas toujours à soigner. L'utilisation accrue amène son lot de surdiagnostics, de surtraitements, et tout ça peut nuire à la santé du patient, que ce soit par les effets secondaires des médicaments ou les inconvénients qui découlent des tests. Ça amène aussi à une grande dépendance à la médecine pour tenter d'expliquer tout ce qui nous arrive, et on peut confondre prendre soin de sa santé versus chercher des maladies.

Il y a aussi une incitation de la part de compagnies pharmaceutiques de chercher et traiter des maladies qui n'auraient peut-être pas dérangé la personne. Pensons à cette fameuse publicité sur l'onychomycose. Nous voyons, depuis cette publicité, un nombre incalculable de consultations pour des ongles d'orteil d'aspect différent. J'aimerais bien qu'on étudie ce phénomène et qu'on quantifie la pression mise sur la première ligne et sur les laboratoires par des publicités de ce genre.

Un autre aspect qui permet de comprendre l'accès plus difficile aux soins est le temps consacré par les médecins à la paperasse, entre autres, les suivis de prises de sang, d'imageries, préparer des formulaires de référence pour diriger un patient en spécialité ou au CLSC, tous les formulaires pour les compagnies d'assurance, la CNESSST, pour mettre de la crème sur les fesses des poupons à la garderie. Chaque médecin de famille consacre de deux à trois demi-journées, voire plus, par semaine à ces tâches administratives pendant lesquelles il ne peut pas voir de patients.

Comment faire abstraction aussi de cette pandémie de COVID-19 qui, depuis deux ans, a affecté autant l'offre que la demande? Les médecins de famille sont allés prêter main-forte partout dans le réseau pour traiter des patients infectés. Les infirmières de première ligne ont été délestées des GMF. Et cette pandémie a augmenté la détresse tant chez nos patients que chez les soignants.

En conclusion, notre objectif commun est d'offrir des soins de qualité à toute la population. Le projet de loi n° 11, tel que libellé, propose de regarder une seule partie de l'offre et tente de presser le citron pour obtenir quelques gouttes de plus, ceci sans augmenter l'offre globale par d'autres mécanismes et sans comprendre la croissance de la demande. Si vous me permettez l'analogie, tout traitement en médecine amène des avantages et des inconvénients ou des bienfaits escomptés et des effets secondaires. C'est important de bien estimer les deux pour prendre une décision éclairée. De combien estime-t-on l'augmentation de l'offre avec les mesures proposées par le projet de loi n° 11 et avec quels effets secondaires ou à quel prix sur le moral des troupes, les départs et le non-recrutement de la relève? Ce qu'il faut se demander ultimement, c'est : Est-ce que les citoyens auront des meilleurs soins de santé? C'est ça qu'il faut peser dans la balance avant d'aller de l'avant avec ce projet de loi dans sa facture actuelle. Le CQMF veut faire partie de la discussion du plan santé.

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

M. Dubé : Très bien. Alors, merci, M. le Président. Dre Théberge, merci beaucoup pour votre témoignage. Juste pour qu'on se comprenne bien sur... Vous avez soulevé plusieurs points, mais, lorsqu'on parle de... Vous avez dit que les médecins de famille, effectivement, que vous représentez ont beaucoup de travaux qui sont en dehors de la prise en charge. Vous avez nommé les travaux en hôpitaux, aux urgences, puis etc. Puis, une des raisons pour lesquelles on veut des données de gestion, puis, tout à l'heure avec, justement, le groupe de Rimouski, on en parlait, c'était pour bien comprendre quelle est cette charge de travail là qu'ils ont. Parce que, souvent, comme vous savez, les données que l'on a, qui sont très, très primaires, je vais le dire comme ça, dans les régions, c'est qu'on voit qu'il y a un médecin de famille, mais on ne le sait pas, en tant que gestionnaire, il y a quelle portion de son travail qui est, par exemple, aux urgences. Puis la seule façon, par exemple, de le savoir, c'est de dire : Est-ce qu'il a facturé ou pas la RAMQ? Mais ça ne nous donne pas une grande connaissance de, cette personne-là, est-ce qu'elle fait 20 heures par semaine à l'urgence ou est-ce qu'elle est à temps plein. Vous me suivez?

Ça fait que je veux juste vous rassurer, parce que c'est difficile, dans une courte présentation puis lorsqu'on n'a pas la... on voit un article de loi que les légistes s'appliquent à rendre bien compliqué. Mais ce que je voulais vous dire, c'est que l'objectif de bien comprendre l'offre, que vous avez dit, surtout avec les médecins de famille, c'est de comprendre ce qu'ils font, pas pour les contrôler mais pour être capable de dire : J'ai peut-être 10 médecins dans ma région, mais j'en ai vraiment sept qui peuvent prendre la prise en charge. Est-ce que vous, vous êtes d'accord avec moi? Parce que, ce manque d'information là, je ne suis pas le premier à le dire, là. Et je veux juste que les gens comprennent que l'information de gestion qu'on a besoin, c'est de savoir qui fait quoi, parce que, malheureusement, cette donnée-là n'est pas dans la région. On se comprend bien? O.K.

Mme Laberge (Caroline) : Oui. J'entends bien ça puis je comprends tout à fait, comme gestionnaire, que vous avez besoin de cette information-là pour mieux planifier les effectifs. C'est tout à fait légitime...

M. Dubé : Planifier les effectifs, puis effectivement parce que... Bon, parlons de ça, parce que vous, vous en représentez pas mal. Quand on arrive au fameux PREM, à chaque année, bien, moi, j'aimerais bien ça savoir que, pour telle raison, oui, j'ai 10 médecins... ou, tiens, je vais dire un chiffre, j'en ai 100 en Montérégie, mais j'en ai vraiment juste 50 qui font de la prise en charge. Alors, pour être capable de savoir si je devrais en mettre plus sur l'île de Montréal ou en Montérégie, un des facteurs serait de bien comprendre cette donnée-là sur une base régionale. Mais je voulais juste donner cette... Puis vous êtes d'accord avec ça, là? Parce que, quand on... Quand j'entends la réaction de dire : On veut tout contrôler, ce n'est pas ça du tout. Ce qu'on veut, c'est être capables d'avoir une donnée de gestion. Je suis content qu'on s'entende là-dessus.

Mme Laberge (Caroline) : Si je peux me permettre, M. le ministre, juste un petit commentaire, par contre.

M. Dubé : Bien oui.

Mme Laberge (Caroline) : La façon dont c'est libellé actuellement dans le projet de loi, on comprend que c'est les plages horaires offertes en cabinet que vous allez monitorer, mais vous ne saurez pas plus qu'est-ce que le médecin fait les autres jours de la semaine.

M. Dubé : Deuxième chose...

Mme Laberge (Caroline) : Ça fait que cette donnée-là devra être complétée par d'autres informations ou d'autres façons d'avoir l'information véritable.

• (15 h 10) •

M. Dubé : Oui, mais ça... Non, non, mais c'est un bon point, Dre Théberge, c'est un bon point. Vous avez un raisonnement scientifique. J'aime ça, là.

Alors, je vais juste revenir un peu. Il y a deux choses dans le projet de loi. On demande de l'information pour fins de gestion, je viens de donner l'exemple, pour bien comprendre qui offre quoi. Et la deuxième question, c'est la prise de rendez-vous. Pour moi, c'est deux choses complètement différentes.

Maintenant, je vais répondre tout de suite à votre question, parce que je voulais y venir, vous l'avez souligné. Quand, tout à l'heure, on écoutait Mme Malo, qui nous parlait de Rimouski, de l'exemple du GAP, elle a dit... Parce qu'on le sait, là, le hub, je vais l'appeler, le système de rendez-vous, il est très évolué à Rimouski. Ça fait longtemps, là, que les médecins mettent déjà leur bassin de rendez-vous dedans. Ils seront rendus pas mal plus loin que bien des gens. C'est d'ailleurs pour ça que le GAP fonctionne très bien.

Puis là je vais dire la partie rendez-vous. Elle a bien dit... Puis le docteur... comment qu'il s'appelle, notre docteur... Lavoie a dit tout à l'heure... Dr Lavoie a dit : Mais moi, j'ai besoin d'un effet de levier, je suis prêt à vous donner des meilleures données, hein, je suis prêt à vous donner une meilleure offre, donc je vais avoir filtré, puis, en échange, en échange, vous allez me donner plus de rendez-vous. On se comprend bien?

Alors, ce que je veux dire, c'est que la prise de rendez-vous qu'on parle dans le projet de loi n° 11, c'est celle-là. Ce n'est pas pour contrôler, mais c'est pour dire : Parce que je vous ai envoyé moins de clients ou des clients plus pertinents — je peux-tu dire ça? — en échange, donnez-moi donc... Puis il n'a pas parlé de 20 % des rendez-vous, il a parlé de 1,5 % des rendez-vous. Ça, ça veut dire, un médecin... Un médecin de famille, ça voit combien de patients par semaine si vous faites trois jours, quatre jours ou cinq jours? Combien que vous voyez de patients par jour? Les Québécois aimeraient ça savoir ça, à peu près. 15? 20?

Mme Laberge (Caroline) : Bien, c'est très variable selon le type de clientèle. Souvent, on va calculer notre temps par demi-journée, grosso modo. Souvent, on est attirés à différentes activités à la demi-journée. Je vous dirais, probablement, entre 6 et 10, selon la lourdeur des cas.

M. Dubé : De demi-journées, de demi-journées. O.K.

Mme Laberge (Caroline) : Par demi-journée, oui.

M. Dubé : Bon, mais admettons que je vais prendre un exemple, six demi-journées à 10, 60 rendez-vous. Le nombre de rendez-vous additionnels que le GAP demande en échange, c'est deux ou trois rendez-vous sur 60. C'est ça qu'il demande. Parce qu'il dit : Je vais vous donner une offre beaucoup filtrée, puis, en échange, vous allez me donner un ou deux rendez-vous par médecin pour que je sois capable de répondre à ceux qui n'ont pas de médecin de famille.

Alors, c'est juste que je veux faire attention, parce que, souvent, la perception... Puis malheureusement moi, je dis que c'est la faute des avocats qui écrivent des textes qui sont compliqués. C'est moi qui dis ça, mais je suis juste un comptable. Mais ce que je vous dis, c'est que l'objectif de la loi, c'est de faire exactement ce qui se fait à Rimouski, c'est : Donnez-nous 1 % ou 2 % de plus de vos rendez-vous, puis, quand on va appeler ou quand le patient va appeler, bien, il va être capable d'avoir un rendez-vous, alors qu'en ce moment il n'est pas capable de le prendre. Ça fait que je voulais juste faire cette clarification-là entre les données de gestion et la prise de rendez-vous, qui sont deux éléments, à mon avis, excessivement importants du projet de loi mais qui sont séparés. Est-ce que je suis plus clair? Mais, si vous voulez commenter...

Mme Laberge (Caroline) : Je vous entends bien puis je l'avais compris aussi, que c'était comme deux éléments séparés. La façon dont c'est libellé actuellement, par exemple, ce n'est pas si clair que c'est deux choses différentes. Ça fait que je pense que ça gânera, ça...

M. Dubé : ...parler aux avocats de ça, ça, je vous le promets.

Mme Laberge (Caroline) : Oui. Puis l'autre affaire, c'est que, malheureusement, en étant libellé de façon peut-être difficile à comprendre pour un comptable ou pour un médecin de famille, ce que ça laisse sous-entendre, c'est que ça semble menaçant. Ce n'est pas bien reçu par nos collègues, dans le sens qu'on a l'impression que vous allez vouloir gérer à quelle heure on voit qui, là.

M. Dubé : Oui, mais ils nous écoutent aujourd'hui, là, Dre Théberge, ils nous écoutent aujourd'hui, là. Ça fait que je suis sûr que ça aide à comprendre...

Mme Laberge (Caroline) : Mon nom, c'est... Excusez, mon nom, c'est Dre Laberge.

M. Dubé : Je ne sais pas pourquoi...

Mme Laberge (Caroline) : ...Théberge, Théberge. C'est Laberge.

M. Dubé : Non seulement je ne sais pas compter, mais je ne sais pas écrire. Excusez-moi, Dre Laberge, excusez-moi, excusez-moi. Parlez-moi de la... Oui, j'ai beaucoup aimé votre exemple des pharmacies, là, avec les ongles d'orteil. C'est épouvantable, cette publicité-là, ça n'a pas de bon sens. Juste... Est-ce qu'on devrait faire plus de... une meilleure communication pour faire comprendre aux gens... Parce que, oui, il y a le projet de loi, là, c'est une chose, je pense, qu'on va préciser puis on va s'assurer qu'on fait les correctifs, mais est-ce qu'on ne devrait pas faire plus de publicités, de communications aux Québécois pour leur expliquer, justement, qu'est-ce qu'on essaie de faire? Parce que je suis certain qu'il y a bien des gens qui... la journée qu'on aurait ce système d'appels là un petit peu partout, le fameux GAP dont on a entendu parler... qu'il me semble que ça devient évident que ça va vous aider, vous, les médecins, à avoir des patients qui viennent pour les bonnes raisons. Mais on ne se fait pas de... Puis là je nous parle... au ministère, là. Moi, ça ne fait pas longtemps que je suis à la Santé. Mais pensez-vous qu'on devrait faire plus de publicités pour... enlever les ongles d'orteils puis parler plus de la prise de rendez-vous?

Mme Laberge (Caroline) : Bien, définitivement. Puis c'est une des choses qu'on proposait dans notre mémoire, d'éduquer un peu la population sur c'est quoi, le bon moment d'aller consulter le médecin. Des fois, on voit quelqu'un dans notre... On a un système de rendez-vous qui fonctionne bien, qui offre un accès très rapide, ça fait que, des fois, on voit des gens, ça fait quatre heures qu'ils font de la fièvre. Ce n'est pas pertinent de venir nous voir à ce moment-ci. On ne sait pas s'il va se développer une otite dans trois ou quatre jours ou une pneumonie dans une semaine. Mais d'être capable d'autogérer un petit peu ses symptômes, initialement, ce serait fort pertinent.

M. Dubé : En tout cas, j'ai pris bonne note. Puis je ne sais pas... Il me reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Provençal) : ...

M. Dubé : Six minutes? Mon Dieu! Je vais... Bon, vous avez le droit de dire ce que vous pensez. Vous avez parlé de presser le citron. Moi, ce n'est pas mon objectif de presser le citron. Je ne sais pas beaucoup cuisiner, ça fait que je ne suis pas sûr que je le mettrais au bon endroit. Mais il y a une chose que je vous dirais que j'ai entendue, qui est importante, ce que vous avez dit, deux à trois demi-journées de temps administratif. Oh! ça, ça me dérange.

Mme Laberge (Caroline) : C'est énorme, hein?

M. Dubé : Dans le personnel... Vous avez vu les annonces qu'on a faites il y a quelques mois. Parce que ça, j'y crois beaucoup, qu'on devrait être mieux informatisés, hein, ça, j'en parle souvent, que les systèmes informatiques font partie du plan de relance, mais, en même temps, on ne pourra pas avoir ces systèmes-là demain matin, là. Ça va nous prendre du temps. On y travaille, mais je peux vous dire... On l'a vu, là, ça a bien fonctionné dans la vaccination, avec des systèmes performants de prise de rendez-vous, mais, avant qu'on ait ça partout au Québec, on a... En attendant, on a annoncé l'engagement d'à peu près 2 000 postes administratifs, des agents administratifs. Vous êtes supposés en avoir qui vont rentrer en février. Ça, c'est ce mois-ci. Est-ce que vous en avez entendu parler pour vos GMF? Est-ce que vous êtes au courant de ça?

Mme Laberge (Caroline) : J'en ai entendu parler dans des contextes hospitaliers actuellement. Mais les deux à trois demi-journées auxquelles je faisais allusion tout à l'heure, ce n'est pas nécessairement quelque chose qui pourrait être fait par une adjointe administrative. Par exemple...

M. Dubé : ...quoi, est-ce que c'est les papiers de la RAMQ? Non, là, habituellement, il y a des services bureau qui... C'est quoi, le temps...

Mme Laberge (Caroline) : Non. Ça, c'est... Souvent, on va avoir des agences de facturation qui s'occupent de ça pour nous.

M. Dubé : Bien, c'est ça.

Mme Laberge (Caroline) : Bien, pour vous donner un exemple, tu sais, si on veut envoyer passer un examen comme un TACO, bien, on a une feuille à remplir pour indiquer les éléments qu'on recherche et les contre-indications, les indications. Ça fait que ça, ça peut prendre deux minutes, par exemple, à compléter. Si on veut envoyer...

M. Dubé : Puis ça, un agent administratif ne peut pas faire ça, Dre Laberge?

Mme Laberge (Caroline) : Non, parce que ça, c'est des informations médicales. Il ne pourrait pas savoir. Puis, tu sais, un exemple, par exemple, dans plusieurs spécialités, pour référer un patient, par exemple, dans une clinique de la douleur, c'est des formulaires de quatre pages qu'il faut compléter...

M. Dubé : Quatre pages.

Mme Laberge (Caroline) : ...pour expliquer toute l'histoire du patient, qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce qu'on a essayé comme médicament, pourquoi ça n'a pas marché, où est-ce qu'on en est maintenant. Tu sais, en psychiatrie,

en clinique de la douleur, en physiothérapie, dans de multiples spécialités, on ne peut pas dire : S'il vous plaît, voyez mon patient. Il faut remplir les formulaires.

M. Dubé : Ah! O.K. Quand vous faites le transfert pour passer au CRDS, que vous me dites, là, par exemple? C'est ça?

Mme Laberge (Caroline) : Bien, CRDS, c'est un exemple. Il y en a d'autres qui ont des formulaires spécialisés pour chacune de leurs petites cliniques. Ça fait que ça, c'est des... de la paperasse à remplir, là.

M. Dubé : Puis, ça non plus, vous ne pouvez pas passer par les... vous ne pouvez pas passer par du personnel administratif?

Mme Laberge (Caroline) : Non, malheureusement. Puis il faut connaître notre patient, il faut être capable de détailler tout ça. Ça fait que ça, c'est le type d'exemple aussi... J'ai un cas, par exemple, dont je veux discuter avec un collègue spécialiste, bien, il faut que j'essaie de le faire signaler une demi-journée où je vais pouvoir prendre son appel, quand il va me rappeler. Ça fait que, là, c'est des demi-journées. Je ne peux pas être en pleine clinique puis essayer d'appeler quelqu'un. Ça va me prendre une demi-heure réussir peut-être à avoir la ligne, parler au spécialiste. Avec le conseil numérique, ça, c'est grandement facilité, par exemple, on peut poser des questions asynchrones.

M. Dubé : Bien, c'est ça. Le Dr Oliva en a parlé, de ça. Je ne sais pas si vous l'avez écouté quand il était ici, il y a quelques jours, donc, parce que...

Mme Laberge (Caroline) : Pas encore. Je vais écouter ça ce soir.

M. Dubé : Comment vous dites?

Mme Laberge (Caroline) : Excusez, je n'ai pas suivi les travaux de la commission. Je vais les lire... je vais les écouter ce soir en rafale.

M. Dubé : Bien, vous allez voir, c'est superintéressant, je vais vous dire, c'est fascinant. En tout cas, on apprend beaucoup. Mais, non, mais, sérieusement... Parce que ça, ça me préoccupe. Quand j'entends des gens de votre expertise passer autant de temps administratif, alors que vous pourriez voir des patients, il va falloir trouver de la... Puis une des choses que le docteur Oliva m'avait dites, même avant la commission... Ils ont dit : On est rendus à 600 000, 700 000 rendez-vous qui ont été pris par les omnis, envoyés vers les spécialistes, qui ne sont pas répondus. Ça, ça veut dire... Je ne veux pas vous décourager, là, mais c'est des documents que vous avez complétés, que vous avez pris des heures à compléter puis qui dorment à quelque part parce qu'il y a quelqu'un qui ne les traite pas. Ça ne marche pas, là.

Mme Laberge (Caroline) : On sait les délais. Puis, pendant ce temps-là, les patients, le problème, c'est que leur problème, il reste là en attendant de voir le spécialiste. Ça fait que, si on attend la réponse du spécialiste, des fois, on va revoir notre patient une fois, deux fois, trois fois.

M. Dubé : Mais ça, je dois vous dire, le p.l. n° 11 ne le réglera pas, là, on s'entend...
• (15 h 20) •

Mme Laberge (Caroline) : Non, c'est ça.

M. Dubé : ...je ne pense pas. Mais il faudrait au moins suivre cette inefficacité-là, surtout que vous me dites que vous passez autant de temps administratif dans une semaine. En tout cas, moi, j'aimerais ça que vous soyez mon médecin de famille. Je vous trouverais du temps, là, écoutez... En tout cas, écoutez, je veux juste vous rassurer que... En tout cas, je pense que je l'ai dit souvent, puis mes collègues ici, il n'y a pas personne qui est en train de regarder le p.l. n° 11 pour rajouter de la paperasse. Ça, je veux... O.K.?

Mme Laberge (Caroline) : Le guichet d'accès aux médecins de famille, je peux vous dire que c'en est, de la paperasse.

M. Dubé : Bien, c'est pour ça qu'il faut l'enlever.

Mme Laberge (Caroline) : Ce n'est pas très efficace, ce système-là.

M. Dubé : Bien, c'est ça. Bien, effectivement. Puis là on est rendus à presque 1 million de personnes là-dessus. C'est pour ça qu'il faut le vider, hein, c'est...

Mme Laberge (Caroline) : Absolument.

M. Dubé : Puis je pense... En tout cas, je dis ça, là, parce que ce sera une autre étape, mais d'avoir de l'intelligence artificielle sur le GAMF aussi, avant que les gens s'inscrivent... En tout cas, ça, on pourra... hein, on pourra parler de ça. M. le Président, je... Merci beaucoup. Puis je m'excuse d'avoir mal prononcé votre nom, Dre Laberge.

Mme Laberge (Caroline) : Pas de problème. Merci beaucoup.

M. Dubé : Merci beaucoup. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci, M. le ministre. Nous poursuivons avec le député de Nelligan.

M. Derraji : Merci, M. le Président. Dre Laberge, merci beaucoup pour votre rapport. J'espère que je ne me suis pas trompé. C'est Dre Laberge, c'est ça?

Mme Laberge (Caroline) : Oui, c'est bien ça.

M. Derraji : O.K. Excellent, excellent, excellent. Écoutez, je ne sais pas par quel bout commencer mon échange avec vous, mais je vais le prendre du côté du patient. Vous faites partie de la solution, mais j'ai un problème, j'ai 1 million de patients qui sont en attente d'un médecin de famille. Il y avait 400 000 en 2018. Je ne veux pas revenir sur les causes, mais j'en suis sûr et certain, que vous pouvez éclairer les membres de la commission du pourquoi. 2022, le ministre pense que... son hypothèse, c'est : En ayant accès à des données, on va régler une partie du problème.

Deuxième partie, et je ne sais pas si vous l'avez remarqué, l'accès à la première ligne, avec une définition qui inclut plusieurs professionnels. Donc ça, c'est la mise en contexte.

J'aimerais bien vous entendre sur comment, vous, en tant que professionnels de la santé, nous, en tant que législateurs, on peut réduire la liste des patients qui nous écoutent, qui nous suivent maintenant et qui attendent des résultats. Donc, au-delà du projet de loi n° 11, vous faites partie de la solution, maintenant, c'est quoi, votre solution pour diminuer la liste d'attente de 1 million à un taux raisonnable?

Mme Laberge (Caroline) : Merci, M. le député. Je ne sais pas qu'est-ce qui serait un taux raisonnable. En fait, dans un monde idéal, tout le monde qui souhaite avoir un médecin de famille doit en avoir un. On a présenté, dans notre mémoire puis dans l'allocution que je viens de faire, plusieurs avenues qu'on trouve absolument prometteuses. Puis c'est sûr que le travail en équipes interprofessionnelles est le gros du bout.

Un petit mot, peut-être, pour expliquer l'augmentation des patients qui s'inscrivent, qui se sont inscrits au guichet dans les dernières années. Il y a possiblement la meilleure connaissance du guichet, donc le fait de savoir que, si on n'a pas de médecin de famille, on peut s'inscrire sur ce guichet-là. C'est une des possibilités qui cause l'augmentation, et ça, c'est une bonne nouvelle.

L'autre aspect, par contre, c'est qu'il y a aussi plusieurs médecins de famille qui ont pris leur retraite. Puis vous n'êtes pas sans savoir qu'une grosse proportion de la cohorte de médecins de famille arrive à un âge très raisonnable, proche de la retraite. Je ne me souviens pas des chiffres exacts, je ne veux pas m'avancer dans les statistiques, mais on a... on va avoir un gros problème dans les prochaines années si les gens prennent leur retraite subitement, soit parce qu'ils sont trop fatigués parce qu'on leur demande une productivité qu'ils n'ont plus le goût de faire rendus à 65, 67 ans ou encore s'ils sentent qu'ils n'ont pas de relève.

Ça fait que c'est crucial de former la relève puis de permettre cette transition douce là pour éviter que les gens se ramassent que leurs médecins partent à la retraite, qu'il n'y a personne dans la clinique qui peut les reprendre parce que tout le monde a des grosses, grosses cohortes de patients, qu'on n'a pas de support, par exemple, des infirmières.

M. Derraji : Je peux vous interpeler sur ce point?

Mme Laberge (Caroline) : Oui.

M. Derraji : Vous êtes à la tête du Collège québécois des médecins de famille. Demain, vous êtes ministre de la Santé... Hier, ça m'a surpris, une réponse, qu'on n'a aucune information si un médecin part à la retraite. On n'a pas d'information, donc, après deux ans...

Mme Laberge (Caroline) : Qui n'a pas l'information?

M. Derraji : ...pas de facturation... Les données, en fait, les...

Mme Laberge (Caroline) : Mais c'est quand même connu. Le Collège des médecins du Québec tient le compte de qui est retraité puis qui est activement en pratique.

M. Derraji : Oui, le collège. Mais, je dirais, au niveau du ministère de la Santé, s'il n'y a pas de la facturation, on ne peut pas savoir s'il y a des patients orphelins dans une région. Donc, en fait, j'essaie, avec vous, de savoir comment nous, on peut naviguer dans ce projet de loi. Mais, de l'autre côté, j'entends le ministre et le ministère qui nous informent qu'on n'a pas assez de données pour pouvoir agir en amont.

Je comprends l'attractivité. C'est un bon point. La mauvaise presse par rapport à la médecine familiale, je vous le donne. Pendant les trois dernières années, mais plusieurs années, il y a des gens qui ne s'inscrivent pas dans la discipline en tant que médecins de famille. Il y a aussi les départs à la retraite. Mais on n'a pas assez de données par rapport... Et je comprends le travail d'un médecin de famille entre GMF, hôpital. Il y a beaucoup de choses. Vous faites beaucoup de choses. Mais, au bout de la ligne, ce qui nous guide à l'intérieur de cette commission, j'ai 1 million de patients qui veulent et... qui nous suivent et qui veulent avoir les réponses.

Donc, vous êtes, demain, à la place du ministre. Ce serait quoi, votre première action, si vous me dites aujourd'hui que... Écoutez, moi, j'ai lu votre rapport. J'ai vos propositions. J'ai lu surtout les enjeux du p.l. n° 11. Donc, j'ai l'impression qu'on ne s'y prend pas de la bonne façon. Donc, si on veut aller de la bonne façon, ce serait quoi, la bonne façon, selon vous?

Mme Laberge (Caroline) : En fait, la première des choses, ce serait peut-être d'arrêter de faire miroiter qu'un coup de baguette magique va soudainement tout régler. Quand on a l'impression que le problème, il est très simple puis qu'on peut le régler par une réponse simple, bien, en général, c'est que cette réponse-là, elle est fautive. Ça fait que c'est... Notre système de santé, il est excessivement complexe, et puis le résultat où on en est aujourd'hui, c'est l'évolution des 20 dernières années, des 30 dernières années qui l'a amené aussi ici aujourd'hui. Notre organisation particulière...

M. Derraji : Oui, mais on ne peut pas refaire... On ne peut pas, malheureusement, refaire le passé, mais je regarde vers le futur. O.K. Ça, c'est un fait. Maintenant, j'ai 1 million de patients. Vous êtes à la place du ministre. On vous interpelle. Comment on peut réduire la liste d'attente de ces patients? Si on ne s'y prend pas avec ce que le ministre propose aujourd'hui, comment, comment on peut baisser ça, cette liste?

Mme Laberge (Caroline) : En fait, je ne sais pas si vous êtes au courant, et les autres membres de la commission, dans le libellé de la RAMQ, jusqu'à il y a tout récemment, c'était spécifiquement indiqué que le médecin devait faire lui-même tous les actes, et cette prémisse-là empêchait tout travail de délégation et tout travail en équipe. Ça a été modifié récemment, puis le travail interprofessionnel commence à s'organiser un peu plus dans les GMF au cours des cinq à 10 dernières années. C'est une belle percée, mais il faut l'augmenter davantage.

M. Derraji : Excellent. Donc...

Mme Laberge (Caroline) : Ça fait que ça, c'est une volonté politique que ça prend, de dire que c'est ça, la solution.

M. Derraji : Donc... Excellent. Donc, je reformule. Pour vous, l'accès à la première ligne, ce n'est plus l'affaire d'un médecin de famille ou un médecin généraliste dans un GMF, c'est plus un ensemble de professions, l'ensemble des professions de la santé. Est-ce que j'ai bien...

Mme Laberge (Caroline) : En fait, on trouve que c'est important que tout le monde ait accès à un médecin de famille, mais ce médecin de famille là ne doit pas travailler tout seul, il ne doit pas travailler tout seul dans son sous-sol, ça, c'est sûr. Il doit travailler en équipe avec d'autres médecins et avec d'autres professionnels aussi pour le supporter. Par exemple, quand je travaille avec une infirmière, si on fait un suivi d'enfant ensemble, je peux voir le petit bébé à trois semaines, l'infirmière peut le voir à deux mois, je peux le revoir seulement à six mois s'il y a quelque chose. Les parents savent qu'ils peuvent appeler. Ils peuvent prendre un rendez-vous entre-temps. Ça permet de libérer des plages horaires dans le bureau du médecin pour vraiment voir les cas, par exemple, des personnes qui seraient malades, éviter de faire tous les rendez-vous de suivi quand la situation, elle est stable. Ça peut être fait super bien par les infirmières cliniciennes.

M. Derraji : Oui. Je prends ce que vous venez de dire et je vais vous relire le nom du projet de loi : Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre. Pensez-vous que même le nom du projet de loi met beaucoup de pression sur vos épaules, alors que vous venez de me dire que la première ligne, ce n'est pas juste moi, ce n'est pas juste moi? Donc, si on veut envoyer un message, le législateur doit envoyer un message, c'est que la première ligne, ce n'est plus l'exclusivité d'un médecin de famille. Est-ce que vous partagez ce constat?

Mme Laberge (Caroline) : En fait, je trouve que le titre, il semble annonciateur d'un projet superintéressant. Puis après, quand on lit le projet, il n'a pas l'air de répondre au titre. Puis l'autre problème dans le titre, effectivement, comme vous le dites, c'est de faire reposer la responsabilité uniquement sur les épaules des médecins. Puis j'irais même un petit peu plus loin. Je suis au Collège québécois des médecins de famille. On est des médecins de famille. On est plus que des omnipraticiens, on est des spécialistes en médecine de famille.

M. Derraji : Absolument, et vous avez raison. Combien il me reste, monsieur...

Le Président (M. Provençal) : Une minute.

M. Derraji : Une minute, oui. Dernière question par rapport aux données. J'ai senti de l'inquiétude. J'ai senti... Le ministre a utilisé «presser le citron». Moi, j'aime le citron, je le presse assez souvent pour boire le jus. Mais vous pensez qu'on vous presse et qu'on n'est pas en mode collaboration... mais pas en mode collaboration avec vous?

Mme Laberge (Caroline) : La façon dont le projet de loi est libellé, on ne lit pas beaucoup de collaboration dans cette formulation-là. Tout à l'heure, le ministre Dubé proposait des publicités du gouvernement. Puis je pense que ce serait une excellente idée, de un, pour outiller les Québécois à savoir quand consulter puis quand gérer leurs problèmes de santé.

Puis, de l'autre, je pense que ça prend vraiment des publicités avec un ton inclusif du ministre. Il faut qu'il soit fier des médecins de famille, il faut qu'il soit fier de la première ligne au Québec. Parce que, peu importe ce qu'on en dise puis les ratés qu'on observe, il est excellent, notre système de santé. On est parmi les meilleurs systèmes de santé en Amérique du Nord, puis des gens de partout dans le monde s'inspirent du système de santé québécois. Donc, c'est sûr qu'on peut le bonifier, c'est sûr qu'on peut l'améliorer, mais je crois qu'on peut être superfièrs de ce qu'on a comme système de santé au Québec.

• (15 h 30) •

M. Derraji : Vous avez raison de parler, de partager, parce que j'ai l'impression, comme vous, depuis que je suis dans ce Parlement, que le Québec n'a rien fait pour le système de santé. Oui, on peut l'améliorer, mais, à certains moments, il faut reconnaître, au minimum, qu'on a quand même un bon système de santé et il faut en être fiers. Je vous remercie, Dre Laberge. Merci pour votre passage en commission.

Mme Laberge (Caroline) : Merci, M. le député.

Le Président (M. Provençal) : Merci, M. le député. La parole est maintenant au député de Rosemont.

M. Marissal : Merci, M. le Président. Bonjour... Dre Laberge, pour ne pas me tromper à mon tour. Moi, je lis vos recommandations, notamment, puis j'ai lu le reste aussi, là, évidemment. Là, j'ai l'impression, et c'est une impression assez générale, depuis trois... Deux jours? On est quoi aujourd'hui? Jeudi? Ça fait trois jours, hein, qu'on fait ça? Ça fait trois jours, oui. En plus d'être la dernière... C'est toujours ingrat, on s'en excuse. On est peut-être un peu fatigués. En tout cas, je vais parler pour moi. C'est une impression assez générale que j'ai, là, que pas mal tout le monde s'entend sur la destination, mais plusieurs, dont vous, ont un problème avec le véhicule, le véhicule étant le projet de loi n° 11, évidemment. Puis effectivement c'est vrai que ça peut porter... On peut avoir l'impression que le véhicule n'est peut-être pas tout à fait adapté ou même, pire, qu'il va peut-être nous amener ailleurs que la destination voulue. Je pense bien vous lire là-dedans. Puis vos collègues, là, de la FMOQ aussi nous ont pas mal dit ça.

Puis il y a comme un éléphant dans la pièce, ici, là. Puis moi, je l'ai dit, je le redis, là, je ne parle pas pour les médecins de famille, pas plus que pour les spécialistes. Vous avez les moyens de vous faire entendre. Moi, je travaille pour la population, en particulier les gens qui m'ont élu, mais pour tout le monde ici, à l'Assemblée nationale. Par contre, je n'ai pas tellement envie non plus de vous casser du sucre sur le dos, là, puis de faire une bataille politique contre les médecins. Je pense que ce serait contre-productif. Ça a été essayé, d'ailleurs, dans le passé, puis on a vu ce que ça a donné.

Mon collègue vient d'en parler un peu, mais je vous en reparle. Vous dites, ici : «Le ministre peut utiliser les renseignements recueillis en application des deuxième et troisième alinéas à toute autre fin en plus de celle qui y est prévue, lorsque cette utilisation est nécessaire à l'exercice de ses fonctions.» Bon, tu sais, quand je vous dis qu'il y a un éléphant dans la pièce, là, c'est la cueillette, et le traitement des données, et même la nature de ces données. Je vous laisse le temps qu'il me reste, c'est-à-dire probablement autour d'une minute et demie, pour répondre à ça : Quelles sont vos inquiétudes, là, spécifiquement quant à la cueillette de données? Et comment peut-on faire autrement?

Mme Laberge (Caroline) : Bien, avant de définir quelle cueillette de données est nécessaire, il faut savoir qu'est-ce qu'on a besoin comme information puis qu'est-ce qu'on va faire avec les données qu'on va recueillir. On peut recueillir des données à l'infini, mais, si on ne les interprète pas adéquatement, bien, ça ne sert à rien. Si ça donne seulement un portrait, par exemple, du nombre de rendez-vous par demi-journée par un médecin X, Y ou Z, est-il nommé ou pas dans les données, on ne le saura pas, c'est sûr que ça peut être perçu comme menaçant de la part des médecins.

On n'est pas... (panne de son) ...on travaille très fort. S'il y a des gens qui ont des horaires qui ont l'air légers, s'ils ont juste quatre patients par demi-journée, c'est peut-être parce que leurs patients sont d'une complexité incroyable, puis, plutôt que de les faire revenir 10 fois, ils vont régler en une fois tous leurs problèmes de santé. Donc, je pense qu'il faut vraiment définir où est-ce qu'on s'en va, de quelle information on a besoin.

Puis je trouve ça fascinant et très étonnant, à vrai dire, que le ministère n'ait pas les données de qu'est-ce que les médecins font, parce que, pour notre part, comme médecins sur le terrain, on passe notre temps à dire à tout plein de monde qu'est-ce qu'on fait, où on est. Les établissements savent sur quelle liste de garde on est, le DRMG sait qu'est-ce qu'on fait, la FMOQ nous demande qu'est-ce qu'on fait, le Collège des médecins nous dit qu'est-ce qu'on fait. À chaque année, on répond à des sondages sur notre pratique puis qu'est-ce qu'elle implique. Ça fait que c'est possiblement par la loi de la confidentialité que ces données-là ne se rendent jamais au bon endroit. Mais je pense que je comprends, je comprends la demande légitime du ministère de la Santé de savoir... d'avoir accès aux bonnes données pour savoir ce que font les gens. J'avais l'impression, bien naïvement peut-être... Je ne travaille pas au DRMG de ma région, mais je pensais que le DRMG les avait, ces données-là, puis, dans ma tête, le DRMG fait partie du ministère.

Ça fait que, tu sais, est-ce que l'éléphant dans la pièce, c'est que le système de santé est très, très, très complexe puis qu'il y a tellement de ramifications et de sous, sous, sous-étages que finalement personne ne sait ce qui se passe à quel étage de la bâtisse? Il vient peut-être plus de là, le problème, que de donner l'accès à l'horaire minute par minute du médecin quand il fait du bureau.

M. Marissal : O.K. Oui, il est grand, le mystère de l'informatique, au ministère de la Santé, ça, c'est un fait. Ça fait longtemps qu'on l'a remarqué. Je vous remercie, Dre Laberge.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, M. le député. Alors, on conclut cet échange avec le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Arseneau : Merci beaucoup, M. le Président. Merci, Dre Laberge. Moi, je trouve que c'est une conclusion heureuse à ces trois jours de consultations. Puis j'aimerais vous demander quel est votre état d'esprit à l'heure actuelle. Vous avez peut-être entendu les... tous ceux qui ont défilé à la commission. Vous représentez les médecins de famille. Est-ce que vous êtes optimiste pour la profession, en quelques mots?

Mme Laberge (Caroline) : Oui. En fait, je suis très optimiste pour la profession. Je ne sais pas si vous l'avez senti, mais j'adore ma profession. Je trouve qu'on a le plus beau métier du monde. Je suis gratifiée à tous les jours par mes patients, par mes collègues. C'est une spécialité extraordinaire. Et puis je pense... Je suis confiante et je suis contente du ton du ministre, si je veux... le permettre.

Maintenant, il va juste falloir que toute cette bonne volonté se traduise par une affirmation politique de ce qu'on veut, puis de faire attention aux écrits, parce qu'au-delà de la bonne volonté, ce sont des écrits qui vont rester. Puis les libellés du projet de loi n° 11, comme de d'autres projets de loi, comme, de même, tout le manuel de la RAMQ, c'est d'une complexité épouvantable, et puis, au final, ça n'envoie pas le bon message, ces mots-là.

M. Arseneau : Vous avez entendu la présentation, tout à l'heure, des gens de Rimouski, peut-être, du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Est-ce que vous pensez que ce modèle-là est transposable? Parce que la FMOQ semble dire que le guichet d'accès pertinence ou le réseau accès pertinence, c'est intéressant, tout ça, ça repose sur la collaboration, la confiance. Vous faites... Vous partagez cette opinion-là?

Mme Laberge (Caroline) : Absolument. Je sais que c'est en train de se développer ici, dans la Capitale-Nationale. Je connais bien la personne qui est responsable de ce dossier-là dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale. C'est un projet qui est extrêmement porteur, qui pourrait être une piste de solution temporaire pour les gens qui sont sans médecin de famille actuellement puis inscrits sur le guichet. Mais, dans un monde idéal, pour dégager de la place dans les horaires des médecins pour voir les patients qui n'ont pas de médecin de famille puis, idéalement, pour les suivre par la suite, c'est que ce triage-là... ou cette décision-là de la pertinence devrait être appliquée à tous les patients, là, qu'ils aient ou pas un médecin de famille. C'est la question qu'on devrait se poser à la base : Avons-nous besoin d'un rendez-vous médical pour cette question-là ou cette condition-là?

M. Arseneau : Bien, c'est ça, j'ai peu de temps, là, il y a une différence entre avoir un médecin de famille puis rencontrer son médecin de famille. Tranche de vie, depuis trois ans, j'ai un médecin de famille. Je ne l'ai jamais rencontré. Mais, en ayant un médecin de famille, j'ai réussi à pouvoir rencontrer une IPS, qui fait très bien le travail à chaque fois, et je l'ai rencontrée à quelques reprises. Il me semble qu'il y a une question de pertinence là.

Est-ce que vous étiez surprise de voir que, dans les statistiques de Rimouski, 50 % des cas sont détournés vers d'autres spécialistes, d'autres professionnels? Puis, l'idée d'étendre ça à ceux qui sont inscrits à un médecin de famille, est-ce que vous voyez ça d'un bon oeil?

Mme Laberge (Caroline) : Absolument, absolument. Ce serait formidable. C'est sûr que, si le médecin de famille... On essaie de le faire, là. Je ne sais pas si vous êtes familier avec le concept d'accès adapté. Moi, mes rendez-vous offrent, sur une période de deux à trois semaines... Mes patients peuvent toujours appeler pour prendre un rendez-vous avec moi. Si je n'ai plus de plage disponible, la secrétaire m'envoie un petit message pour dire : Oh! il manque de places un petit peu ces temps-ci, et puis j'offre des plages supplémentaires. Puis, s'il y a des questions dans la journée même, on a un système de dépannage aussi pour les urgences urgentes, urgentes, des journées où je ne suis pas au bureau, comme aujourd'hui.

Ça fait que c'est sûr que cette... bien, cette notion-là nécessite de voir pourquoi la personne veut voir son médecin de famille. Puis, par exemple, si c'est pour un problème de mal de dos, la secrétaire, elle peut diriger le patient au physiothérapeute avec qui je travaille. J'ai des patients, des fois, qui se blessent à une épaule, qui se blessent dans le dos, qui vont rencontrer directement la physiothérapeute, puis que je vais les voir dans un deuxième temps, seulement s'il y a une condition médicale à évaluer ou s'ils ont besoin de prescription de quelque chose.

M. Arseneau : Merci. Merci beaucoup.

Mme Laberge (Caroline) : Merci à vous.

Le Président (M. Provençal) : Dre Laberge, je vous remercie pour votre participation, votre contribution à nos travaux et pour les échanges que nous avons eus avec vous.

Mémoires déposés

Avant de conclure les auditions, je procède au dépôt des mémoires des organismes et des personnes qui n'ont pas été entendus lors des auditions publiques.

Je vous remercie pour votre collaboration. Je tiens surtout à vous féliciter sur le ton qu'on a eu pendant ces trois jours d'échanges.

La commission, ayant accompli son mandat, ajourne ses travaux au mardi 8 février, à 9 h 45, où elle entreprendra un nouveau mandat. Merci à tous. Bon retour dans vos petits coins. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 15 h 40)