



Association des Médecins
de C.L.S.C. du Québec

CSSS - 029M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

Mémoire de l'AMCLSCQ présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

Concernant le projet de loi n° 20

Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.

Mars 2015

Table des matières

L'Association des médecins de CLSC du Québec.....	3
Résumé du mémoire	4
Introduction	6
I. La pratique médicale en CLSC : une médecine de qualité	8
II. Le projet de loi n° 20 et les normes technocratiques défavorables aux clientèles vulnérables.....	11
III. Le projet de loi n° 20 et le non-respect des règles fondamentales de l'exercice de la médecine.....	14
IV. Le projet de loi n° 20 : les règlements, les directives du ministre, la coercition et les pénalités qui démobilisent les médecins de famille	16
V. Recommandations	18
VI. Conclusion : une autre voie que le projet de loi n° 20	21

L'Association des médecins de CLSC du Québec

Constituée en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels*, l'Association des médecins de CLSC du Québec regroupe près de 1000 médecins omnipraticiens.

L'AMCLSCQ est la seule association entièrement vouée à la défense et à la promotion de la pratique médicale en CLSC.

Elle est affiliée à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Les médecins membres de l'AMCLSCQ sont présents dans toutes les régions du Québec et ils exercent fièrement leur profession dans une foule de secteurs d'activités.

L'AMCLSCQ remercie les membres de la Commission de lui permettre de présenter ses observations à l'égard du projet de loi n° 20 : *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*.

Résumé du mémoire

L'AMCLSQ représente près de 1000 médecins omnipraticiens œuvrant principalement en CLSC et en santé publique. Les membres de notre association partagent les mêmes valeurs et exercent une médecine polyvalente, moderne et qui répond aux besoins de santé de la population.

En CLSC, les médecins offrent des services de prise en charge et de suivi, mais également des services médicaux de proximité auprès de clientèles vulnérables dans différents programmes issus pour la plupart d'orientations gouvernementales. Très souvent, ces services spécifiques sont offerts en complémentarité de ceux offerts par nos collègues en cabinet. La pratique de nos membres en santé publique est principalement centrée dans les domaines de la promotion, de la prévention et des maladies infectieuses.

S'il est adopté tel quel, le projet de loi n° 20, axé sur des quotas pourrait augmenter l'accessibilité pour certaines personnes, mais à l'inverse, la diminuer pour beaucoup d'autres. Les laissés-pour-compte de cet exercice purement comptable seront les personnes les plus vulnérables et les plus défavorisées de notre société. De fait, le projet de loi n° 20 entre en contradiction avec certains des principes déontologiques les plus fondamentaux.

Finalement, le projet de loi n° 20 est fondé sur une dynamique de coercition et de punitions qui, avec les quotas, sera définie par règlement. Il est impossible de mobiliser nos membres devant cette imposition de normes, d'obligations, de menaces et de sanctions à définir.

L'AMCLSCQ considère que le projet de loi n° 20 est inacceptable et demande au gouvernement de le retirer. Elle reconnaît cependant du même coup que le statu quo n'est pas possible. Nous entendons et comprenons les attentes de la population et en professionnels responsables, nous voulons travailler avec le gouvernement à y répondre.

Voici ce que nous proposons pour améliorer l'accessibilité à un médecin de famille :

1. favoriser une approche collaborative et incitative ;
2. améliorer l'accès à son médecin de famille par l'inscription d'un plus grand nombre de Québécois en favorisant la mise en place de l'accès adapté ;

3. améliorer l'accès à un médecin de famille par l'augmentation de l'offre en sans rendez-vous particulièrement dans les zones à forte densité de population ;
4. rééquilibrer l'offre de services des médecins de famille entre la première et la deuxième ligne par la révision des AMP ;
5. mettre en place un mode de rémunération mixte notamment pour les médecins en CLSC ;
6. mettre en place des conditions de pratique qui faciliteront le travail des médecins, soit le DMÉ, l'accessibilité à des ressources, à des plateaux techniques et à des services spécialisés.

En terminant, l'AMCLSCQ souhaite que le gouvernement travaille avec nous pour mobiliser nos membres et qu'ensemble nous puissions offrir des solutions qui permettront aux Québécois d'avoir de plus en plus accès à des services de première ligne de qualité.

Introduction

Depuis plus de quarante ans, l'AMCLSCQ fait la promotion et défend la pratique des médecins de famille en CLSC. Aujourd'hui, notre association représente près de 1000 médecins omnipraticiens, dont une centaine œuvrant en santé publique.

Souvent sous-estimés par un réseau qui privilégie une approche curative et spécialisée, les médecins de famille en CLSC et en santé publique éprouvent de la difficulté à faire reconnaître leur pratique qui est basée sur la globalité des soins, la promotion de la santé et la prévention. Pourtant, les médecins de notre association sont dynamiques et proactifs. Plus de 80 % de nos membres ont plus d'un lieu de pratique. À ne pas en douter, la médecine en CLSC n'est pas une niche. Bien au contraire, la médecine qui s'y exerce est polyvalente, moderne et répond aux besoins de santé de la population, souvent parmi les plus défavorisés.

De plus, rappelons que le tiers de nos membres est impliqué dans des tâches d'enseignement à l'externat et à la résidence. Ils forment la relève en médecine de famille.

Notre association estime donc que son message est pertinent et qu'il doit être considéré par ceux et celles qui auront à décider du sort du projet de loi n° 20.

D'entrée de jeu, l'AMCLSCQ tient à souligner qu'elle reconnaît que les Québécois éprouvent des problèmes d'accessibilité non seulement aux médecins de famille, mais aussi à plusieurs autres services de première ligne. Les médecins de famille en CLSC recherchent depuis longtemps des solutions pour améliorer l'accès aux services de première ligne en complémentarité avec le réseau des cabinets médicaux. Nous avons été pionniers en développant la pratique de groupe et le travail de collaboration interprofessionnel, notamment avec les infirmières. Nos modes de rémunération sur base de temps ont permis le développement d'une médecine de qualité avec emphase sur les soins auprès des plus vulnérables de notre société. La rémunération des tâches clinicoadministratives telles que le rappel des patients pour les résultats d'examen et les discussions de cas avec d'autres professionnels, évitent aux patients de se déplacer.

L'AMCLSCQ est donc soucieuse depuis longtemps de proposer des solutions réalistes afin de remédier à cette problématique récurrente. Elle invite cependant le gouvernement à faire les bons choix. Le projet de loi n° 20 ne fait assurément pas partie de ceux-ci.

Comme plusieurs autres groupes, l'AMCLSCQ considère que le projet de loi n° 20 est inacceptable. Elle demande au gouvernement de le retirer.

Pour elle, ce projet de loi est incompatible avec les besoins des patients, notamment les plus vulnérables, l'exercice d'une médecine de qualité et la mobilisation des omnipraticiens nécessaires à la mise en place de solutions. Le projet de loi n° 20 est non seulement dangereux pour l'avenir de la médecine de famille au Québec, mais aussi pour la bonne marche de notre réseau public de services de santé. S'il est adopté, il est loin d'être démontré que ce projet de loi améliorera l'accessibilité pour tous les Québécois à des services de première ligne de qualité.

I. La pratique médicale en CLSC : une médecine de qualité

Les membres de l'AMCLSCQ partagent les mêmes valeurs :

- pratique en première ligne ;
- prise en charge et continuité des soins dans un établissement public ;
- soins de proximité, notamment pour les clientèles vulnérables ;
- collaboration interprofessionnelle ;
- prévention et promotion de la santé.

La pratique de la médecine familiale en CLSC se caractérise par une médecine polyvalente offerte à l'ensemble de la population. Cette pratique est donc diversifiée.

Elle inclut bien sûr des services médicaux généraux de prise en charge et de suivi, mais offre également des services singuliers dans différents programmes appuyés, pour la plupart, par des orientations gouvernementales. Dans ces différents programmes, les médecins de CLSC suivent en grand nombre des clientèles particulièrement lourdes (soins à domicile, soins palliatifs, santé mentale, etc.).

Ces quarante dernières années, les médecins de CLSC ont développé un modèle de pratique innovateur et intégré. Nous l'avons d'ailleurs nommé « le projet médical en CLSC ».

Cette façon d'exercer est fondée sur le travail d'équipe. Ainsi, la pratique médicale en CLSC a en quelque sorte, ouvert la voie à ce que sont aujourd'hui les GMF. D'ailleurs, plusieurs CLSC sont des GMF et 45 % de nos membres y ont leurs activités.

Dans les CLSC, les services médicaux de première ligne répondent aux besoins de milliers de personnes qui les requièrent chaque jour. De fait, l'exercice de la médecine en CLSC met de l'avant :

- une pratique intégrée ;
- une prise en charge avec continuité des services et pour certains un volet de sans rendez-vous ;
- une organisation des services médicaux adaptée aux clientèles lourdes et vulnérables incluant de la garde en disponibilité ;

- une pratique interdisciplinaire avec discussions de cas et échanges non seulement avec les professionnels de la santé impliqués, mais aussi avec la famille et les aidants naturels ;
- une coordination des services avec les autres composantes de l'établissement et des services du réseau local ;
- la responsabilisation des patients, la prévention et la promotion de la santé.

Pour les clientèles vulnérables, des services de proximité sont offerts en collaboration interprofessionnelle, et ce, à l'intérieur de différents programmes. Les médecins qui œuvrent dans ces programmes ont été à l'avant-garde d'une pratique médicale qui répond aux besoins de la clientèle. Ces médecins exercent notamment dans les programmes de maintien à domicile, de soins palliatifs, de cliniques jeunesse, de santé mentale, de planning.

En santé publique, la pratique de nos membres est principalement centrée dans le domaine des maladies infectieuses, de la promotion et de la prévention.

Tout n'est malheureusement pas parfait. Les médecins de CLSC éprouvent depuis des années d'importants problèmes de soutien professionnel, de secrétariat et de support administratif. Ces contraintes affectent grandement la bonne dispensation des services. Plusieurs de nos membres passent beaucoup trop de temps, en une seule journée, à s'occuper de tâches cléricales faute de soutien adéquat. Un temps précieux qui pourrait être consacré en soins directs aux patients.

L'AMCLSCQ a, à de multiples reprises dans le passé, dénoncé cette situation au ministère de la Santé. Elle attend toujours les changements. Cette notion des frais afférents à la pratique médicale en CLSC n'a jamais été reconnue.

Le projet de loi n° 20 n'apporte aucune solution aux compressions budgétaires qui affectent les services médicaux en CLSC et qui privent les Québécois les plus vulnérables de précieuses ressources professionnelles en première ligne.

Le projet de loi n° 20 n'apporte aucune solution à une meilleure intégration de la prévention en première ligne, avenue fort intéressante pour améliorer la santé de la population québécoise à long terme et diminuer les coûts des services de santé. Au contraire, le gouvernement actuel annonce des compressions en santé publique.

Finalement, rappelons que les CLSC ont été les premiers milieux cliniques qui ont connu la féminisation de la pratique médicale. Il est reconnu que les femmes médecins ont un intérêt plus marqué à intervenir auprès des clientèles vulnérables et qu'elles favorisent la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ainsi, à plusieurs égards, les femmes médecins ont été la locomotive de ce qu'est devenue la médecine familiale au Québec. Cette réalité de la féminisation de la médecine en CLSC, mais aussi dans l'ensemble de la pratique médicale, doit être prise en considération dans la planification des effectifs médicaux. L'AMCLSCQ s'oppose à ce que le gouvernement adopte des mesures coercitives qui toucheront principalement les femmes médecins de famille.

Dans ce contexte, l'AMCLSCQ n'accepte pas que le gouvernement puisse aujourd'hui désinformer la population et accuser les médecins d'être les seuls responsables de tous les problèmes qui affectent l'accessibilité aux services de la première ligne médicale, alors qu'il aura lui-même, des années durant, joué de maladresse et de négligence dans la bonne organisation des services médicaux généraux.

II. Le projet de loi n° 20 et les normes technocratiques défavorables aux clientèles vulnérables

Comme elle l'a mentionné précédemment, l'AMCLSCQ juge que le projet de loi n° 20 est incompatible avec les besoins des patients qui utilisent les services qu'offrent ses membres en CLSC.

Outre qu'il maintient par des mesures coercitives des obligations dans certains secteurs de pratique en établissement, le projet de loi n° 20 est fondé sur un nouveau concept de contrainte dont l'application sera déterminée par un règlement et selon des directives ministérielles :

- le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients.

Il peut plaire à l'esprit de certains qu'un cadre de pratique principalement axé sur des quotas puisse augmenter l'accessibilité pour certaines personnes, mais il peut aussi, à l'inverse, la diminuer pour beaucoup d'autres. Malheureusement, il est à prévoir que les laissés-pour-compte de cet exercice purement comptable soient les personnes les plus vulnérables et les plus défavorisées de notre société.

Pour l'AMCLSCQ, l'application d'une telle approche à la pratique de la médecine en CLSC aura fort probablement des répercussions négatives. Dans le passé, certaines mesures imposées par le gouvernement n'ont-elles pas entraîné des dérives expliquant en partie les difficultés d'accès pour la population aux services de première ligne ? Rappelons l'obligation pour les médecins de moins de 20 ans de pratique à travailler en établissement, notamment à l'hôpital. À cette époque, notre association avait émis des craintes anticipant une diminution des services médicaux en première ligne.

D'autre part, bien que nos membres, individuellement, puissent être en mesure d'inscrire un nombre plus élevé de patients au sein des clientèles indifférenciées, une telle approche ne pourrait s'avérer qu'imparfaite en CLSC. Selon le contexte, un grand nombre de patients suivis en CLSC ne seront tout simplement pas inscrits par les médecins qui les traitent. En effet, certains patients n'obtiennent auprès de nos membres que des suivis occasionnels que ne peuvent leur offrir d'autres lieux de dispensation de soins. Ces patients veulent garder leur médecin dans la communauté.

Certains services médicaux n'ont donc qu'un caractère épisodique et les circonstances qui les occasionnent ne suggèrent pas que le médecin inscrive le patient à son nom.

Les cas de santé mentale sont une parfaite illustration de cette situation. On les compte par milliers au Québec. La nature des soins dispensés à ces patients dans le cadre d'un programme de santé mentale en CLSC, n'amène généralement pas les médecins à les inscrire comme ils le feraient habituellement pour sceller une relation médecin-patient de type longitudinal.

Ces patients, tous comme ceux suivis en soins palliatifs, en soins à domicile, à la clinique de planning ou en clinique jeunesse, feront les frais de la réforme qu'envisage le gouvernement avec le projet de loi n° 20. En effet, les médecins, pour atteindre les quotas imposés par le ministre et respecter les taux d'assiduité, devront peut-être prioriser d'autres types de clientèles.

La clientèle vulnérable et suivie dans les différents programmes en CLSC, qu'elle soit jeune ou adulte, risque de subir d'importants contrecoups de l'avènement d'une mécanique dépersonnalisée dans laquelle l'activité du médecin sera régulée selon des normes technocratiques jamais vues auparavant.

Rappelons que plusieurs politiques ou orientations gouvernementales guident l'organisation des services dans les différents programmes en CLSC. Il est paradoxal que le gouvernement avec le projet de loi n° 20 veuille obliger les médecins qui œuvrent dans ces secteurs à s'en éloigner sous peine de sanctions.

Est-il nécessaire de rappeler au gouvernement que le suivi des patients les plus vulnérables nécessite du temps. Ce suivi suppose de l'empathie, de la confiance, des échanges interprofessionnels, des échanges avec la famille et les aidants naturels, une approche personnalisée. Les bons diagnostics, les bons soins et les bons suivis, notamment auprès des personnes les plus fragiles, évitent la multiplication des actes médicaux, les consultations à l'urgence et les hospitalisations.

Pour notre association, l'approche par quotas à laquelle tient le ministre n'est pas conciliable avec la pratique de la médecine familiale et encore moins auprès de patients vulnérables. Le régime d'équivalence s'y rattachant sera fort probablement d'une complexité administrative telle qu'il nous éloignera de notre mission de bien soigner nos patients. Rappelons que quoi qu'en pense le ministre, la médecine familiale est un art qui ne saurait faire les frais d'une telle réforme.

III. Le projet de loi n° 20 et le non-respect des règles fondamentales de l'exercice de la médecine

Comme elle l'a mentionné en introduction, l'AMCLSCQ reconnaît que la situation de l'accessibilité aux services médicaux doit trouver sa solution dans les meilleurs délais possible. En ce sens, elle convient que les médecins doivent collectivement contribuer à ce que les choses changent.

Mais une fois ces principes posés, les médecins doivent juger clairement et sainement les choses. Dans cette mesure, il est du devoir de tout médecin de combattre toute influence ou toute ingérence qui pourraient risquer de miner la qualité des services et son intégrité professionnelle.

Le projet de loi n° 20 place les médecins devant un dilemme. La formule mise de l'avant par le projet de loi n° 20 entre en contradiction avec certains des principes déontologiques les plus fondamentaux.

Nous ne parlons pas ici que d'autonomie professionnelle, mais aussi de protection du public.

De fait, le *Code de déontologie des médecins* expose clairement :

- **7.** *Le médecin doit ignorer toute intervention qui ne respecte pas sa liberté professionnelle.*
- **18.** *Le médecin doit chercher à établir et à maintenir avec son patient une relation de confiance mutuelle et s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle.*
- **42.** *Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, tenir compte de ses capacités, de ses limites ainsi que des moyens dont il dispose. Il doit, si l'intérêt du patient l'exige, consulter un confrère, un autre professionnel ou toute personne compétente ou le diriger vers l'une de ces personnes.*
- **63.** *Le médecin doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il pourrait être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son patient ou que son intégrité et sa loyauté envers celui-ci pourraient être affectées.*

Le but d'un code de déontologie est d'encadrer les principes et les valeurs d'une pratique professionnelle. Les professionnels qui y sont soumis doivent agir en conformité avec celui-ci. La transgression du code de déontologie constitue un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité d'une profession.

Selon l'AMCLSCQ, on ne peut pas soumettre les médecins à une telle pression. Le risque de voir certains d'entre eux s'en remettre à de la sélection de clientèle afin de se conformer aux normes et de ne pas être pénalisés par les autorités bureaucratiques n'est pas qu'une simple supposition. Combien de patients parmi les plus lourds et les plus défavorisés y perdront au change dans l'exercice ?

L'AMCLSCQ et ses membres rejettent le travail à la chaîne, l'atteinte de volumes arbitrairement fixés et la déshumanisation des soins. Le projet de loi n° 20 fait fi de la complexité et de ce qu'est, fondamentalement, la pratique de la médecine.

IV. Le projet de loi n° 20 : les règlements, les directives du ministre, la coercition et les pénalités qui démobilisent les médecins de famille

Le projet de loi n° 20 du ministre de la Santé présente de grands principes, mais il ne révèle rien de ce que pourra être la réalité de sa mise en œuvre. Il est cependant toutefois clair qu'il est fondé sur une dynamique de coercition et que les médecins non conformes seront punis.

L'AMCLSCQ note que l'essentiel des modalités sera déterminé par règlement du gouvernement et par directives du ministre. Personne ne peut dire à ce stade-ci à quelles modalités d'application les médecins devraient s'attendre.

Parmi les dispositions du projet de loi n° 20, retenons notamment :

- Que le gouvernement déterminera par règlement la façon dont un médecin devra assurer le suivi d'un nombre minimal de patients tout en assurant un nombre minimal d'heures dans certaines activités en établissement, notamment :
 - a) les modalités de suivi de la clientèle ;
 - b) le nombre minimal de patients devant être suivis ;
 - c) le nombre minimal d'heures d'activités médicales devant être exercées ;
 - d) les règles particulières applicables lorsqu'un médecin souhaite exercer des activités médicales dans plus d'une région ;
 - e) toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations.
- Que le ministre déterminera par directives à ses autorités régionales, les règles qu'elles devront suivre pour établir les activités médicales disponibles ainsi que le nombre d'heures pouvant être autorisées.
- Que le gouvernement déterminera par règlement les exemptions qu'un médecin pourrait, exceptionnellement, demander.
- Que le gouvernement déterminera par règlement de quelle manière ses fonctionnaires vérifieront le respect des obligations par le médecin.

- Que le gouvernement déterminera par règlement de quelle manière la rémunération du médecin sera réduite en cas de défaut de sa part.

Notre association ne peut accepter que des questions aussi cruciales pour l'avenir de l'organisation des services médicaux de première ligne doivent passer par le biais d'un projet de loi qui ne révèle rien des intentions gouvernementales.

Comme l'écrivait l'éditorialiste Michel David dans la livraison du 26 février dernier du journal *Le Devoir* :

« Il est vrai que la publication de la réglementation est généralement postérieure à l'adoption d'un projet de loi, mais il est rare d'en voir un qui correspond aussi bien à la définition d'une coquille vide. Accepter l'imposition de quotas sans savoir comment ceux-ci se traduiraient dans la réalité de la pratique médicale serait franchement irresponsable. »

L'AMCLSCQ ne saurait mieux dire.

Dans cette foulée, notre association tient à ajouter que la dispensation des services médicaux que rendent tous les médecins omnipraticiens québécois dans le cadre du régime public d'assurance maladie ne peut être animée par l'imposition de normes arbitraires, d'obligations irréalistes, d'enquêtes administratives, de menaces et de sanctions.

Nous invitons le ministre à revoir sa façon d'envisager les choses s'il ne veut pas complètement anéantir la médecine de famille au Québec et tuer le projet médical en CLSC. L'approche actuelle du gouvernement n'aura pas les effets attendus auprès des médecins. Elle ne provoquera au contraire que rejet, désaffection et abandon. Les risques de retraites prématurées, de déménagements et de problèmes de recrutement, déjà fort présents en CLSC et en santé publique, ne sont pas une vue de l'esprit, ils sont d'ores et déjà une réalité.

V. Recommandations

L'AMCLSCQ reconnaît que le statu quo n'est pas possible. Nous entendons et comprenons les attentes de la population et en professionnels responsables, nous voulons travailler avec le gouvernement.

Les médecins de famille sont prêts à reconnaître cette responsabilité collective de l'accès à un médecin de famille.

Voici ce que nous proposons pour atteindre ces objectifs :

1. Favoriser une approche collaborative et incitative

L'amélioration de l'accessibilité ne sera possible que si le gouvernement et les médecins de famille conviennent ensemble de plan crédible et réaliste. Toute coercition supplémentaire se traduira par une démobilisation des médecins. Les patients en seront les grands perdants.

2. Améliorer l'accès à son médecin de famille

Collectivement, les médecins de famille doivent assurer le suivi d'un plus grand nombre de Québécois. Les médecins de notre association seront au rendez-vous de cet effort collectif auprès des patients de tous âges, et ce, en ne négligeant pas les plus vulnérables et démunis tout comme les services en santé publique. Un plus grand nombre de Québécois pourront avoir accès à un suivi par un médecin de famille en créant un environnement propice et incitatif à cette pratique.

Finalement, nos médecins doivent modifier leur offre de services sur rendez-vous en optant pour l'accès adapté qui a fait ses preuves à la satisfaction des patients, mais aussi des médecins qui l'ont adopté. Déjà plus de la moitié de nos membres s'y sont mis.

3. Améliorer l'accès à un médecin de famille

Le réseau des services de première ligne, que ce soit en cabinet médical, en CLSC ou en UMF doit améliorer les services d'accès en sans rendez-vous et plus particulièrement dans les zones à forte densité de population. Trop de patients font le pied de grue devant les cliniques le matin et plusieurs se rabattent sur les urgences hospitalières faute d'accès dans la communauté.

Plusieurs CLSC ont l'infrastructure pour offrir cet accès sans rendez-vous et ainsi faciliter la consolidation d'un réseau d'accessibilité en sans rendez-vous complet au Québec. En complémentarité avec les cabinets, les CLSC peuvent améliorer l'accès à un médecin de famille en attirant des ressources spécifiques à cette mission.

4. Rééquilibrer l'offre de services des médecins de famille entre la première et la deuxième ligne

Nous avons abordé les répercussions des AMP mises en place il y a plus de 20 ans. Si elles étaient nécessaires à cette époque, les besoins effectifs médicaux en établissements ne sont plus les mêmes et ces AMP doivent être revues pour favoriser le suivi des patients dans la communauté.

5. Mettre en place un mode de rémunération mixte

Les médecins de CLSC ont vu leurs modes de rémunération évoluer au cours des 15 dernières années. La mise en place prochaine de la rémunération mixte crée les conditions propices et incitatives à des gains d'efficience pourvu que les conditions de pratique soient au rendez-vous.

6. Mettre en place des conditions de pratique qui facilitent le travail du médecin

Le ministre doit s'assurer que les établissements supportent adéquatement la pratique des médecins de famille qui offrent des services de première ligne, que ce soit en CLSC ou en UMF. Ce problème est récurrent dans un trop grand nombre de CLSC. Pourtant, certaines administrations assurent déjà le support requis. Nous avons besoin de la volonté politique du gouvernement pour forcer tous les établissements à agir.

Il en est de même pour l'accès à un dossier médical électronique fonctionnel. On tente actuellement de nous imposer des solutions bancales qui ne répondent pas aux besoins des médecins de famille. Il faut généraliser l'accès au *Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques* à l'ensemble des médecins de famille en établissement, qu'ils soient en GMF ou non.

Finalement, la mise en place de conditions qui assureront non seulement l'accessibilité à un médecin de famille, mais aussi l'accès aux plateaux techniques, à des services professionnels de proximité et aux services médicaux spécialisés amélioreront certainement les services de première ligne.

VI. Conclusion : une autre voie que le projet de loi n° 20

L'Association des médecins de CLSC du Québec réitère que les solutions aux problèmes d'accessibilité ne se trouvent pas dans la coercition et les sanctions.

Elle dit cependant oui à l'accès, dont un accès amélioré pour les clientèles à risque et défavorisées.

Toute solution porteuse devra impérativement passer par la collaboration et la mobilisation des médecins de famille. L'AMCLSCQ est prête à appuyer toute initiative vraiment porteuse qui permettrait d'atteindre les objectifs auxquels tous veulent parvenir et elle s'engage à accompagner ses membres dans cette direction. Les médecins doivent être invités à collaborer à l'identification et à la mise en place des solutions. Il faut les mobiliser de manière positive.

Les obligations, la coercition et les sanctions n'auront mené notre réseau public de soins de première ligne nulle part ces 25 dernières années. Elles sont même les premières responsables des problèmes que l'on tente maintenant de régler maladroitement.

De fait, plusieurs bonnes idées ont déjà été avancées et sont endossées également par l'AMCLSCQ soit la révision du modèle des activités médicales particulières, l'apport de nos confrères et consœurs des autres spécialités, l'apport de ressources complémentaires, la gestion revue et corrigée des effectifs médicaux, le rééquilibrage des tâches entre la première la deuxième ligne et l'accès adapté.

À l'instar de ce qu'a suggéré le Collège des médecins du Québec, nous estimons que le dialogue, la saine négociation et le respect des droits de chacun des interlocuteurs permettront beaucoup mieux que le projet de loi no 20 de mettre en place rapidement des solutions gagnantes. L'organisation des services médicaux qu'offrent collectivement les médecins omnipraticiens québécois mérite une approche professionnelle et non sèchement comptable.

Le projet médical en CLSC mérite que l'on travaille ensemble pour favoriser également l'accessibilité aux Québécois les plus vulnérables. L'importance de la prévention mérite que l'on protège les services offerts en santé publique.

Souhaitons que le gouvernement travaille avec nous pour mobiliser nos membres et qu'ensemble nous puissions offrir des solutions qui permettront aux Québécois d'avoir de plus en plus accès à des services en première ligne de qualité.