



Regards croisés
par Dr Alain Larouche

Cibles visées et taux d'assiduité: Avez-vous lu l'entente de principe attentivement ?

Par Dr Alain Larouche le 14 juillet 2015 pour [ProfessionSanté](http://ProfessionSanté.ca)

Une lecture attentive des 11 pages de l'Entente de principe entre la FMOQ et le MSSS afin d'accroître et d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne amène à conclure que des changements majeurs sont à prévoir dans la pratique de la médecine de famille.

C'est une entente qui porte sur des principes dont les modalités d'application vont être négociées. Voici comment j'entrevois les choses.

Partons tout d'abord des cibles visées. Car c'est sur cette condition que repose l'engagement du gouvernement à ne pas mettre en vigueur les dispositions s'appliquant aux médecins de famille contenues dans le projet de loi 20, au plus tard le 30 juin 2018. Le 31 décembre 2017, 85 % des Québécois devront être inscrits auprès d'un médecin de famille et ils devront consulter leur médecin 80 % du temps, ou un médecin du même groupe de médecine familiale (GMF) en cas d'absence.

C'est le fameux taux d'assiduité qui vise à faire en sorte que le patient puisse voir son médecin quand il en ressent le besoin¹. Bien qu'il soit mesuré sur une base nationale, ce taux aura un impact sur l'organisation du travail dans chaque milieu, comme nous le verrons un peu plus loin.

Un seuil minimal de patients

Il n'est pas question de quota, mais il y a tout de même un seuil minimal de patients (500) qu'un médecin doit inscrire s'il veut avoir accès à certains actes de la nouvelle nomenclature en cabinet privé entrant en vigueur le 1er avril 2016, soit dans moins de 10 mois.

Or, beaucoup de collègues ont déjà beaucoup plus de patients inscrits et d'autres, de peur de voir le projet de loi 20 s'appliquer un jour, augmentent leur nombre d'inscriptions au cas où... Il suffirait que la moitié des médecins de famille inscrivent 1000 patients ou plus pour que les patients se fassent rares pour les autres, surtout dans les régions ou dans les localités à faible densité de population. Cette hypothèse est fort probable selon moi. Voilà donc une première variable à considérer sérieusement si un médecin ne veut pas que son potentiel de générer des revenus soit compromis.

Vous ne pourrez pas atteindre le seuil visé ? Le comité paritaire FMOQ/MSSS vous fixera alors un nombre de visites à atteindre quotidiennement sur la base du nombre de jours travaillés annuellement. Mais il y aura un nombre maximal de médecins admissibles à une telle exception. J'imagine alors qu'un médecin qui, par choix, ne travaille que sur une base partielle pourrait avoir de la difficulté à se faire reconnaître ou à atteindre le nombre de visites prescrit.

L'article 18 est intéressant parce qu'il va introduire, selon moi, une valeur marchande à une clientèle inscrite lorsqu'un médecin voudra cesser ses activités. En effet, un autre médecin qui accepterait de prendre cette clientèle à son nom, serait réputé l'avoir inscrite à son nom dès la manifestation de son intention, selon des modalités à convenir. Verrons-nous des petites annonces pour « vendre » cette clientèle à un médecin acquéreur ? Cette possibilité sera une source de tension au sein même du GMF si ses médecins ne conviennent pas de règles du jeu très claires sur cette question.

Le seuil minimal de patients à inscrire aura aussi un impact sur les activités médicales particulières (AMP). En effet, et je salue l'initiative, la prestation de services médicaux relatifs à l'inscription et au suivi des clientèles se situera au même niveau que les autres secteurs de pratique admissibles aux fins des AMP (à l'exception de l'urgence qui demeure la priorité numéro 1, pour autant que ce seuil minimal – à définir – soit atteint.

Révision des plans d'effectifs hors établissement

Tout un casse-tête à prévoir pour votre département régional de médecine générale (DRMG) et le comité paritaire, car ils devront voir à l'équilibre du comblement des besoins de tous les secteurs d'activité. En effet, les activités médicales particulières en cabinet risquent d'être très séduisantes pour plusieurs.

Les plans d'effectifs médicaux en établissement seront revus. Je ne crois pas que les nominations actuelles seront affectées par cette mesure. Mais comme l'objectif global visé est de rendre le médecin de famille plus accessible dans la communauté en le libérant de tâches en établissement (par exemple les hospitalisations désormais assumées par les spécialistes), les privilèges accordés lors du renouvellement de ces nominations risquent d'être moindres². Pour ce qui est des nouvelles nominations, ce sera une autre paire de manches.

En effet, il y aura maintenant un plan d'effectifs hors établissement afin que le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine la répartition des GMF existants et à venir pour répondre aux besoins de la population. Malgré les assurances que la FMOQ fournit dans son document Foire aux questions, je m'interroge sur la portée du 2e alinéa de l'article 11 : Sur recommandation du DRMG et du COGEM¹ [Comité de gestion des effectifs médicaux], le ministre accorde un avis de conformité aux médecins de famille de sa région pratiquant dans un GMF existant ou en devenir, en conformité avec le PEM [Plan d'effectifs médicaux] hors établissement et les priorités qu'il identifie. Il en va ainsi pour les médecins de famille hors GMF déjà en pratique.

Qu'arrivera-t-il si, pour une raison ou pour une autre, un médecin n'obtient pas cet avis de conformité ? La réponse se trouve dans l'entente particulière relative au respect des Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) à l'article 6.01 et correspond à une réduction de 30 % de sa rémunération en cabinet ou en établissement. Est-ce que le DRMG aurait là un levier pour inciter un médecin qui a une pratique marginale ou qui ne contribue pas à l'effort collectif à rejoindre les rangs ?

Mais que se passera-t-il pour un nouveau médecin après le 30 juin 2016 ? Pour avoir une nomination au PREM (disons, pour pouvoir exercer en établissement), il devra d'abord avoir un avis de conformité avec le plan d'effectifs hors établissement, donc travailler en cabinet privé. Si je suis le médecin responsable d'un GMF et qu'un jeune médecin cogne à ma porte pour occuper un poste qui est libre, je vais sûrement m'assurer que sa présence et sa participation à l'effort collectif feront consensus parmi les autres médecins du GMF. On parle donc de sa participation au sans- rendez-vous, à l'accès adapté, aux heures dites défavorables (soirs, fins de semaine, jours fériés), au nombre d'heures moyen par semaine, au nombre de semaines de congé, etc. Une grosse différence avec la situation actuelle, n'est-ce pas ?

Enfin, il faut s'attendre à un accroissement significatif du nombre de professionnels de la santé, tels que les infirmières, les diététistes, les pharmaciens, etc. Je me suis déjà prononcé plusieurs fois sur cet aspect de l'organisation du travail : apport d'effectifs n'égale pas nécessairement travail en interdisciplinarité. Or l'interdisciplinarité est un préalable incontournable pour répondre aux besoins de santé actuels, comme la gestion des maladies chroniques – prévention, promotion, suivi, enseignement. Il faut des outils et une supervision clinico-administrative pour gérer ce type d'activités.

On le voit, les objectifs poursuivis par la FMOQ et le MSSS sont clairement d'assurer à la population une accessibilité en temps opportun aux médecins de famille de même qu'une continuité de services. Une ère nouvelle se pointe. Les règles du jeu sont changées. Je crois que les patients y trouveront leur compte. Mais je prie pour que les nouvelles modalités ne concernent pas que le domaine de la rémunération. L'organisation du travail est un moteur tout aussi important, sinon plus.

En conclusion, je pense que nous nous dirigeons, pour utiliser une expression du milieu financier, vers une « saturation du marché ». Il serait donc prudent de prévoir cette éventualité pour quiconque veut protéger ses revenus annuels, et de s'organiser en conséquence.

-
1. Une foire aux questions est accessible sur le site de la FMOQ et on y trouve des explications plus détaillées sur ce sujet et bien d'autres.
 2. La nomination que détient un médecin, dentiste ou pharmacien dans un établissement de santé comprend trois volets : un statut de membre actif, associé ou honoraire; des privilèges pour pouvoir exercer dans l'un ou l'autre des secteurs de l'établissement; et des obligations reliées à ces privilèges.
-

Profession**Santé**.ca

* Omnipraticien, le Dr Alain Larouche est président du Groupe santé Concerto, une organisation de conseils et de services en prévention et en gestion des maladies chroniques.