

**Le projet de loi 20 : a-t-on pensé à son impact sur
la gestion de nos cliniques médicales?**

Mémoire déposé devant la Commission de la Santé et des Services sociaux

Québec, le 24 février 2015

Introduction

Par la présente, l'Association des cliniques médicales du Québec (ACMQ) souhaite soulever de façon constructive ses inquiétudes face au projet de loi 20, tel que déposé le 28 novembre 2014 à l'Assemblée nationale du Québec, dans le contexte de la réalité des cliniques médicales que l'ACMQ représente.

Bien que ce projet de loi ait des objectifs louables, notamment en ce qui a trait à l'optimisation de l'accessibilité aux médecins de famille pour la population, l'ACMQ est préoccupée par la faisabilité de ce projet de loi par rapport au financement actuel des cliniques médicales.

L'ACMQ supporte le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) dans ses initiatives afin de s'assurer que chaque Québécois ait son médecin de famille, que les médecins (généralistes et spécialistes) soient facilement disponibles pour rendre des services à la population et que la prise en charge de la santé globale des citoyens québécois soit plus efficace. L'ACMQ n'est pas fondamentalement contre ce projet de loi et pense d'ailleurs que plusieurs aspects de celui-ci sont atteignables et réalisables, moyennant, entre autres, une révision du financement des cliniques médicales.

Inscriptions et achalandage

À titre d'exemple, le projet de loi 20 exige qu'un médecin de famille inscrive et prenne en charge 1500 patients avec 80 % de fidélisation faute de quoi, il pourrait être pénalisé avec une diminution de son revenu allant jusqu'à 30 %. Actuellement, la moyenne de patients pris en charge par les médecins de famille du Québec est de loin inférieure à 1500 patients (environ 800 patients) et cette différence est nettement plus marquée quand l'on compare l'inscription des médecins de famille œuvrant dans des établissements publics avec l'inscription des médecins de famille œuvrant dans des cliniques médicales hors établissement.

Puisque l'objectif du projet de loi est d'augmenter l'inscription et la prise en charge des Québécois par la même équipe déjà existante de médecins, il faut s'attendre à ce que cette augmentation d'inscriptions et de prise en charge génère un accroissement très significatif de l'achalandage dans les cliniques médicales puisque c'est essentiellement dans ces milieux que s'exécute ce type de prise en charge.

En effet, actuellement, plus de 80 % des consultations en médecine familiale et plus de 30 % des consultations en médecine spécialisée au Québec sont rendues dans les cliniques médicales. Il est donc clair que cette augmentation d'achalandage, découlant du projet de loi 20, ne se fera pas dans les établissements publics.

Financement

Or, le financement des cliniques médicales du Québec est dans un état extrêmement précaire si bien que l'ACMQ est convaincue que même si le projet de loi, tel que libellé, est adopté, le MSSS devra faire face à une nouvelle réalité que personne n'a soulevée jusqu'à maintenant, c'est-à-dire l'incapacité d'actualiser ce projet de loi, dû à un obstacle majeur relié au sous-financement des cliniques médicales de la province qui ne leur permettrait pas de rendre à la population les services attendus et visés par le projet de loi 20.

La réalité financière des établissements publics n'a rien à voir avec la réalité financière des cliniques médicales hors établissement. Les médecins qui pratiquent dans les établissements publics dans lesquels tout est fourni n'ont pas à se soucier d'embaucher, de former et de gérer

des réceptionnistes, des secrétaires, des infirmières, des archivistes, des informaticiens, etc. Quand ils se présentent au travail, les salles d'examen sont prêtes, les fournitures médicales sont en place et le support clérical et infirmier est directement disponible. Lorsqu'ils retournent chez eux le soir, ces médecins n'ont aucun souci de gestion et peuvent dormir sur leurs deux oreilles. Par contre, les propriétaires de cliniques médicales doivent non seulement prendre soin de leurs patients, mais également travailler durement pour organiser tout cela (sans être rémunérés), et voir aussi au financement de toute l'organisation en s'assurant surtout de ne pas être déficitaires, car contrairement aux établissements publics, le Ministère n'est pas là pour éponger leurs dettes.

Les revenus des cliniques médicales du Québec provient essentiellement de deux sources, soit d'une part, du loyer versé par les médecins à la clinique à partir de leurs revenus professionnels payés par la RAMQ ainsi que, d'autre part, des services « non assurés », « accessoires » ou « administratifs ». Il faut par contre mentionner que plusieurs de nos cliniques, notamment les groupes de médecine familiale (GMF) et les cliniques-réseau, sont partiellement financées pour remplir leur mission respective, mais leur santé financière demeure un défi quotidien pour les gestionnaires et propriétaires

Les revenus de loyer découlant des revenus professionnels de la RAMQ sont de loin sous-évalués et ne correspondent aucunement à la réalité des frais d'exploitation des cliniques médicales. De plus, les coûts d'infrastructures et d'immobilisations ne sont même pas considérés dans les tarifs actuels. Les médecins propriétaires ont investi temps et argent pour bâtir leurs cliniques. Ils n'ont pas hésité à s'engager, à prendre des risques, à s'endetter et à signer des garanties personnelles pour financer leurs infrastructures et leurs équipements. Pourtant, le Ministère est témoin, au quotidien, des coûts faramineux requis pour bâtir et opérer un établissement de santé public. Cependant, en ce qui a trait aux cliniques médicales, on a l'impression que le MSSS ne réalise pas que les coûts d'infrastructures et d'immobilisations sont acquittés par les propriétaires de cliniques médicales et que cela ne se fait pas par magie.

En d'autres mots, les cliniques médicales ne pourraient pas survivre avec les seuls revenus provenant de la RAMQ. Leurs seuls espoirs actuels de survie proviennent justement des revenus générés par les services « non assurés », « accessoires » et « administratifs ». Ces revenus oxygènent leurs situations financières et leur permettent de se développer, de grandir, d'engager du personnel, d'acheter de nouveaux équipements, de rénover leur parc technologique et de s'informatiser convenablement, le tout, afin d'offrir un plus grand accès aux services de première ligne tout en assurant la qualité des soins.

Frais accessoires et frais de fonctionnement

Le Ministère connaît très bien la situation du sous-financement chronique des cliniques médicales. D'ailleurs, en 2007, le MSSS avait mis sur pied un comité d'experts présidé par M. Jean-Pierre Chicoine pour analyser l'augmentation des frais facturés aux patients par les cliniques médicales ou leurs médecins. Le rapport Chicoine, dont le comité était composé entre autres du MSSS, de la RAMQ, du Collège des médecins, de la FMOQ et de la FMSQ, avait sonné l'alarme, à l'époque, sur l'état extrêmement précaire du financement des cliniques. Ce rapport dénonçait le fait que sans les revenus des frais non assurés, accessoires et administratifs, les cliniques médicales ne pouvaient pas survivre et étaient vouées à disparaître. Ce rapport recommandait que le MSSS agisse de toute urgence pour réviser à la hausse le support financier aux cliniques et ainsi préserver leur avenir et éviter l'érosion des soins et services. À ce jour, rien n'a été fait...

Paradoxalement, et de façon incompréhensible, le Collège des médecins du Québec, qui a siégé sur le comité du Rapport Chicoine, a modifié son Code de déontologie le 7 janvier dernier en interdisant aux médecins de recevoir un avantage financier dans ce qu'ils prescrivent comme tests, médicaments ou appareils, à l'exception de leurs honoraires, en plus de leur interdire de facturer

des montants pour des « frais accessoires » au-delà du prix coûtant. Bien que le nouveau Code de déontologie soit déjà en vigueur, ces modifications ci-haut mentionnées ne seront effectives qu'à compter du 7 juillet 2015.

Autrement dit, les médecins propriétaires de cliniques ne pourront plus subventionner le manque de financement de leurs cliniques avec des services «non assurés», «accessoires» ou «administratifs». Conséquemment, tel que le concluait M. Chicoine, la survie de ces milieux de pratique est vouée, ni plus ni moins, à l'échec.

Par ailleurs, les médias exploitent la confusion qui règne dans la controverse des services médicaux couverts par le régime public et les frais accessoires en pointant du doigt, de façon répétitive, les cliniques médicales et les médecins qui y œuvrent par rapport aux frais facturés aux patients sans toutefois les contextualiser avec le reste des revenus générés par les services déficitaires offerts dans ces cliniques. Ces médecins et ces cliniques, qui sont sur la ligne de front et qui rendent des services essentiels à la population, se font reprocher, injustement, de facturer légalement des montants d'argent aux patients et passent pour des exploiters et des profiteurs du système aux yeux de la population. Cependant, personne ne parle du sous-financement des cliniques, tout le monde fait la sourde oreille et s'en lave les mains!

Qui absorbera cette augmentation d'achalandage et de visites générée par le projet de loi 20 si l'avenir des cliniques médicales est en danger? Qui assurera la relève des cliniques médicales qui disparaîtront? Où la population ira-t-elle consulter?

Autres impacts

Mis à part l'augmentation de l'achalandage engendrée par le projet de loi 20, d'autres situations viennent alourdir le fardeau imposé aux cliniques médicales telles que, par exemple, le transfert des services ambulatoires des hôpitaux vers les cliniques médicales. En effet, plusieurs hôpitaux ont déjà emboîté le pas pour se concentrer sur leur mission principale en se départissant des services ambulatoires actuellement rendus dans leurs établissements. Ces services aboutiront inévitablement dans les cliniques médicales sans pour autant que le financement de ces services suivent. Comment les cliniques médicales pourront-elles livrer les services attendus si un financement raisonnable n'est pas prévu et si on les empêche de facturer les patients adéquatement?

De plus, devant le vieillissement incontestable de la population, les démarches du MSSS avec les fermetures progressives de plusieurs lits en soins de longue durée ont pour objectif de garder le plus longtemps possible les personnes âgées à leur domicile. Où pensez-vous que ces personnes consulteront lorsqu'elles seront malades? Plus âgées et plus malades, elles consulteront les médecins principalement dans les cliniques médicales. Qui financera ce nouvel achalandage dans les cliniques médicales?

L'ACMQ s'inquiète également de l'impact du projet de loi 20 sur le corps médical déjà existant dans les cliniques. En effet, plusieurs de leurs médecins sont à l'âge de la pré-retraite. Ces médecins qui prévoyaient réduire progressivement leur pratique seront confrontés à une pénalité de 30 % avec le projet de loi 20, ce qui pourrait précipiter leur décision à prendre leur retraite. Notons aussi que ces médecins pratiquent souvent dans de petits cabinets médicaux. Ainsi, leur contribution tant appréciée de la clientèle pourrait disparaître à court terme, faisant en sorte que les cliniques ne pourraient pas rendre les services attendus. De plus, le phénomène de la féminisation de la pratique qui s'est accéléré au cours des 20 dernières années, plus particulièrement en médecine familiale, fait en sorte que le corps médical actuel des cliniques médicales est composé en bonne partie de médecins femmes qui doivent concilier un équilibre travail-famille. Le projet de loi 20 pénalisera ces femmes médecins de 30 %, ce qui aura un impact sur le loyer, déjà minime et insuffisant, que ces médecins paient aux cliniques.

Finalement, pour que les médecins de famille prennent en charge plus de patients, ils auront besoin du support d'une équipe multidisciplinaire et de plus de personnel, surtout lorsqu'on parle de prise en charge de patients plus « lourds » souffrant de maladies chroniques. Qui financera ce personnel additionnel et les infrastructures nécessaires pour les abriter et les rendre fonctionnels et performants.

Conclusion

L'ACMQ croit que le projet de loi 20 mérite d'être sérieusement considéré, car le statu quo ne peut plus durer. Le problème d'accessibilité aux services de première et de deuxième ligne doit être réglé. Les cliniques médicales n'ont pas peur de la notion d'engagement, d'imputabilité et de productivité soulevée par ce projet de loi, car ces milieux sont déjà réputés pour leur productivité et leur efficacité. Cependant, l'ACMQ souhaite émettre certaines recommandations.

Il serait souhaitable que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec :

- pondère la « lourdeur » médicale des patients dans le calcul des patients considérés inscrits auprès d'un médecin, en ce sens qu'un patient souffrant de multiples maladies chroniques requiert beaucoup plus d'attention qu'un patient relativement en bonne santé;
- prévoit une charge de travail compatible à la réalité avec un équilibre sain pour la conciliation travail-famille;
- prévoit une charge de travail adéquate pour les médecins plus âgés en pré-retraite qui souhaitent continuer de pratiquer tout en réduisant progressivement leurs heures de travail, car nous ne pouvons pas nous permettre de perdre leur contribution encore essentielle et appréciée de la population;
- révisé complètement le financement des cliniques médicales pour s'assurer qu'elles puissent non seulement survivre, mais également se développer pour ainsi répondre aux besoins découlant, entre autres, du projet de loi 20.
- prévoit un financement additionnel payé aux cliniques pour du personnel supplémentaire dans les cliniques médicales (secrétaires, techniciens, infirmières, psychologues, diététistes, etc.) et les infrastructures nécessaires pour aider les médecins à prendre en charge plus de patients dans une approche multidisciplinaire, plus particulièrement en ce qui a trait au suivi des maladies chroniques.

Rappelons que l'Association des cliniques médicales du Québec (ACMQ) regroupe les cliniques médicales du Québec. Elle a pour objectifs notamment de regrouper les propriétaires de cliniques médicales, de promouvoir leurs intérêts tout en assurant à la population un accès à des services de santé de première ligne de qualité et de mettre de l'avant le rôle majeur que jouent les cliniques et comme indicateur de l'accessibilité aux soins de santé.

Le comité exécutif de l'ACMQ