

MÉMOIRE

Mars 2015

Association des spécialistes en
médecine interne du Québec

PROJET DE LOI NO⁰ 20
LOI EDICTANT LA LOI FAVORISANT
L'ACCES AUX SERVICES DE MEDECINE
DE FAMILLE ET DE MEDECINE
SPECIALISEE ET MODIFIANT DIVERSES
DISPOSITIONS LEGISLATIVES EN
MATIERE DE PROCREATION ASSISTEE

Introduction

L'Association des spécialistes en médecine interne du Québec (ASMIQ) est une association qui regroupe plus de 550 médecins spécialistes en médecine interne. Elle est affiliée à la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

Le projet de loi 20 risque d'avoir des répercussions dévastatrices sur la pratique de la médecine interne au Québec, de même que sur l'ensemble du système de santé, particulièrement dans les régions intermédiaires et éloignées où les omnipraticiens sont la pierre angulaire de l'hospitalisation. L'impact d'un exode appréhendé des généralistes hors des hôpitaux est le sujet principal de notre intervention. Les autres aspects du projet de loi 20 seront traités par la FMSQ.

Tout d'abord afin de permettre une meilleure compréhension des enjeux présentés, nous procéderons à la description du champ de pratique de la médecine interne. Nous proposerons également un modèle de prise en charge médicale spécialisée pour les différentes régions du Québec. Nous décrirons par la suite les impacts appréhendés du nouveau projet de loi.

Qu'est-ce qu'un interniste ?

Un spécialiste en médecine interne ou interniste est un **spécialiste médical polyvalent**.

Au Québec, le programme de formation est un programme spécifique de cinq ans (programme de quatre ans avant 2002). Lors de leur formation post doctorale, les internistes partagent avec les différentes sous-spécialités médicales (cardiologie, pneumologie, rhumatologie...) les trois premières années d'un tronc commun. Puis, ils complètent leur formation post doctorale, avec une quatrième et une cinquième année uniques à la médecine interne, où ils sont exposés à des problématiques touchant tous les systèmes du corps humain.

Dans la population générale, l'interniste est méconnu, mais il est capable, de par sa polyvalence, de traiter la majorité des problèmes médicaux de chaque système du corps humain. Lorsqu'un problème s'avère être hors de son champ de compétence, il peut référer le cas à un spécialiste de troisième ligne.

La pratique de la médecine vient avec une obligation que l'on appelle «la garde». Celle-ci permet au patient qui le requiert, d'obtenir une opinion ou un traitement à toutes heures du jour et de la nuit, et ce, l'année durant. Ainsi, la population québécoise nécessite que soient présents dans toutes les régions et toutes les villes du Québec, des groupes de spécialistes capables de répondre en temps opportun aux problématiques urgentes et moins urgentes. C'est ici que la **polyvalence** du spécialiste en médecine interne prend toute son importance. Associés en groupe, les internistes peuvent assurer, à tour de rôle, la couverture complète de l'horaire de garde afin de répondre aux problématiques touchant toutes les spécialités médicales, et ainsi permettre à leurs patients d'être évalués et traités, lorsque la situation s'y prête, dans leur hôpital d'appartenance.

Cette évaluation spécialisée en médecine interne nécessite un accès aux plateaux techniques (endoscopie, épreuve d'effort sur tapis roulant, test de fonction respiratoire, échographie cardiaque...). Certaines de ces techniques sont partagées par tout le groupe, mais pour les techniques qui demandent une formation plus longue, elles sont pratiquées par une partie du groupe seulement. Ainsi, par exemple, les coloscopies pourraient être pratiquées par un seul membre du groupe mais l'ensemble des internistes sur place évalue et traite des maladies intestinales. L'accès aux plateaux techniques permet donc de rester autonome dans l'évaluation de leurs patients, et leur évite souvent une consultation à un autre spécialiste.

Type d'hôpitaux

Le modèle d'hôpital d'internistes

Plusieurs hôpitaux québécois ont décidé d'asseoir la prestation de la médecine spécialisée sur des groupes d'internistes. Dès que quatre spécialistes en médecine interne sont présents, une garde complète peut être assurée 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sans bris de service afin de répondre aux problématiques dans toutes les spécialités médicales. Dans ces hôpitaux, ce sont les omnipraticiens qui hospitalisent.

Les hôpitaux d'internistes sont donc présents partout au Québec, souvent en régions (Drummondville, Thetford Mines, Victoriaville, Rivière-du-Loup, Rouyn-Noranda, Baie-Comeau, Sept-Îles, etc.) mais aussi dans les grandes villes, l'hôpital LaSalle à Montréal en étant un exemple.

Dans ces hôpitaux, le modèle de soins est basé sur une 1^{re} ligne forte par les médecins de famille qui assurent la prise en charge quotidienne des patients hospitalisés. Ces derniers s'appuient, en 2^e ligne, sur des spécialistes en médecine interne, capables de régler la grande majorité des problèmes médicaux spécialisés, et ce au coût d'une seule consultation, et d'offrir des traitements spécialisés comme la chimiothérapie et les soins coronariens aigus. La majorité des tests diagnostics (les échographies cardiaques, les coloscopies, les tapis roulants, etc...) y sont effectués par les internistes.

Ultimement, les quelques patients nécessitant une expertise plus pointue sont dirigés vers un spécialiste de troisième ligne.

Le modèle d'hôpital de sous-spécialistes

En comparaison, d'autres hôpitaux québécois ont décidé de recruter des médecins de différentes spécialités telles que la cardiologie, la pneumologie, la néphrologie, etc. Dans de gros hôpitaux, où la taille de la population justifie la présence d'un grand nombre de spécialistes, ce choix est souhaitable. Les internistes qui y travaillent côtoient alors les autres spécialités médicales et les internistes y occupent alors des niches de compétences particulières (soins intensifs, médecine obstétricale, médecine vasculaire, etc.). Toutefois, dans les petits hôpitaux qui ont fait ce même choix, le nombre restreint de médecins dans les différentes sous-spécialités ne suffit parfois pas à assurer le maintien d'une garde complète localement. Ainsi, il n'est pas rare que des services spécialisés sur place ne soient possibles que de jour la semaine, et qu'il y ait des bris de services en dehors des heures ouvrables. Dans ce type d'hôpital, la prise en charge hospitalière est faite majoritairement par les omnipraticiens. Certaines spécialités participent aussi à l'hospitalisation.

Type d'hôpitaux (suite)

Le modèle d'hôpital universitaire

Dans les hôpitaux universitaires, l'ensemble des spécialités est représenté en nombre suffisant d'effectifs et assure la majorité des prises en charge hospitalières.

Dans les hôpitaux universitaires et dans les grands hôpitaux communautaires les internistes, ont aussi des niches de pratiques particulières.

De par leur formation polyvalente, les internistes sont les spécialistes tout indiqués pour s'occuper des multiples pathologies des patients qui sont aux soins intensifs. Il s'agit là d'un champ d'exercices qui requiert un éventail important de connaissances en raison des pathologies spécifiques qu'on y retrouve et des traitements impliqués.

Les spécialistes en médecine interne ont une contribution majeure dans la formation médicale. Ils sont responsables de la plupart des unités d'enseignement et ainsi participent activement à l'hospitalisation. En fait, tous les médecins formés au Québec sans exception, qu'ils soient spécialistes ou omnipraticiens, ont reçu une portion de leur formation sous l'égide d'un ou de plusieurs internistes.

Enfin, la médecine obstétricale (pour les maladies de la femme enceinte) et la médecine péri opératoire sont deux autres sphères de pratique où la polyvalence des internistes est mise à contribution.

Impact de la loi 20

Le projet de loi 20 impose, selon notre compréhension, une prise en charge accrue de patients en externe par les médecins de famille. Il impose également aux médecins spécialistes, des cibles de consultations en externe, un délai de réponse aux consultations à l'urgence et la priorisation des chirurgies et autres techniques spécialisée pour les patients attendant depuis plus de 6 mois.

L'impact principal pour notre spécialité réside dans l'obligation de participer à l'hospitalisation.

Comme une grande proportion des hospitalisations au Québec est assurée par les omnipraticiens, et que ceux-ci doivent répondre à une cible de prise en charge de patients en cabinet, nous craignons qu'il y ait désertion des hôpitaux.

Nous pouvons supposer qu'une certaine proportion d'entre eux devra quitter la pratique hospitalière afin de respecter leur cible de prise en charge. Dans cette éventualité, il y aura une nécessité d'impliquer d'autres médecins pour les remplacer auprès de la clientèle hospitalisée. En absence de précision sur les cibles, il est impossible de mesurer l'ampleur de l'impact du projet de loi 20 sur cet aspect de la pratique médicale.

Nous nous sentons interpellés, car le ministre a évoqué que des spécialistes, notamment les internistes pourraient prendre en charge l'hospitalisation délaissée par les omnipraticiens. Il est clair que les internistes ne peuvent pas prendre en charge l'ensemble de cette clientèle.

Nous attirons votre attention sur les risques inhérents à transférer un grand nombre de médecins d'un type de pratique à un autre. Ainsi, si le projet de loi 20 fait en sorte qu'une proportion significative des omnipraticiens quitte la pratique hospitalière pour œuvrer en cabinet, il nous apparaît clair qu'une telle manœuvre aura un impact majeur sur la prestation de soins aux patients, sur le travail et la productivité des autres médecins et sur l'ensemble du système de santé.

Un autre impact important d'un exode des médecins de famille des hôpitaux est que ceux-ci seront moins exposés aux pathologies aiguës que l'on rencontre sur les unités de soins. Avec le temps, ils seront de moins en moins à l'aise avec un grand éventail de conditions médicales qu'ils pourraient être appelés à soigner.

Impact sur les différents types d'hôpitaux

Hôpitaux Universitaires

Dans les hôpitaux universitaires, il y aurait peu d'impact de la mobilisation des omnipraticiens, car l'essentiel des hospitalisations est déjà effectué par des spécialistes.

Hôpitaux d'internistes

Dans 35 hôpitaux, particulièrement en région, ce sont essentiellement les omnipraticiens qui s'occupent de l'hospitalisation et les internistes sont les consultants de 2^e ligne. Dans ces milieux, si les internistes sont appelés à s'occuper de l'hospitalisation, il y aura une problématique certaine dans l'accessibilité aux soins spécialisés.

Par exemple, dans un hôpital de région comme Rouyn-Noranda les consultations en spécialité sont assurées exclusivement par les internistes. Même si les consultations urgentes et semi-urgentes sont actuellement réalisées à temps, l'attente pour une consultation électorale dépasse déjà 12 mois. Si ces internistes sont appelés à délaier les consultations externes pour faire de l'hospitalisation, le temps d'attente en externe pour une consultation va nécessairement s'allonger et pourrait facilement doubler. Ils doivent aussi pourvoir à l'ensemble des investigations techniques telles les endoscopies, tapis roulants, échographies cardiaques, biopsies de moelle, etc... Les délais pour ces investigations seront également prolongés.

Certains pourraient être tentés de pallier au travail des internistes en engageant des spécialistes itinérants pour faire ces examens. Ce serait une erreur, car nous croyons fermement qu'il est préférable d'avoir recours à un noyau d'internistes sur place, impliqués dans leur milieu. De cette façon, ils offrent de façon constante le support de consultation, la possibilité de faire les tests diagnostics et d'assurer le suivi des patients. Par contre, le support fourni par des spécialistes itinérants n'offre que des évaluations ponctuelles. Dans des situations urgentes, la disponibilité de cette évaluation spécialisée ne se produira pas nécessairement en temps opportun, ceci pouvant allonger indûment des durées d'hospitalisation.

Impact sur les différents types d'hôpitaux (suite)

Hôpitaux mixtes

Dans 25 hôpitaux, les internistes et les autres spécialistes médicaux travaillent ensemble. S'ils doivent s'occuper d'hospitalisation, ils devront nécessairement délaissier certaines de leurs tâches. Par exemple, dans un hôpital de la taille de l'hôpital Pierre-Boucher, il y a 225 patients hospitalisés en médecine générale. Si une grande proportion de ces patients doivent être hospitalisés en médecine interne, les autres tâches des internistes en souffriront. Il s'y fait, entre autres, 60 évaluations préopératoires par semaine. Or, si 50% des internistes de cette équipe doivent faire de la prise en charge de patients à l'hôpital, alors ils devront réduire leur implication en évaluation préopératoire. Dans notre exemple, le nombre d'évaluations baisserait à 30 par semaine au lieu de 60, ce qui veut dire 30 chirurgies de moins par semaine dans ce seul hôpital. Les objectifs de chirurgies en six mois ne pourront être atteints, et les salles d'opération seront sous-utilisées. Les patients en attente de chirurgies attendront longtemps.

Impacts globaux

Nous avons évalué que dans 60 hôpitaux non universitaires, environ 4 500 patients sont hospitalisés de façon quotidienne sous les soins des omnipraticiens. Si 50 % des omnipraticiens délaissent les hôpitaux, il y aurait donc environ 2 250 patients qui auraient besoin d'un autre médecin pour assurer leur hospitalisation. Si nous faisons l'hypothèse que seulement les internistes seraient réquisitionnés pour hospitaliser, nous évaluons qu'il faudrait 200 internistes **de plus** à temps plein pour accomplir cette tâche.

Si un tel nombre d'internistes est confiné à l'hospitalisation, ils ne pourront évidemment pas faire les autres tâches usuelles et essentielles qu'ils font actuellement et cela aura un impact majeur sur l'offre de soins spécialisés.

Il faut savoir que nous sommes 550 internistes actifs et qu'il n'y a que 40 nouveaux finissants par année. Il y a des départs à la retraite et des postes non comblés en région même avant un éventuel besoin en hospitalisation.

Solution

L'objectif d'allouer un médecin de famille à chaque québécois est un objectif noble auquel nous souscrivons. Toutefois, la réforme telle que proposée comporte des risques importants de fragiliser l'accessibilité aux soins spécialisés.

Il faut d'abord et avant tout des études d'impacts sur l'ensemble des conséquences qu'un tel déplacement de main d'œuvre peut impliquer. Ces études pourraient mieux orienter tous les acteurs impliqués dans la desserte de soins aux patients.

Si l'on prend tous les moyens pour assurer la **pérennité des noyaux d'internistes** dans les hôpitaux du Québec afin qu'ils puissent continuer à **offrir l'éventail des services** qu'ils offrent actuellement d'un bout à l'autre de la province, **et que des PREM supplémentaires sont alloués**, les internistes pourraient prendre une plus grande part à l'hospitalisation. Ceci ne peut s'actualiser qu'au fur et à mesure que les nouveaux effectifs sont en place, car un poste peut rester vacant plusieurs années dans plusieurs régions du Québec. Mais attention, si un grand nombre de PREM dans les régions centrales sont ajoutés rapidement, le recrutement en région éloignée sera très difficile.

Il faudra aussi dans ces conditions, augmenter considérablement les postes de résidence disponibles pour la médecine interne générale et s'assurer que les groupes d'internistes impliqués dans la prise en charge des patients hospitalisés aient accès aux différents plateaux techniques. Ils sont bien formés et entraînés pour faire ces examens sans attendre la consultation d'un autre médecin. Ils pourront ainsi s'assurer eux-mêmes de faire cheminer les séjours hospitaliers le plus efficacement possible.

Restreindre le rôle de la médecine interne uniquement à l'hospitalisation irait à l'encontre de l'essence même de notre spécialité qui est la **polyvalence**. **Il y aura toujours un besoin de bénéficiaire d'omnipraticiens en hospitalisation**. Plusieurs conditions médicales des patients hospitalisés en 2015 ne sont pas dans le domaine de la médecine interne.

Actuellement, les résidents en spécialité choisissent la médecine interne et les postes sont comblés, mais si on transforme la spécialité en la restreignant à seulement l'hospitalisation, ils risquent de s'orienter vers d'autres domaines. Il ne faut pas oublier que les spécialistes en médecine interne du Québec sont les chefs de file canadiens dans le développement de la médecine interne générale tel que développé par le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Solution (suite)

Sur une note plus globale, nous considérons que pour augmenter l'efficacité et l'efficience du travail hospitalier, les médecins doivent avoir plus de support de divers professionnels que ce soit les infirmières praticiennes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, et les travailleurs sociaux: ceci peut sembler banal ou hors sujet mais vous seriez impressionnés de savoir à quel point ces manques de ressources peuvent prolonger indûment les hospitalisations. Il en va de même pour l'informatisation du réseau et de tout le support clérical nécessaire.

Conclusion

Dans le présent document, nous avons expliqué ce qu'est un interniste québécois et l'utilité de sa polyvalence dans notre système de santé. Nous avons également tenté d'expliquer les impacts de la réforme proposée sur la desserte des soins en médecine interne, dans les trois différents modèles d'hôpitaux québécois. Nous souhaitons que la réforme exploite pleinement la polyvalence de l'interniste.

Nous sommes prêts à collaborer afin d'optimiser l'accessibilité aux soins de santé au Québec mais nous croyons fermement que des études d'impacts s'imposent sur les déplacements de main d'œuvre anticipés afin de s'assurer que les remèdes proposés ne soient pas plus délétères que le statu quo.