

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

Dans le cadre des auditions sur 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

Mémoire présenté par l'Association des Jeunes Médecins du Québec

Février 2015

Table des matières

Sommaire.....	3
L'Association des Jeunes Médecins du Québec.....	4
Introduction.....	5
La situation de la médecine de famille au Québec.....	6
L'impact général des erreurs du passé.....	8
Les prémisses au Projet de Loi 20.....	9
Les éléments du projet de Loi 20 en regard des médecins de famille.....	13
Les éléments du projet de Loi 20 en regard des autres médecins spécialistes.....	17
Sections III, IV et V du projet de Loi 20.....	19
Les solutions pour garantir l'accès à un médecin de famille.....	20
Conclusion.....	24
Références.....	25

Sommaire

L'AJMQ est une association dont la mission est la promotion de l'équité intergénérationnelle entre médecins et de l'accessibilité à des services médicaux d'excellente qualité. Tout en appuyant très clairement l'objectif du projet de loi d'améliorer l'accessibilité, l'AJMQ déplore l'absence de transparence quant aux règlements qui en découleront.

Avec 12% plus de médecins de famille per capita que dans le reste du Canada, on note au Québec la plus grande proportion de patients orphelins. La principale cause est la répartition du travail des médecins de famille, caractérisée par un hospitalo-centrisme unique au Canada, au détriment de la pratique en cabinet. Cette situation découle de plusieurs décisions non avisées par l'administration provinciale depuis 25 ans, dont les activités hospitalières obligatoires (AMP), la notion du « lui-même » dans la Loi médicale, le plafond de revenus en cabinet, la diminution du nombre d'admissions en médecine, et les plans régionaux d'effectifs médicaux. Toutes ces mesures ont démontré leurs effets délétères pour l'accessibilité.

Le projet de Loi 20 ne redressera pas la situation parce qu'il ne corrige pas les déséquilibres qui minent l'organisation des services médicaux au Québec. Il repose plutôt sur des prémisses erronées, tant en ce qui a trait au nombre de jours et d'heures travaillés par les médecins de famille, à la hauteur relative de l'investissement en santé du Québec qu'aux mesures favorisant la prise en charge de patients par les médecins de famille. En fixant des quotas de patients pris en charge et en pénalisant la consultation d'un patient auprès d'un autre médecin, le projet de Loi 20 va à l'encontre des obligations déontologiques du médecin à l'endroit de son patient. Son application induira des impacts négatifs tant sur l'organisation médicale que sur la qualité des soins et l'attractivité de la médecine familiale. Il incitera à la sélection de patients en bonne santé plus propice à l'atteinte des quotas et de l'assiduité voulue des patients auprès de leur médecin de famille, tout en mettant la hache dans la qualité de la prise en charge, l'écoute, et la polyvalence qu'amène la pratique de groupe en cabinet. En outre, l'application du projet de Loi sonnera le glas de la pratique de la médecine de famille dans des pointes d'expertises en soutien aux programmes des établissements de santé pour les clientèles vulnérables. Tout en augmentant considérablement la bureaucratie, le projet de Loi entend amplifier les AMP qui sont reconnus par tous (CMQ, FMOQ, FMRQ) comme la cause principale des problèmes d'accès en cabinet. Enfin, le projet de Loi impose une vision homogène, non adaptée, de la pratique dans les autres spécialités médicales, tout en demeurant muet sur les réelles cibles.

L'AJMQ propose de réelles solutions pour garantir l'accès, financées par des transferts à même le budget actuel de la santé et autofinancées par l'économie globale en soins de santé que procure l'investissement en première ligne, comme en font foi plusieurs expériences canadiennes et internationales. La reconnaissance du médecin de famille comme pierre d'assise du réseau, l'abolition sur deux ans des activités médicales particulières, l'augmentation du ratio de médecins de famille par rapport aux autres médecins spécialistes, la rémunération de la coordination des soins, la valorisation de la prise en charge des patients dans les enveloppes budgétaires, le réinvestissement de l'État dans la première ligne et dans un réel arrimage avec les deuxième et troisième lignes, la révision complète de la gestion des plans régionaux d'effectifs médicaux sont les mesures proposées par l'AJMQ. Avec ces mesures ciblées, une approche qui rassemble plutôt que de diviser et un rétablissement du lien de confiance à l'endroit de la profession médicale, ébranlé par des affirmations biaisées et erronées, l'Association des Jeunes Médecins du Québec considère que l'objectif de l'accessibilité aux services médicaux sera atteint de façon rapide, économique et durable.

L'Association des Jeunes Médecins du Québec

L'AJMQ est une association fondée en 1995 et qui regroupe près de 1000 médecins québécois, qui y adhèrent librement. La mission fondamentale de l'AJMQ est :

- De faire les représentations afin de s'assurer que tous les médecins soient traités avec équité, et notamment que les jeunes médecins ne subissent pas de préjudice causé par les négociations entre les fédérations médicales et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux;
- D'intervenir publiquement pour promouvoir une organisation du système de santé public permettant la meilleure dispensation de services.

À cet égard, l'AJMQ a livré bataille pendant des années pour contrer les impacts d'une clause orphelin ayant privé de 30% de leurs revenus certains médecins spécialistes dans les années 1990, dont l'issue récente s'est faite par entente privée entre la FMSQ et les médecins concernés. L'AJMQ a aussi fait des représentations qui ont amené à abolir l'échelle salariale discriminatoire à l'endroit des jeunes médecins de famille en établissement. Enfin, l'AJMQ fait la promotion d'une plus grande rigueur dans le partage des responsabilités entre les médecins spécialistes, les médecins de famille, les infirmières, les sages-femmes et les pharmaciens.

Alors que les syndicats professionnels que sont les deux fédérations de médecins au Québec se soucient principalement de leurs membres (La Loi sur les syndicats professionnels indique en effet à l'article 6 que *Les syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux et moraux de leurs membres*), l'Association des Jeunes Médecins du Québec, en vertu de l'article 4 de son règlement général, *a pour but de défendre les intérêts des jeunes médecins et de la population en s'assurant que le système de santé et les soins offerts à la population soient d'excellente qualité.*

Le fait de s'assurer que les soins offerts à population soient d'excellente qualité implique inévitablement que ces soins soient accessibles; il est donc attendu que l'AJMQ se sente interpellée par le débat entourant l'accessibilité aux soins, que le projet de Loi 20 tente bien malhablement de bonifier. Nos centaines d'interventions publiques sur les solutions pour assurer l'accessibilité aux soins de santé depuis dix ans le démontrent.

Introduction

Le projet de Loi 20, déposé par le Ministre de la Santé et des Services Sociaux le 28 novembre 2014, quelques semaines après le dépôt du projet de loi 10 modifiant les structures du réseau de la santé et des services sociaux et à peine deux mois après l'acceptation par les médecins du Québec d'un report de 7 ans des sommes dues en regard de l'équité interprovinciale, repose sur trois axes essentiels :

- Faire en sorte que chaque citoyen ait un médecin de famille, qui lui offre les services nécessaires lorsque requis;
- Faire en sorte que l'accès en d'autres spécialités, tant sur une base externe qu'à l'intérieur des établissements, soit facilité;
- Resserrer le cadre de dispensation et de financement de la procréation médicalement assistée.

Sur ce troisième aspect, l'AJMQ ne souhaite pas intervenir parce qu'à son avis le dossier touche moins les deux missions principales de l'association.

Tant pour l'accès en médecine de famille que l'accès en d'autres spécialités, le projet de loi demeure très imprécis. Il réfère principalement au pouvoir qui sera conféré au ministre de la santé et des services sociaux dans la rémunération des médecins et la fixation de quotas de patients.

L'AJMQ, tout en appuyant très clairement l'objectif du projet de loi d'assurer l'accessibilité, déplore bien évidemment que la Commission de la Santé et des services sociaux doive débattre d'une coquille, d'un cadre et non de réelles politiques qui sauront suivre par règlements, règlements qui ne feront l'objet ni de négociations, ni de consultations et qui seront contre-productifs, à l'image des éléments du projet avancés jusqu'à maintenant par les différentes autorités, dont le Ministre lui-même. **La publication des projets de règlement permettrait au contraire un débat éclairé et une meilleure compréhension de l'ampleur de la réforme projetée, le projet de loi 20 déléguant d'importants pouvoirs réglementaires au Ministre de la Santé et des Services Sociaux, comme par exemple en font foi les articles 4, 10, 13, 14, 19 et 39.**

L'AJMQ analysera donc les grands pans du projet de loi, avec les impacts que les différents aspects de règlements avancés jusqu'à maintenant vont amener sur l'organisation des services médicaux, en commentant la problématique actuelle de l'accès aux services médicaux, les modalités législatives actuelles qui nuisent à cet accès, les prémisses ayant amené au projet de Loi 20, les articles contenus dans la PARTIE I du projet de Loi, soit la LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE. Enfin, l'AJMQ proposera de réelles solutions à l'accès aux services médicaux.

La situation de la médecine de famille au Québec

Si le gouvernement veut adopter une loi favorisant l'accès à la médecine de famille, c'est qu'il y a un problème réel d'accès. L'AJMQ dénonce depuis longtemps certaines situations qui nuisent précisément à l'accès aux services de médecine de famille.

En effet, le Ministre de la Santé et des Services Sociaux affirme avec raison qu'il y a au Québec 12% plus de médecins per capita que dans le reste du Canada. Notamment, on note 16% plus de médecins de famille per capita au Québec qu'en Ontario. Une attention particulière doit être portée à la répartition du travail des médecins de famille. Les 8700 médecins de famille au Québec offrent en réalité l'équivalent de 5200 médecins en cabinet pour la prise en charge alors que l'Ontario en compte 6000 médecins, soit un écart de 13%. Où sont ces médecins? En deuxième ligne, en établissement. Voici certaines décisions du passé qui expliquent ce déséquilibre dans l'organisation médicale de première ligne au Québec.

1. Les activités médicales particulières (AMP)

Devant la diminution du nombre de médecins occasionnée entre autres par la diminution des entrées en médecine décrétées par l'État, le gouvernement québécois a imposé en 1993 dix ans de travail hospitalier aux jeunes médecins de famille. Devant la désertion des médecins qui souhaitent éviter une pénalité de 30% pour non-respect de ces AMP, on a vu alors le tiers des cliniques médicales fermer sur le territoire québécois. Suite au décès d'un patient devant une urgence fermée en 2002, **conséquence d'une gestion locale déficiente et du sous-financement des urgences**, l'obligation d'AMP a été étendue pour être applicable à tous les médecins de famille ayant moins de 20 ans de pratique. De plus, la possibilité de faire les AMP en CLSC a été enlevée, ce qui a amené le départ de médecins de famille des CLSC. De l'aveu même du ministre Legault, les AMP auraient dû être abolies depuis longtemps.

La gestion déficiente des AMP a résulté en une moyenne de 28 heures par semaine de travail clinique en établissement pour les médecins assujettis aux AMP, qui eux sont passés de 380 à 3800 depuis 20 ans. Les plus jeunes médecins, de moins de 10 ans de pratique, exercent 70% de leur temps en établissement selon les données de facturation de la RAMQ.

Pourquoi donc les médecins exercent plus que leur obligation de 12h? D'abord une pratique hospitalière imposée, combinée à l'effet des PREM, va solliciter le médecin de famille pour plus que 12 heures par semaine; le meilleur exemple est l'hospitalisation où le médecin va faire une semaine d'environ 86 heures, sans compter la garde 24 heures sur 24, 168 heures pendant la semaine, une semaine sur cinq; dès qu'il y a un départ (congé de maternité ou autre), les gardes vont se rapprocher; de plus, ces heures «au contrat» n'incluent pas le travail médico-administratif imposé au médecin. Aussi, les frais de cabinet élevés sont prohibitifs pour un médecin qui passe 28 heures par semaine en établissement et doit assumer l'ensemble des frais qu'un médecin en cabinet doit assumer.

Comme les AMP n'ont jamais été remises en question, les médecins de famille du Québec sont progressivement passés de 20% de leur facturation à l'hôpital, comme ailleurs au Canada, à 40%. Une pénurie de médecins de famille en cabinet s'est progressivement développée.¹ Il y a maintenant, toutes proportions gardées en terme de population, 1800 médecins de famille à temps plein en moins dans les cabinets que dans la moyenne canadienne pour une même population.

Si les médecins de famille du Québec ne consacraient que 30% de leur pratique à la 2^e ligne, tout en demeurant plus impliqués à l'hôpital qu'en Ontario (où les médecins de famille consacrent 20% de leur temps à la pratique en établissement), il y aurait 900 médecins de famille de plus en cabinet pour un total de 6100; soit l'équivalent des 6000 de l'Ontario (advenant une population équivalente à celle du Québec) ^{2,3}.

Enfin, notons que les autres médecins spécialistes au Canada anglais n'ont aucune difficulté à couvrir les services hospitaliers avec l'apport de 20% des médecins de famille. Il est étonnant que les autres médecins spécialistes du Québec ne puisse suffire à la tâche qu'avec un apport démesuré de 40% des médecins de famille.

2. Notion du Lui-même dans la Loi médicale.

Au Québec, les médecins de famille ne peuvent recevoir une rémunération pour un acte fait en tout ou en partie par un technicien employé. Les pharmaciens et les dentistes le peuvent. Le développement et l'adaptation de l'offre de services en cabinet sont depuis freinés. Il est très clair que plusieurs gestes pourraient être posés par un assistant technique aux frais et sous la responsabilité du médecin qui coordonne les services assurés. Les médecins de famille pourraient alors finalement se concentrer sur le diagnostic et le traitement, comme les autres médecins spécialistes le font déjà en établissement, et ainsi augmenter l'accessibilité à ses services tout en maintenant la nécessaire continuité des soins.

3. Plafonds de revenus

Dans les années '80, on imposa aux médecins des plafonds trimestriels puis, plus tard, des quotas maximum de patients par jour. S'ensuivit la diminution des heures d'ouverture des cabinets, dont on voit encore les effets. La «sur-offre» de médecine sans rendez-vous par des médecins qui ne plafonnaient pas en cabinet (ayant une pratique principalement hospitalière) a permis de mettre un couvercle sur la marmite. Le citoyen se rend aujourd'hui compte qu'il voudrait voir son médecin, ou un médecin de son groupe de médecins de famille, en temps opportun plutôt que d'être pris en charge de façon très ponctuelle par une méga clinique qui offre des heures étendues pour les problèmes ponctuels, mais pas la prise en charge complète et continue de la santé du patient.

4. Diminution du nombre de médecins.

Au début des années '90, le gouvernement statue que les médecins coûtent cinq fois leur rémunération en prescriptions de toutes sortes et décide d'en restreindre le nombre. D'abord par la diminution du nombre d'étudiants en médecine, puis par les mises à la retraite de centaines de médecins. Quand le Ministre évoque un nombre record de médecins, il devrait préciser qu'on a depuis corrigé le problème causé par ces décisions gouvernementales contre-productives.

Aussi, le Québec a vu fondre le ratio de médecins de famille par spécialiste depuis 10 ans, alors qu'il y avait parité jusqu'en 2003 et que ce ratio reste bien supérieur dans le reste du Canada. Or, moins de médecins de famille que d'autres spécialistes a pour conséquence une diminution de la coordination des services médicaux. **Sans cette coordination, les données probantes montrent une augmentation de 33% des coûts de santé (imagerie, laboratoires et hospitalisation) et un recours accru de 50% à l'urgence** ⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰¹¹¹².

5. Les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)

En 2003, est apparu le contingentement régional du nombre de postes de médecins de famille. Un médecin de famille qui s'établit au-delà du PREM est aussi pénalisé de 30%. Par un effet prévisible d'amplification des AMP par l'ajout des PREM, les heures réelles de travail hospitalier, excluant la garde, sont de 28h/semaine (au lieu de 12) pour les 0-15 ans de pratique et 20h/semaine (plutôt que 6) pour les 16-20 ans de pratique. Les hôpitaux choisissent tout naturellement les médecins qui leur offrent plus d'implication dans l'établissement, sans égard à leur implication en première ligne, pour combler chaque poste.

En région, particulièrement touchées par la pénurie en médecins des 12 spécialités générales que les PREM n'ont aucunement corrigée, les médecins de famille consacrent non pas 40% mais près de 50% de leur pratique à la deuxième ligne pour compenser.

De plus, un des effets pervers des PREM est que des médecins qui s'engageraient à la prise en charge dans une région et qui ne peuvent y avoir de postes vont choisir la médecine dite de dépannage, qui non seulement leur permet mais les oblige à une activité purement hospitalière pendant toute la durée où ils n'ont pas un poste fixe dans une région. On expose alors indûment un jeune médecin fraîchement formé pour tous les aspects de la médecine de famille à une activité unique, hospitalière et lucrative. À son retour dans la région de son choix, le médecin a perdu l'intérêt, voire les habilités acquises durant sa résidence pour faire de la prise en charge.

Prenons l'exemple d'un médecin qui voudrait s'établir dans la région de Charlevoix qui est en pénurie suffisamment importante de médecins de famille pour avoir recours au mécanisme de dépannage. Un médecin qui veut y faire de la prise en charge en cabinet, en CLSC ou en GMF, s'en voit interdit, le PREM actuel empêchant tout recrutement d'un finissant en médecine de famille; néanmoins, le même médecin peut aller pratiquer dans la même région, en hôpital, à rémunération majorée en vertu du dépannage et l'État doit assumer frais de déplacement, de repas et d'hébergement.

L'impact général des erreurs du passé

Aucune des mesures coercitives prises par l'État jusqu'ici n'a été reprise depuis par une autre juridiction, que ce soit à l'échelle nationale ou internationale. Ces mesures ont eu comme conséquences l'hospitalo-centrisme, l'explosion des dépenses en 2^e et 3^e lignes hospitalières et des coûts de gestion accrus à cause d'un contrôle bureaucratique excessif. En somme, l'implication des médecins de famille en établissement, si nécessaire soit-elle, est devenue disproportionnée au détriment de l'offre de médecine de famille en première ligne dédiée à la prise en charge et au suivi de patients afin d'éviter qu'ils soient hospitalisés.

Au lieu de prendre acte des meilleurs résultats des autres provinces et d'abolir ces mesures bureaucratiques, le projet de loi 20 rajoute, notamment en augmentant contre toute logique de 20 à 25 ans l'obligation d'activités hospitalières.

Les prémisses du Projet de Loi 20

Maintenant que l'on comprend les éléments qui ont amené à un appauvrissement progressif de l'offre réelle de service de prise en charge en première ligne, il convient de rétablir les faits quant aux prémisses avancées en introduction au projet de Loi 20 et aux règlements qui en découleraient.

Les prémisses avancées en introduction au projet de Loi 20 ont été basées sur la responsabilité excessive, voire unique, des individus médecins de famille dans la piètre performance du Québec quant à la prise en charge des patients. De façon plus détaillée, certaines prémisses méritent d'être clarifiées.

1. Les médecins de famille travaillent en moyenne 117 jours par année

Plusieurs groupes ont dénoncé le caractère erroné de cette affirmation et le manque évident de rigueur qui a mené à cette fausse donnée. Pour arriver à cette affirmation, le Ministre a dû partir des assertions suivantes :

- Toutes les journées de travail rémunéré de 7 heures ou moins ont été considérées comme non travaillées;
- Les journées de travail de 24 heures (urgence, obstétrique) ont toutes été considérées comme une seule journée de travail;
- Les 41% des médecins de famille les plus actifs en termes d'actes rémunérés ont été exclus du calcul;
- Les médecins en congé de maladie, en congé de maternité ou en pré-retraite ont été considérés à part entière dans le calcul;
- Aucune pondération n'a été faite pour les médecins d'urgence, qui représentent 15% des médecins de famille (contre 1% des autres médecins spécialistes) et dont la pratique implique de façon évidente un nombre de jours travaillés moindre en regard de la variabilité et la lourdeur des horaires; il est en effet admis qu'un médecin d'urgence qui fait 145 quarts de travail à l'urgence dans une année est considéré comme travaillant à temps plein.

Du calcul du temps de travail des médecins, le Ministre a exclu :

- Les tâches d'enseignement universitaire;
- Les tâches cliniques non rémunérées (comités obligatoires du CMDP de chaque établissement, analyse des résultats des investigations des patients, rappel des patients, planification des horaires, discussion de cas en interdisciplinarité);
- Les tâches de formation médicale continue, obligatoire au maintien des compétences;
- Toutes les gardes en disponibilité (hospitalisation, soins à domicile, centres d'hébergement, obstétrique, etc.).

Même en excluant le travail non rémunéré par la RAMQ mentionné ci-haut, la moyenne de jours travaillés en 2013 par les médecins de famille est de 192 jours et même de 202 jours en pondérant pour les médecins d'urgence. Les autres médecins spécialistes, en comparaison, travaillent 193 jours par année.

Pour obtenir un tableau réel de la situation, dans le contexte où le médecin de famille est un travailleur particulier, travaillant le jour, le soir ou la nuit, avec des horaires fixes (bureau) ou fluctuants (hôpital), de la garde sur place (urgence, obstétrique) ou en disponibilité (soins à domicile, hébergement), il convient

d'examiner les revenus versés par la RAMQ aux médecins de famille, en proposant une pondération fort conservatrice qui associe des quantum de revenus à des journées de travail, variant de zéro (revenu inférieur à 332\$ ou moins de 3,5 heures) à 2 (revenus de plus de 1230\$ ou 14 heures).

Tableau 1 – Moyenne du nombre de journées de travail significatives par médecin ¹

Montant par jour par médecin	Moyenne réelle			Moyenne pondérée		
	Pondération de la journée	80% des médecins (139590\$ ou plus)	100% des médecins (1\$ ou plus)	Pondération de la journée ²	80% des médecins (139590\$ ou plus)	100% des médecins (1\$ ou plus)
1\$-331\$	1	18	19	0	0	0
332\$-664\$	1	24	26	½	12	13
665\$-1229\$	1	72	66	1	72	66
1230\$+	1	102	84	2	204	168
Total		216	195		288	247
1. Source : Données RAMQ. 2013-14 (courtoisie de Denis Blanchette, économiste) 2. La pondération est fonction du taux du mode de rémunération à tarif horaire de 95\$/heure. Ainsi, une journée de travail est une journée où la rémunération du médecin, quel que soit son mode de rétribution, est l'équivalent d'une journée de 7 heures à tarif horaire, soit 665\$						

Le tableau nous montre ainsi qu'avec cette pondération, nous devons conclure qu'en considérant tous les médecins de famille, seulement pour les actes ou les heures rémunérées par la RAMQ, on obtient plutôt un nombre total de jours travaillés de 247 jours par médecin de famille. Cela se comprend du fait qu'un médecin qui fera une journée complète de bureau ou de prise en charge hospitalière qu'il complètera par un quart de travail complet de 8 heures à la salle d'urgence aura travaillé l'équivalent de deux journées de travail.

De plus, si on enlève de l'échantillon le 20% des médecins le moins actif, afin de ne pas tenir compte des congés de longue durée, la moyenne monte à 288 jours par année. C'est la méthode généralement reconnue lors des négociations à travers le Canada.

L'AJMQ déplore par ailleurs que les parlementaires n'aient pas eu accès aux statistiques comparatives pour les autres médecins spécialistes et les employés de l'État.

Donc, la première prémisse est fausse. Les médecins de famille travaillent au moins autant que les autres professionnels, en particulier que les autres médecins spécialistes.

2. Les médecins de famille ne travaillent pas assez d'heures, notamment les femmes et les jeunes et travaillent moins que dans les autres provinces canadiennes

Le Sondage national des médecins 2013 fait état, avec une même unité de mesure pour toutes les provinces canadiennes, du temps de travail des médecins omnipraticiens. Ce sondage a été mené par l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, de façon totalement indépendante donc des fédérations médicales syndicales québécoises. On y constate que les médecins de famille québécois travaillent en moyenne 60,2 heures par semaine, contre 50,1 heures par semaine en Ontario (notez la nette différence au niveau de la garde en établissement) contre 59,5 heures par semaine pour l'ensemble des médecins de famille canadiens. Les médecins de famille québécois travaillent donc le même nombre de semaines (44,5 contre 44,8) et le même nombre

d'heures par semaine (60,2 contre 59,5) que les médecins de famille canadiens. **Le manque d'accès par le citoyen québécois à son médecin de famille n'est donc pas à cause de nombre de jours travaillés, ni du nombre d'heures travaillées par semaine. Le problème est ailleurs, dans l'organisation des services et les mécanismes de régulation coercitifs inefficaces et délétères.**

3. Le Québec dépense per capita autant que les autres provinces canadiennes

Le tableau suivant présente des chiffres publiés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en 2014 et présente les investissements en santé per capita des différentes provinces canadiennes. Non seulement le Québec investit 3651\$ par habitant par année pour l'ensemble des soins de santé (contre 4001\$ dans le reste du Canada), mais les dépenses attribuables à la rémunération des médecins, toutes spécialités confondues, est de 788\$ par citoyen, contre 920\$ (+16%) annuellement dans le reste du Canada. Il semble donc qu'avec autant de médecins, qui travaillent autant, mais moins d'investissements, le Québec ait de moins bons résultats.

Financement per capita de la santé et de la rémunération des médecins ¹³

2013	Santé/capita (\$)	MD/capita (\$)	Proportion des dépenses
Alberta	4662	986	37,7%
Colombie Britannique	3722	844	40,1%
Ontario	3723	942	37,5%
Québec	3651	788	26,3%
Canada	3920	889	34,5%
Reste du Canada	4001	920	35,9%

On doit savoir que le Québec est 15% moins riche que le Canada au chapitre du PIB per capita. Il est donc particulièrement frappant de constater que des 8 milliards \$ provenant de la péréquation, dont le but est d'assurer des services comparables d'un océan à l'autre, le réseau de la santé n'en reçoit rien. Contrairement aux autres provinces recevant des transferts de péréquation.

La deuxième prémisse du Ministre s'avère donc également erronée : le Québec est dernier parmi toutes les provinces canadiennes au chapitre des dépenses publiques en santé et en médecins, per capita, et aussi dernier au Canada pour la proportion de ses dépenses d'administration provinciale qui va à la santé.

4. Les hausses des salaires des médecins n'ont pas donné de résultat

Il est important de bien comprendre que les honoraires des médecins, à l'instar de ceux des avocats, notaires, ingénieurs, etc., sont des revenus de profession ou d'entreprise puisque les médecins sont des travailleurs autonomes. Il est aussi important de rappeler :

- Que les hausses consenties aux médecins de famille et aux médecins spécialistes au cours des dernières années avaient pour but principal de réduire l'écart de rémunération des médecins québécois par rapport à l'ensemble canadien, pour éviter l'exode des médecins;
- Que des investissements comme le financement d'infirmières dans les GMF ou l'informatisation des dossiers médicaux ne touchent aucunement la rémunération des médecins de famille;
- Que les augmentations de rémunération consenties aux médecins l'ont été en grande partie à l'endroit des autres médecins spécialistes et non à celui des médecins de famille.

Depuis la reconnaissance de la médecine de famille comme une spécialité par le Collège des médecins du Québec en 2010, des tentatives de diminution de l'écart de revenus entre les médecins de famille et les autres spécialités se sont avérées vaines, la Fédération des médecins spécialistes du Québec ayant réussi à décrocher des augmentations qui ont plutôt creusé cet écart. Alors que l'écart entre les autres spécialistes et les médecins de famille était de 20% en 1975, il est monté à 60% en 1997, à 68% en 2008 et à 89% en 2013, en tenant compte des frais de bureau importants pour les médecins de famille, alors que l'État fournit l'infrastructure nécessaire à la pratique des autres spécialistes via les budgets d'établissements de santé.

Donc, il est faux de prétendre que les investissements en première ligne ont été principalement à l'endroit de la rémunération des médecins et il est faux de considérer que les majorations de rémunération médicale l'ont été à l'endroit des médecins de famille, l'écart s'étant plutôt creusé avec les autres spécialités.

5. Tout a été essayé pour favoriser la prise en charge par les médecins de famille, sans résultat

De 2003 à 2013, le nombre de médecins de famille offrant une pratique de groupe, de type « groupe de médecine de famille » ou GMF a crû. Sans résultat?

Il faut d'abord savoir que la pratique de groupe ne vise pas l'augmentation du nombre de prises en charge de patients mais vise plutôt :

- À augmenter la qualité de la pratique médicale;
- À favoriser la prise en charge interdisciplinaire du patient et donc la qualité des services qui lui sont rendus;
- À favoriser la continuité des soins, le patient étant vu tant pour les problèmes de santé chroniques que pour les problèmes intercurrents, urgents ou non, incluant les problèmes psychosociaux, au sein d'un même groupe de médecins de famille, à des heures étendues.

Grâce aux GMF, mais surtout aux incitatifs à la prise en charge et à une première diminution timide des AMP, le résultat est pourtant que huit-cent-mille québécois se sont trouvés un médecin de famille rien qu'en 2013-2014, alors que l'Ontario a eu besoin de dix ans pour offrir un médecin de famille à 1,2 millions de citoyens.

Donc, si les règles inefficaces et le sous-investissement en santé et particulièrement en première ligne nuisent à l'accessibilité du citoyen à un médecin de famille, il est faux de prétendre que les investissements consentis pour favoriser une pratique de groupe de qualité n'ont pas eu d'effet.

Les éléments du projet de Loi 20 en regard des médecins de famille

La PARTIE I du projet de Loi 20, soit la LOI FAVORISANT L'ACCÈS AUX SERVICES DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE, mérite d'être commentée à plusieurs égards.

Il est ici important de rappeler que les médecins sont des travailleurs autonomes et soumis à plusieurs obligations déontologiques, dont celle d'ignorer toute intervention d'un tiers, ce qui de notre avis inclut le Ministère de la santé et des services sociaux avec l'approche de quotas proposée (*Code de déontologie des médecins*, art. 7. *Le médecin doit ignorer toute intervention qui ne respecte pas sa liberté professionnelle.*).

Or, c'est précisément ce que le projet de Loi sous-tend : *Tout médecin omnipraticien soumis à une entente (...) doit, dans la mesure prévue par règlement du gouvernement, satisfaire aux obligations suivantes :*

1° assurer le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients

Donc, en étant obligé d'assurer un suivi d'un nombre minimal de patient en vertu de la Loi, le médecin se retrouve devant un dilemme en regard de ses obligations déontologiques : offrir un service de qualité, avec le temps que ce service implique et possiblement enfreindre le règlement issu de la loi. Ou alors respecter la loi en prenant les mesures nécessaires pour respecter le quota de patients imposés en :

- Réduisant le temps nécessaire à une consultation;
- Ignorant les attentes du patient pour favoriser un horaire permettant la prise en charge des quotas;
- Omettant certains aspects des attentes et des besoins d'ordre médical pour atteindre lesdits quotas;
- Favorisant le recrutement de certaines clientèles, possiblement moins lourdes et vulnérables, de manière à dégager le temps nécessaire à l'atteinte des quotas de nombre de patients pris en charge.

Le règlement du gouvernement peut notamment prévoir :

1° les modalités de suivi de la clientèle;

2° le nombre minimal de patients devant être suivis;

3° le nombre minimal d'heures d'activités médicales devant être exercées;

4° les règles particulières applicables lorsqu'un médecin souhaite exercer des activités médicales dans plus d'une région;

5° toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations.

Évidemment, on parle ici de règlements à venir et non connus. Il convient néanmoins de s'attarder aux trois premiers points.

1. Les modalités de suivi de la clientèle

Plusieurs discussions ont eu lieu sur la question, non encore élucidée, de l'assiduité. On ne peut être contre la vertu et tous s'entendent pour dire qu'un patient devrait pouvoir voir son médecin lorsque

requis. Néanmoins, l'encadrement rigide de l'assiduité, définie comme étant la consultation du citoyen auprès de son médecin uniquement, amène des effets pervers sur lesquels tous s'entendent :

- Les patients qui auront le plus de difficultés à se trouver un médecin de famille seront ceux qui sont le plus à risque de consulter à l'urgence : troubles de santé mentale, maladie pulmonaire chronique, douleur chronique, etc., visites à l'urgence qui vont diminuer le taux d'assiduité du médecin et le pénaliser financièrement;
- Les patients qui devraient consulter à l'urgence risquent de moins y consulter pour ne pas pénaliser leur médecin de famille;
- L'esprit de la pratique de groupe créé par les groupes de médecine de famille sera perdu, avec une perte d'expertise; on sait très bien que dans un groupe, certains médecins présentent de plus grandes habiletés pour certains actes techniques (ex : infiltrations articulaires), d'autres pour des problématiques spécifiques (ex : trouble déficitaire de l'attention), alors qu'un médecin peut aussi consulter un collègue pour obtenir une deuxième opinion; tout ceci amène les médecins de famille à référer à l'occasion certains de leurs patients à un de leur confrère, geste qui augmente la qualité générale des services mais aura comme impact de pénaliser le médecin de famille en regard de l'assiduité de la clientèle;
- L'augmentation des visites inutiles sera inévitable; plutôt que d'offrir une relance téléphonique pour un patient ayant consulté à l'urgence ou dans une clinique d'urgence, le médecin de famille, pour augmenter le taux d'assiduité du patient et de sa clientèle, préférera donner un rendez-vous de suivi au patient, ce qui amènera un impact financier non négligeable sur le système;
- Des médecins seront injustement pénalisés pour des facteurs hors de leur contrôle, comme un patient qui consulte en cas d'urgence près de son travail ou près de son chalet; toute représentation auprès du patient pour ne pas recourir à ce mode de consultation le priverait d'une liberté de choix généralement reconnue.

2. Le nombre minimal de patients devant être suivis

L'AJMQ, comme le gouvernement, ne peut que souhaiter que tous les citoyens puissent avoir leur médecin de famille et croit fermement qu'il est possible d'y arriver avec le nombre de médecins actuels. Néanmoins, forcer un nombre minimal de patients pris en charge amènera nécessairement :

- Une surcharge indue de travail en termes de nombres d'heures, ce qui est contraire à la déontologie médicale qui prévoit que le clinicien doit reconnaître et respecter ses limites;
- OU une prise en charge sélective de patients qui prennent peu de temps et consomment peu de services, laissant de côté les clientèles plus vulnérables et en particulier les patients aux prises avec des problèmes de santé mentale;
- OU des visites écourtées, ou seront mis de côté les aspects de prévention, amenant un suivi plus morcelé et plus coûteux à l'état en termes de nombre de visites;
- OU une pure perte salariale, qui affectera de façon ciblée les jeunes médecins
 - qui doivent recruter leur clientèle,
 - qui travaillent dans les secteurs les plus exigeants en établissement,
 - qui bâtissent leur famille et doivent répondre à des obligations parentales.

Un système qui négligera ou pénalisera les jeunes médecins de famille favorisera indûment la pratique alternative à la prise en charge (urgence plein temps, médecine sans rendez-vous à haut débit sans suivi conséquent, ...), et provoquera précisément l'effet inverse à celui voulu. De plus, de telles cibles

signifient la fin pure et simple de l'implication des médecins de famille dans des activités cliniques plus spécialisées, dans un épisode de soins ponctuels, en soutien à une équipe interdisciplinaire dans plusieurs programmes clientèles des établissements de santé :

- Programmes de santé mentale
- Programmes famille – enfance – jeunesse
- Clinique de planification des naissances et d'interruption de grossesse
- Cliniques de maladie du sein, cliniques d'oncologie en région
- Clinique de la douleur
- Santé publique, clinique de santé des voyageurs, etc.

Quel sera le prix à payer pour la population pour une telle perte d'expertise? Faut-il pénaliser davantage les médecins de famille qui soutiennent au meilleur de leurs compétences ces activités cliniques nécessaires à un système de santé performant, efficace et humain?

Le système de quotas s'avérera un échec. Un tel système demande inévitablement un encadrement bureaucratique complexe, coûteux à administrer. Plutôt que d'imposer des quotas, il est préférable d'investir dans l'efficacité du système de santé en soutien au patient et à son médecin, comme nous le verrons plus tard.

3. Le nombre minimal d'heures d'activités médicales devant être exercées;

Tel que mentionné précédemment, le médecin se doit d'ignorer toute intervention d'un tiers. En particulier, il ne peut pas passer outre aux limitations que peuvent amener la perte de vigilance causée par exemple par la surcharge de travail. Nous avons vu que le nombre d'heures travaillées par médecin de famille est déjà nettement plus élevé que le travailleur moyen et se compare avantageusement aux médecins de famille canadiens.

Pourquoi imposer davantage d'heures en établissement quand nous savons que :

- 70% des heures travaillées par les jeunes médecins se font en établissement et le temps passé en établissement n'a eu cesse d'augmenter;
- Les AMP existent seulement au Québec et sont en grande partie responsables de la piètre performance en termes d'accès à la prise en charge par un médecin de famille;
- Le système actuel d'AMP rend l'atteinte des cibles d'inscription de patients de 1000 par médecins inatteignable pour un grand nombre.

Le remplacement des activités médicales particulières (AMP) jusqu'à 20 ans de pratique par des activités de médecine de famille (AMF) jusqu'à 35 ans de pratique vient non seulement laisser la contrainte qui empêche la moitié des médecins de famille d'offrir une prise en charge à suffisamment de patients, mais ajoute cette contrainte à l'autre moitié, plus expérimentée, qui se verra limitée dans le temps pour prendre de nouveaux patients. Encore une fois on rate la cible mais surtout, l'AJMQ est d'avis que cette nouvelle contrainte contribuera à l'exode des jeunes médecins vers d'autres spécialités ou d'autres provinces canadiennes et au départ à la retraite de nombre de médecins expérimentés, efficaces et appréciés de leur clientèle.

Au global donc le projet de Loi 20 avec ces articles et les règlements qui en découleront :

- Reproduit le *pattern* actuel de déséquilibre entre les tâches de prise en charge et les tâches en établissement;
- Réitère les mêmes cibles qui se sont avérées inatteignables sans s'attaquer aux sources mêmes du problème d'accès;
- S'actualisera finalement par une simple baisse de revenus des cabinets des médecins de famille; est-ce l'objectif voulu ultimement?

Les articles 4 à 9 du projet de Loi 20 à l'endroit des médecins de famille ne font que reprendre et réécrire ce qui dans les faits est la réalité actuelle. **Croit-on vraiment, qu'en faisant un projet de Loi qui maintient des cibles irréalistes sans corriger les raisons de la non atteinte des cibles, en faisant porter sur un seul groupe la responsabilité de la non efficience du système, en pénalisant financièrement les médecins de famille, on va vraiment atteindre un résultat différent?**

Les éléments du projet de Loi 20 en regard des médecins spécialistes

Nous analyserons ici les articles du projet de Loi qui s'adressent à la pratique des médecins spécialistes.

1. Nombre de patients reçus en consultation

Tout médecin spécialiste soumis à une entente (...) doit recevoir en consultation, ailleurs qu'au service d'urgence d'un établissement, un nombre minimal de patients, déterminé par ce règlement, (...) qui lui sont dirigés par un médecin omnipraticien ou par un autre professionnel de la santé visé par ce règlement.

Encore une fois, on réécrit les choses comme elles le sont. Le gouvernement va-t-il établir des cibles aussi contraignantes comme il le laisse entendre pour les médecins de famille? Y aura-t-il pondération en fonction de la spécialité, des délais requis, et des régions? Un médecin spécialiste sera-t-il pénalisé parce que dans sa région il y a moins de besoins dans sa spécialité dans une période donnée? Donnera-t-on des congés indus de l'urgence à des patients pour permettre l'atteinte du quota de clientèle externe à des spécialistes?

Le Québec a effectivement apporté de fausses solutions à de vrais problèmes en surveillant de façon rigoureuse le délai d'attente en chirurgie, délai qui débute après que le chirurgien ait décidé d'opérer le patient, ignorant tout délai pour des problèmes non chirurgicaux et les délais requis tant pour attendre la consultation auprès du spécialiste que les délais indus d'investigation par la non disponibilité ou la non performance des plateaux techniques publics. Imposer des cibles de délais par spécialité et par condition clinique est donc un élément majeur de solution qui favorisera nécessairement l'efficacité de la première ligne médicale. Pensons à un patient aux prises avec de la douleur chronique, qui peut attendre deux ans avant de consulter une clinique de contrôle de la douleur chronique, et qui risque de consulter une vingtaine de fois son médecin de famille en attendant cette consultation. Mais la question que pose l'AJMQ est la suivante : **est-ce que l'accès en spécialité est bloqué par les médecins spécialistes eux-mêmes ou plutôt par la non efficacité des plateaux techniques hospitaliers (cliniques externes, centres d'investigations, plages d'imagerie médicale, soutien clercal, heures de disponibilité du soutien administratif, ...)?**

2. Suivi médical d'usagers admis

Tout médecin spécialiste (...) dans un centre hospitalier (...) et dont la spécialité est visée par règlement du gouvernement doit, dans la mesure prévue par ce règlement, assurer, en tant que médecin traitant, la prise en charge et le suivi médical d'usagers admis dans ce centre.

Il s'agit là d'un élément de solution intéressant au poids excessif que doivent soutenir les médecins de famille à l'endroit de la pratique en établissement. Mais quelles sont ces spécialités visées? À notre avis, toutes les branches de la médecine spécialisée doivent être mises à contribution, comme c'est le cas dans le reste du Canada.

Il est indéniable, en particulier dans les grands centres hospitaliers, que les spécialistes doivent contribuer davantage à la prise en charge et que la rémunération mixte, obtenue par la Fédération des médecins spécialistes du Québec au courant des dernières années, n'a qu'aggravé cette déresponsabilisation des médecins spécialistes à l'égard de la prise en charge et du suivi de clientèle, étant payés en bonne partie en per diem; aussi, la valorisation excessive de la rémunération des actes techniques au dépens des évaluations médicales ont détérioré davantage la situation. Pourquoi les

établissements n'ont-ils rien fait en ce sens jusqu'à maintenant? Qu'apportera le projet de Loi 20 de façon concrète?

Toutefois, il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain et se débarrasser totalement de l'expertise complémentaire du médecin de famille. L'abolition des AMP que propose l'AJMQ permettra tout de même aux médecins de famille qui en ont l'intérêt et les habiletés de conserver une pratique hospitalière. **Alors que l'imposition de quotas tout azimuth que permet le PL20 ne provoquera qu'un violent coup de volant à gauche, aussi pire que ceux vers la droite dans le passé (AMP de 1993 et 2002). Dans ces circonstances, ne nous étonnons pas que la voiture se retrouve dans le fossé.**

3. Délais de réponse aux consultations en spécialités demandées à la salle d'urgence

Tout médecin spécialiste (...) dans un centre hospitalier exploité par un établissement doit :

1° assurer, au service d'urgence de ce centre, le suivi des demandes de consultation qu'il reçoit entre 7 h et 17 h à l'intérieur du délai déterminé par règlement du gouvernement;

2° dispenser les services spécialisés ou surspécialisés aux usagers inscrits à son nom depuis plus de six mois sur la liste d'accès aux services spécialisés et surspécialisés (...), selon la proportion et toute autre modalité prévues par règlement du gouvernement.

Encore là, le Projet de Loi 20 n'apporte pas d'éclairage. C'est le règlement, qui pourra être imposé unilatéralement par le Ministre, qui permettra de comprendre où il y aura amélioration. L'AJMQ note néanmoins que le délai d'attente dans les urgences est dû essentiellement à :

- Un manque d'accessibilité à la médecine familiale, qui amène non pas des consultations inutiles en salle d'urgence mais des consultations qui auraient pu être évitées si le patient avait bénéficié d'un suivi par son médecin de famille;
- Une efficacité inégale des plateaux techniques (investigation, rendez-vous rapide en spécialité, etc.);
- La non disponibilité en temps opportun de ressources spécifiques en première ligne, notamment des soins à domicile, des places en unités de récupération fonctionnelle ou en centres de convalescence.

Le monitoring, via une approche policière déléguée au directeur des services professionnels d'un mégasétablissement sur plusieurs sites, du délai du médecin spécialiste à venir voir un patient ne fait donc que détourner le regard des vrais problèmes.

Pour ce qui est du délai d'attente de 6 mois, non seulement on ne peut pas exiger, notamment avec la pénalité salariale en regard de l'assiduité, à un médecin de famille d'être disponible 365 jours par années pour ses propres patients tout en affirmant sérieusement que la cible de 6 mois pour l'accès en spécialité est raisonnable. Aussi, compte tenu que les demandes de consultations sont génériques pour la spécialité et non nominales pour la plupart, comment le règlement prévu dans le Projet de loi 20 réussira-t-il à porter fruit?

Sections III, IV et V du projet de Loi 20

Les sections III, IV et V, portant sur la réduction de la rémunération et le processus de révision, n'ont pas à être commentées spécifiquement. Les réticences de l'AJMQ à l'endroit de l'application de ces articles découlent directement des craintes exprimées quant aux obligations mentionnées dans les deux premières sections. Néanmoins, ces sections illustrent tout de même tout l'investissement bureaucratique projeté pour adopter une culture de pénalité, plutôt que de favoriser un investissement en soutien à la pratique clinique qui pourrait davantage permettre l'atteinte des résultats ciblés. L'AJMQ ne commentera pas non plus le reste de la partie I qui s'avère des modalités administratives découlant principalement des principes énoncés dans les deux premières sections.

Les solutions pour garantir l'accès à une prise en charge et un suivi de qualité par un médecin de famille

L'AJMQ a su démontrer dans le présent mémoire que certaines modalités administratives imposées par l'État ou négociées avec les fédérations médicales syndicales ont été soit bénéfiques mais insuffisantes (GMF avec soutien de soins infirmiers mais absence réelle de corridors entre les première, deuxième et troisième lignes) soit carrément délétères (AMP et PREM). Certaines solutions aussi simples que novatrices, avec un déplacement des sommes investies dans le réseau, pourraient s'avérer beaucoup plus productives que les futurs règlements découlant d'une éventuelle adoption du Projet de Loi 20 pour l'atteinte des objectifs ciblés par le projet de Loi.

1. La reconnaissance du médecin de famille comme acteur incontournable du système de santé public

Le médecin de famille est un spécialiste de la personne et non d'un organe en particulier. Son expertise englobe la prévention, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé, pour une population non sélectionnée, avec des signes d'appel indifférenciés (par opposition aux médecins spécialistes qui reçoivent les patients sur référence avec une condition clinique objectivée par le médecin de famille). Le médecin de famille doit de plus être en mesure d'apprécier les interrelations entre les comorbidités médicales, chirurgicales et psychiatriques, interpréter un grand nombre d'examen paracliniques d'imagerie et de laboratoire et coordonner les soins au patient avec les autres professionnels de la santé dans une perspective holistique.

Si l'on prend connaissance des données probantes issues des recherches sur l'efficacité du médecin de famille précédemment citées, on comprend alors que toute loi, tout règlement, toute entente devra refléter cette reconnaissance pour porter pleinement ses fruits.

2. L'abolition des activités médicales particulières

Plutôt que de bêtement remplacer les activités médicales particulières pour les médecins de moins de 20 ans de pratique par des activités similaires obligatoires qui seront appelées activités de médecine familiale, imposées aux médecins de famille de 35 ans et moins de pratique, l'État doit clairement reconnaître l'échec évident de cette mesure, qui a certes à certaines occasions pu mettre un pansement sur la plaie en ce qui concerne des découvertes dans certaines urgences, mais n'a jamais réglé le problème central. Pour une médecine de qualité, avec des soins offerts en temps opportun, adaptés aux besoins du patient et avec le suivi nécessaire, chaque citoyen doit avoir accès à un médecin de famille. **Les AMP, qui ont littéralement vidé les cabinets médicaux, ont produit l'effet contraire, diminué l'accès aux médecins de famille et augmenté les coûts du système de santé.**

L'approche proposée par le projet de Loi 20 va déstabiliser tout le système, forçant des médecins de cabinet à reprendre des activités en établissement qu'ils ont perdu l'habitude d'offrir; à ce sujet le Collège des médecins est catégorique sur la nécessité, après 3 ans sans pratique dans un secteur donné, d'aviser le Collège de l'intention de reprendre l'activité afin que des mesures, telles des stages, soient prises pour remettre à niveau le médecin.

Il est regrettable que le projet de Loi propose de perpétuer les effets pervers de ces AMP. L'imposition de quotas quant à elle va favoriser la diminution drastique de la pratique en établissement, et la fuite produite sera partiellement colmatée par des médecins qui devront abandonner une partie de leur pratique de cabinet pour combler les trous provoqués en établissement. Bref, tourner en rond pour obtenir, au gros maximum, « quatre trente sous pour un dollar ».

L'AJMQ propose d'abolir les AMP progressivement sur deux ans, sans les remplacer par des AMF. Pour ce faire, on doit d'abord libérer les médecins ayant plus de 15 ans de pratique, puis 6 mois plus tard ceux de plus de 10 ans de pratique et ainsi de suite. Cela permettrait au 50% des 3800 médecins de famille assujettis qui le désirent de pratiquer davantage en cabinet. Ceci assurerait un médecin de famille à tous les Québécois, sans aucune forme de contrainte imposée aux médecins de famille, comme ailleurs au Canada.

Dès lors, le Québec aura des médecins de famille dont le cœur de la pratique est la prise en charge de patients en cabinet, avec des activités en établissements stimulantes, souhaitées et non imposées. Un modèle qui encouragera les valeurs de responsabilité et de continuité auprès des futurs médecins de famille.

3. L'augmentation du ratio de médecins de famille par rapport aux spécialistes et de l'attrait de la carrière de médecin de famille

47% des médecins québécois sont des médecins de famille alors que la moyenne canadienne est de 52%. Cet écart devient significatif en tenant compte du nombre total de médecins et son impact sur l'offre de service en première ligne. **Le Québec doit impérativement rattraper le Canada et s'assurer qu'au moins 50% des médecins québécois soient des médecins de famille, en favorisant l'attractivité de la pratique de la médecine familiale.**

Toute mesure contribuant à désintéresser les jeunes médecins à choisir la médecine de famille non seulement nuit à l'accès mais augmente les coûts de santé. Les mesures coercitives et punitives envisagées dans le projet de Loi 20 vont donc à l'encontre de cette solution, comme l'écart salarial majeur, qui se creuse année après année entre les médecins spécialistes et les médecins de famille. Mais surtout, le climat actuel entretenu par le politique qui fait porter les problèmes aux médecins de famille, les informations biaisées sur leur charge de travail et la rémunération excessive qu'a reçue un député médecin pour une pratique partielle parallèle à son travail parlementaire sont venus porter un grand ombrage sur le rôle du médecin de famille dans la société. De l'avis de l'AJMQ, la perte de confiance de la population envers leurs médecins de famille qui en résultera sera de nature à nuire à la qualité des soins, où la confiance et le partenariat patient-médecin sont centraux, et à augmenter la consommation de soins chez les patients qui exigeront des deuxièmes avis, des surinvestigations ou des références en spécialité. Ajoutons à ça une restriction du temps offert à chaque patient en respect des quotas de patients et la table est mise pour une réelle désorganisation des services médicaux.

4. La rémunération du médecin de famille pour la supervision et la coordination d'actes délégués

Pour assurer une organisation du travail efficiente, toute organisation doit attribuer les actes simples aux travailleurs les moins qualifiés, et les plus complexes aux travailleurs les plus qualifiés. **Que le professionnel dont l'expertise est la plus pointue ne puisse l'utiliser pendant au moins le tiers de son**

temps, comme on le voit chez les médecins de famille québécois en raison d'un manque de soutien clinico-administratif, est une entorse claire au principe de la division efficiente du travail.

Ce n'est qu'une fois que ces employés de soutien effectueront ces tâches que, logiquement, le médecin pourrait déléguer davantage à l'aide d'ordonnances collectives. Et ce, seulement si la notion que le médecin ne peut facturer que ce qu'il a posé lui-même comme acte est abolie dans la Loi médicale, afin de reconnaître la responsabilité des actes que le médecin supervise et coordonne.

L'État doit investir très clairement dans le financement des cabinets afin de favoriser l'embauche de personnel technique et de la location d'espaces locatifs sur le marché des baux commerciaux. Les patients et les contribuables ne peuvent que sortir gagnants des investissements en première ligne médicale, garants d'économies bien plus importantes en imagerie, en laboratoires, en visites à l'urgence et en hospitalisations.

5. La priorisation de la valorisation de la prise en charge dans les enveloppes budgétaires

Même sans aucune augmentation de la masse salariale versée aux médecins de famille, il y a lieu de rééquilibrer celle-ci afin de valoriser la prise en charge, plutôt que de punir des médecins qui n'auraient pas atteints les quotas fixés. Est-il normal qu'un patient qui se présente pour un problème spécifique qui se règle en 10 minutes procure la même rémunération au médecin qu'un patient qui présente de front 3 ou 4 problèmes indépendants qui prendront chacun 10 minutes à évaluer?

La rémunération du médecin, en particulier du médecin de famille, doit être simplifiée et tenir compte des deux aspects suivants :

- **Un acte délégué** devrait pouvoir être rémunéré pour la responsabilité et l'encadrement que procure le médecin mais moins que si le médecin procède lui-même à l'évaluation dans un cas complexe;
- **Le ou les systèmes biologiques affectés**, plusieurs systèmes affectés nécessitant plus de temps et donc une rémunération conséquente.

6. L'investissement de l'État en première ligne

L'AJMQ croit qu'un réinvestissement progressif d'un milliard de dollars dans les cabinets procurerait une économie de 1,5 milliards en soins de santé, comme en témoigne l'expérience des comités de services de médecine générale (GPSC – general practice service committee) de Colombie-Britannique. Il y a donc là, de l'avis de l'AJMQ, un autofinancement. De plus, tant la révision de l'utilisation des médicaments d'origine proposée par le Ministre que la révision des honoraires des pharmaciens propriétaires afin de l'arrimer à la moyenne canadienne devraient procurer des économies substantielles de l'ordre de 1 milliard de dollars, à réinvestir en première ligne.

7. L'arrimage entre les première, deuxième et troisième lignes de services de santé

En ce qui concerne l'arrimage entre les première, deuxième et troisième lignes de services, l'AJMQ constate que la formation des CSSS il y a près de 10 ans s'est avérée un demi succès. Bien que les fusions administratives d'hôpitaux, de CLSC et de CHSLD ont permis que les décisions se prennent dans une

même instance avec le patient citoyen au cœur de la décision, force est d'admettre que les outils cliniques, les algorithmes de référence, la gestion rigoureuse de l'accès aux services spécialisés et les systèmes d'information n'ont pas suivi. Encore aujourd'hui nous constatons :

- Une duplication d'examen à cause d'un Dossier Santé Québec non entièrement déployé (non disponibilité des résultats d'imagerie et de laboratoire pour plusieurs régions, profils médicamenteux erroné avec risque majeur pour la population à cause d'une conceptualisation du projet déficiente à la base);
- Une gestion erratique des listes d'attente pour des examens et des consultations spécialisées;
- Un manque de communication entre les médecins de famille et les autres médecins spécialistes et entre les autres médecins spécialistes eux-mêmes.

Une nouvelle fusion administrative de CSSS, d'hôpitaux universitaires, d'instituts et de centres jeunesse telle que celle que nous connaissons dans les prochaines semaines ne va en rien régler les problèmes si le travail n'est pas fait de déployer entièrement et rapidement le Dossier Santé Québec et de déployer dans chacun des CISSS qui seront formés un dossier clinique informatisé complet qui pourra être consulté et alimenté à partir de n'importe quelle des nombreuses installations de chaque CISSS. Des ententes sont nécessaires aussi avec les médecins de cabinet pour que les dossiers d'établissement puissent être consultés.

8. La révision complète de la gestion des plans d'effectifs médicaux

En régions, particulièrement touchées par la pénurie en médecins des 12 spécialités générales que les PREM de spécialité n'ont aucunement corrigée, les médecins de famille consacrent non pas 40% mais près de 50% de leur pratique à la deuxième ligne pour compenser. Il y a donc dans plusieurs régions suffisamment de médecins de famille, mais dont une partie significative du temps va à des activités qui devraient être faites par des médecins spécialistes.

Le résultat est un appauvrissement des régions périphériques et, comme nous l'avons démontré, une sélection naturelle de médecins avec pratique principalement hospitalière, un recours à la médecine de dépannage et un désintéressement qui devient permanent face à la médecine de famille de cabinet avec prise en charge de patients.

Il faut donc s'assurer de pourvoir suffisamment les régions en médecins des 12 spécialités générales afin que leurs médecins de famille intéressés par la pratique en cabinet puissent y offrir la même qualité de service qu'ailleurs au Québec et aussi diminuer les postes de dépannage pour favoriser l'installation réelle et à long terme de médecins de famille, en région éloignée, comme en régions urbaines et périphériques.

Conclusion

Le projet de Loi 20 présente des objectifs nobles de responsabiliser les médecins de famille et les médecins spécialistes afin d'assurer une offre de service adaptée, en temps opportun, universelle et de qualité. Néanmoins, comme les éléments avancés en soutien aux articles du projet de Loi et des règlements qui en découleront s'avèrent de fausses prémisses, il va de soi que ces éléments ne sauront permettre d'atteindre les objectifs. Pire, l'augmentation des mesures coercitives, qui n'ont aucun équivalent dans les autres provinces, vont empirer la donne par l'exode des médecins, un désintérêt face à la médecine de famille et une désorganisation des activités médicales en cabinet et en établissement.

L'analyse de l'AJMQ suggère de rectifier les perceptions avancées par le Ministère, d'abolir les mesures du passé qui ont créé la pénurie relative et d'investir en première ligne en transférant certains budgets sans valeur ajoutée à du soutien aux médecins de première ligne. Avec l'investissement nécessaire en première ligne pour soutenir la pratique des médecins de famille avec des professionnels qui se voient déléguer plusieurs tâches, une meilleure coordination entre la première ligne et les deuxième et troisième lignes, l'ajout de médecins dans les spécialités de base dans les différentes régions du Québec, l'installation des médecins dans des conditions favorisant la prise en charge de clientèle à long terme plutôt que l'activité en établissement en mode dépannage et un climat de confiance restauré, l'abolition des AMP pourra assurer la pérennité de la prise en charge de la totalité des citoyens qui désireront bénéficier d'une prise en charge globale et continue, au bénéfice de leur santé, de la santé du réseau et de celle des finances publiques.

Références

1. Pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille. Journal des MF du Canada. Nov 2007
<http://www.cfp.ca/content/53/11/1871>
2. Le courage d'abolir les AMP. Santé inc Juillet 2011
http://www.ajmq.qc.ca/archives/ecrites/textes/2011_07_03.pdf
3. Données 2013 (par 1000 habitants) : 8701 (1,072) médecins de famille au Québec, 12 635 (0,9237) en Ontario; 9738 (1,199) autres médecins au Québec, 14 490 (1,059) en Ontario.
<https://www.ontario.ca/government/progress-report-2014-health-care>
4. Kelman HR, Thomas C. Hospital and ambulatory service use by the urban elderly under different health care delivery systems. *Med Care*. 1988 Aug;26(8):739-49.
5. Starfield B. Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA* 1991;266:2268-71.
6. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL, et al. "Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcome Study". *JAMA* 1992;267:1624-30.
7. Franks P, Fiscella K. "Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience", *J Fam Pract*. 1998;47:105-9.
8. Mark DH, Gottlieb MS, Zellner BB, Chetty VK, Midtling JE. "Medicare costs in urban areas and the supply of primary care physicians". *J Fam Pract* 1996;43:33-9.
9. Engström S, Foldevi M, Borgquist L. "Is general practice effective? A systematic literature review". *Scand J Prim Health Care*. 2001;2:131-44.
10. Spann SJ; Task Force 6 and the Executive Editorial Team. Report on financing the new model of family medicine. *Ann Fam Med*. 2004 Dec 2;2 Suppl 3:S1-21.
11. Starfield et al. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly* Volume 83, Issue 3, pages 457–502, September 2005.
12. Fung et al. Having a family doctor was associated with lower utilization of hospital-based health services. *BMC Health Serv Res*. 2015 Jan 28;15(1):42. doi: 10.1186/s12913-015-0705-7.
13. ICIS 2014, National Health Expenditure Trends, 1975 to 2013, tableau 5,6, B 4.5