

Foire aux questions

Entente sur l'accessibilité FMOQ-MSSS

Une entente sur l'accessibilité a été paraphée le 25 mai dernier par le président de la FMOQ et le ministre de la Santé et des Services sociaux. Cette entente marque un tournant historique, tant pour l'avenir de la médecine de famille que pour l'accessibilité aux services que rendent les médecins omnipraticiens. Après plusieurs mois de travail acharné, la conclusion de cette entente aura permis d'écarter le projet de loi n° 20 dans le respect des résolutions du Conseil général de la Fédération. Cette entente en est la solution alternative. Une solution bien plus prometteuse pour l'avenir de notre profession.

La Fédération vous présente ici un document qui vise à répondre le plus simplement possible aux principales questions que lui ont acheminées ses membres ces derniers temps.

1- Qu'advient-il des AMP avec la nouvelle entente ?

En vertu de l'entente signée, les AMP sont appelées à disparaître. Dans l'intervalle, elles seront cependant modifiées. Cette modification a pour but de permettre aux médecins qui le souhaitent de se consacrer entièrement à la prise en charge de patients en première ligne.

Pour en arriver à l'abolition complète des AMP, les parties ont d'abord convenu de rééquilibrer les catégories d'AMP en favorisant l'augmentation de l'inscription de patients et du suivi qui s'y rattache. Dorénavant, cette activité se situe au même niveau que celles des autres secteurs de pratique admissibles aux AMP, à l'exception des services rendus à l'urgence d'un établissement, qui demeurent prioritaires.

L'abolition des AMP se fera progressivement, en fonction de l'atteinte de certaines cibles liées à l'inscription des patients et des besoins des établissements en médecine de famille. L'élimination se fera par tranches de cinq années de pratique, en commençant par les médecins ayant le plus d'années d'exercice.

Au cours des prochaines semaines, cette nouvelle entente sera actualisée. Les médecins déjà adhérents à l'entente particulière relative aux AMP pourront maintenir leurs activités. Par ailleurs, pour favoriser l'atteinte des objectifs liés à l'accroissement de l'inscription, les médecins qui désireront modifier leurs AMP pour se consacrer uniquement à la prise en charge pourront présenter leur demande au DRMG, même si leur adhésion n'est pas encore arrivée à échéance.

2- Comment les avis de conformité au PREM seront-ils dorénavant gérés ?

Les règles relatives à la délivrance des avis de conformité aux plans régionaux d'effectifs médicaux par les DRMG continueront de s'appliquer telles qu'elles existent actuellement.

3- En quoi consistent les nouveaux plans d'effectifs médicaux hors établissement ?

Les nouveaux plans d'effectifs médicaux hors établissement auront pour effet de déterminer les milieux prioritaires de recrutement en cabinet. Cette nouvelle formule, développée conjointement par la FMOQ et le MSSS, vise à mieux répartir, en première ligne, les effectifs médicaux à l'intérieur d'une même région. Signalons que les médecins qui sont déjà en pratique bénéficieront de droits acquis et qu'ils pourront maintenir leurs activités dans les lieux où ils les exercent actuellement selon les règles en vigueur. Les modalités de mise en œuvre de cette mesure vous seront bientôt présentées.

4- Y a-t-il des changements relativement à la détermination des PEM en établissement ?

Oui. Les PEM en établissement seront revus de manière à assurer une détermination adéquate des besoins, des heures et des activités effectuées par les médecins de famille. Dorénavant, les PEM présentés par les établissements seront analysés par la FMOQ et le MSSS qui feront leurs recommandations avant l'approbation du ministre.

Cette approche a pour but de mieux articuler les services de première et de deuxième ligne en favorisant l'équilibre des effectifs entre les secteurs d'activités.

Les nouvelles règles relatives à la détermination des besoins n'auront que peu d'incidences sur les médecins déjà en poste dans les différents établissements. En effet, ceux-ci conserveront leurs avis de nomination. De fait, les nouvelles règles ont pour objectif de rationaliser les effectifs en médecine familiale. Elles ne permettront plus le remplacement automatique des médecins. Chaque situation sera dorénavant analysée par un comité de gestion des effectifs composé de représentants de la FMOQ et du MSSS.

5- Quelle est la nature de la cible d'inscription de la population ?

Les parties se sont entendues sur un taux de 85 %. Ce taux rejoint le taux d'inscription moyen des systèmes de santé généralement cités en exemple et comparables aux nôtres. L'atteinte de cette cible permettra de présumer que tous les Québécois qui souhaitent avoir un médecin de famille en aient un.

Pour la FMOQ, cet objectif est réaliste. En effet, la tendance des dernières années en matière d'inscription indique que près d'un million de nouveaux patients ont été inscrits depuis le début de l'année 2012. Si nous ajoutons à cette tendance l'assouplissement des AMP, l'ajout net annuel de plus de 250 nouveaux médecins omnipraticiens, les modifications à la notion du « lui-même », les engagements du gouvernement par rapport à l'environnement de travail des médecins de famille et l'engagement de ces derniers, nous croyons que oui, l'atteinte de cet objectif ambitieux est réaliste.

6- En quoi consiste le taux d'assiduité ?

D'abord, il est important de rappeler que l'entente signée détermine que le taux d'assiduité sera fixé sur une base nationale afin de mesurer l'assiduité générale des clientèles auprès de leur médecin de famille. Contrairement donc à ce qui avait été véhiculé initialement, ce taux d'assiduité ne sera pas individuel.

Le taux d'assiduité est la proportion de consultations que la clientèle inscrite auprès du médecin (ou du groupe de médecins du GMF) a faites au médecin (ou dans les sites du GMF) sur le nombre total de consultations de la clientèle inscrite au médecin (ou au groupe de médecins du GMF) faites dans l'ensemble des sites de prestation de services de première ligne (GMF, GMF-réseau, cliniques-réseau, autres GMF ou cabinets, CLSC, UMF, urgences).

À noter que :

- Toute visite de patients de catégorie P1 à P3 vus à l'urgence ainsi que toute visite de patients de catégorie P4 et P5 vus à l'urgence et ayant été par la suite admis en établissement n'est pas considérée aux fins du calcul du taux d'assiduité.
- Toute visite à son médecin dans un lieu autre que le GMF (ou le cabinet privé ou le CLSC) n'est pas considérée aux fins du calcul du taux d'assiduité.
- Toute visite à un médecin dont le lieu de travail est situé dans une urgence, par suite d'une référence de tout médecin, n'est pas considérée aux fins du calcul du taux d'assiduité.

- Toute visite à un médecin dans un lieu identifié dans une entente de services avec le GMF et un autre GMF n'est pas considérée aux fins du calcul du taux d'assiduité. Une demande de dérogation pourra toutefois être effectuée à cet égard au comité technique GMF FMOQ-MSSS pour certaines situations particulières.
- Toute visite à un médecin dans un lieu identifié dans une entente de services avec le GMF et un GMF-réseau (les futures supercliniques) n'est pas considérée aux fins du calcul du taux d'assiduité tant que le cumul des ententes de services avec ce GMF-réseau n'atteint pas 18 000 patients inscrits.
- Les consultations (auprès d'un autre médecin) d'un patient inscrit, mais résidant à plus de 40 kilomètres du lieu de pratique de son médecin de famille ne seront pas comptabilisées.
- Les consultations (auprès d'un autre médecin) faites à plus de 80 kilomètres du lieu de pratique du médecin de famille ne seront pas comptabilisées.

Enfin, la notion d'assiduité fait partie de l'entente convenue pour les raisons suivantes : d'abord, l'incapacité de pouvoir consulter dans des délais raisonnables son médecin de famille demeure notre principal talon d'Achille auprès de la population. Nous devons absolument corriger cette situation d'une façon ou d'une autre. Ensuite, la majorité des omnipraticiens faisant de la prise en charge travaillent aujourd'hui en GMF et devront, de toute façon, dans le nouveau cadre de gestion, atteindre dans l'avenir, comme groupe, un taux d'assiduité de 80 %. De plus, il est clairement spécifié dans l'entente convenue que des ajustements pourront être apportés au calcul du taux ou encore par rapport à la cible visée s'il était démontré que le comportement des patients ou d'autres facteurs extérieurs aux médecins avaient une incidence directe sur le taux d'assiduité.

7- Les forfaits d'inscription liés à la lettre d'entente 245 sont-ils encore accessibles ?

La lettre d'entente 245 sera abolie et remplacée par une nouvelle modalité fondée sur le versement d'un supplément associé à la première visite d'un nouveau patient pris en charge.

Ce supplément aura pour seul but de reconnaître l'importance qu'il convient d'accorder à la première visite de prise en charge d'un nouveau patient. Il ne pourra donc se rattacher qu'au premier examen ou à la première intervention clinique réalisée auprès d'un patient sans médecin de famille.

Vous serez informés par la RAMQ des modalités de cette nouvelle formule lors de son entrée en vigueur. D'ici là, la lettre d'entente 245 continue de s'appliquer.

8- Pourquoi avoir conclu une entente sans avoir exercé de moyens de pression visant à obtenir le retrait du projet de loi n° 20 ?

Après l'analyse de la situation par toutes les instances de la FMOQ et après consultation des membres, la Fédération a jugé qu'il était préférable de consacrer ses énergies à la conclusion d'une entente qui permettrait de faire avancer les solutions qu'elle avait déjà mises de l'avant depuis plusieurs années.

Sur le plan stratégique, la FMOQ estime qu'elle a fait le bon choix. En effet, l'entente signée permet non seulement d'améliorer l'accès aux soins, mais aussi de redonner aux médecins de famille le contrôle sur leur pratique.

9- Peut-on faire confiance à Gaétan Barrette ?

Le gouvernement en place a été élu, et la Fédération négocie avec le ministre de la Santé désigné. Quel que soit le ministre, la FMOQ reste vigilante. Elle veille d'abord et avant tout à l'intérêt de ses membres pour le plus grand bénéfice des patients. Soyez assurés que nous ferons un suivi rigoureux du respect des engagements du gouvernement et que tout manquement sera noté et dénoncé comme il se doit.

10- Pourquoi ne pas avoir exigé le retrait du projet de loi n° 20 comme condition préalable à la conclusion de cette entente ?

Pour des raisons politiques, le gouvernement est toujours resté fermé face à cette idée. Dans ce contexte, la FMOQ s'est concentrée sur sa mise à l'écart. Le retrait du projet de loi n° 20 n'aurait de toute façon pas pu garantir que le gouvernement aurait renoncé à l'application des mesures. Avec le même contenu, ce gouvernement majoritaire aurait simplement pu présenter le tout comme un nouveau projet de loi, qu'il aurait ensuite adopté, puis mis en application.

Dans ce contexte, la conclusion d'une entente était de loin plus prometteuse que le retrait improbable du projet de loi n° 20.

11- Les médecins spécialistes ont-ils aussi des objectifs à atteindre sur le plan de l'accessibilité ?

Oui. Selon le projet loi n° 20 les médecins spécialistes devront :

- recevoir en consultation, ailleurs qu'à l'urgence d'un établissement, un nombre minimal de patients qui ne sont pas des usagers admis et qui sont dirigés vers eux par un médecin omnipraticien ou par un autre professionnel de la santé. Ce nombre sera déterminé par règlement ;
- assurer, en tant que médecins traitants, la prise en charge et le suivi médical d'usagers admis. Les spécialités visées seront déterminées par règlement ;
- assurer, au service d'urgence d'un établissement, le suivi des demandes de consultation qu'ils reçoivent entre 7 h et 17 h à l'intérieur d'un délai déterminé par règlement ;
- offrir leurs services aux usagers inscrits à leur nom depuis plus de six mois sur les listes d'accès aux services spécialisés selon la proportion prévue par règlement.

À noter que le projet de loi n° 20 n'étant pas encore adopté par l'Assemblée nationale, une entente entre la FMSQ et le MSSS demeure possible à cet égard.

12- En ce qui a trait à l'environnement de travail du médecin omnipraticien, le gouvernement a-t-il reconnu qu'il avait des responsabilités ?

Oui. Pour favoriser l'inscription et le suivi des clientèles, le gouvernement a reconnu qu'il avait la responsabilité de mettre en place des mesures qui permettront :

- la révision du soutien technique et financier en CLSC et en GMF-U ;
- l'accès à un dossier médical électronique en établissement ;
- l'accès efficace aux consultations spécialisées et au plateau technique ;
- l'engagement des autres spécialités dans les établissements ;
- la révision de la notion du « lui-même » ;
- le travail interprofessionnel ;
- l'uniformisation et la simplification des documents liés aux aspects médicoadministratifs de la pratique ;
- l'adaptation des ententes pour refléter les données probantes qui découlent de la science médicale et des bonnes pratiques ;
- l'adoption de toute autre mesure convenue par les deux parties.

13- Quelles sont les garanties que le gouvernement respectera ses engagements par rapport à ses responsabilités dans la mise en place d'un environnement de travail adéquat pour les médecins de famille ?

Le gouvernement a pris des engagements écrits et publics clairs à cet égard. C'est le niveau maximal d'engagement qu'une partie peut soutirer du gouvernement dans notre système. Par la suite, si le gouvernement renie sa parole et sa signature, les Québécois pourront juger de la valeur de nos élus et de leur bonne foi.

14- Est-ce que, individuellement, les médecins omnipraticiens devront obligatoirement modifier leur pratique ?

Non. Chaque médecin actuellement en pratique pourra poursuivre sa pratique telle qu'elle est aujourd'hui. Aucune règle coercitive n'oblige les médecins à modifier leur pratique. Tous sont toutefois invités à une réflexion pour voir comment ils pourraient contribuer à l'effort collectif afin que les cibles provinciales soient atteintes. Cela peut prendre diverses formes : recourir à l'accès adapté afin d'améliorer le taux d'assiduité, inscrire et prendre en charge quelques patients supplémentaires, commencer une pratique de prise en charge et de suivi de patients, aller donner à l'occasion un coup de pouce aux services de consultations sans rendez-vous dans un GMF-réseau (pour les médecins pratiquant exclusivement à l'urgence), etc. Si chacun apporte sa contribution dans la mesure de ses capacités, avec, en plus, l'arrivée de nouveaux effectifs records dans les années à venir, nous sommes confiants que les cibles collectives seront atteintes et que l'idée des quotas individuels sera reléguée aux oubliettes.

15- Le 1^{er} janvier 2018, qu'arrivera-t-il si les cibles provinciales de 85 % d'inscription et de 80 % d'assiduité ne sont pas atteintes ?

En théorie, le gouvernement pourrait toujours, à ce moment-là, appliquer ce qui est prévu dans le projet de loi n° 20, si ce projet de loi est adopté par l'Assemblée nationale et devient une loi. Il est toutefois prévu dans l'entente convenue que le gouvernement devra au préalable en discuter avec la Fédération. Cela dit, tel que nous l'avons déjà mentionné, même si le projet de loi n° 20 avait été retiré, le gouvernement, fort de son statut majoritaire, aurait toujours pu présenter un nouveau projet de loi avec exactement le même contenu, l'adopter et l'appliquer, tout simplement.

Le 19 juin 2015