



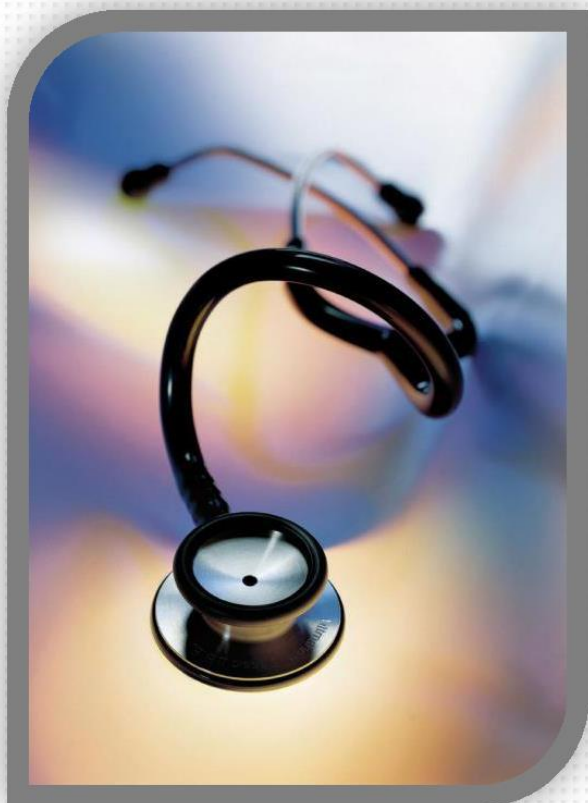
Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

CSSS - 045M
C.P. - P.L. 20
Accès services
de médecine

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

Concernant le projet de loi n° 20

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



Mars 2015

Table des matières

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.....	3
Résumé du mémoire	4
Introduction.....	5
PARTIE I	7
LE CARACTÈRE INACCEPTABLE DU PROJET DE LOI N° 20	7
1. L'encadrement totalitaire de la pratique médicale.....	8
2. L'arbitraire réglementaire et les pouvoirs du ministre.....	10
3. La négation du droit à la négociation	11
4. La coercition	12
5. Le travail à la chaîne et les normes d'exercice de la médecine.....	14
6. L'enseignement de la médecine de famille, la formation des médecins et les médecins omnipraticiennes	15
6.1 L'enseignement de la médecine de famille	15
6.2 La formation des médecins	16
6.3 Les médecins omnipraticiennes	17
7. Le mépris envers la FMOQ et la liberté d'association.....	17
8. Conclusion de la première partie	19
PARTIE II	20
UN ENGAGEMENT POUR L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE	20
1. Le contexte	21
2. Les cibles.....	21
3. Les principes directeurs.....	22
4. Les moyens	22
4.1 Les activités médicales particulières	22
4.2 L'inscription de la clientèle.....	24
a) Objectif	24
b) L'inscription au Québec.....	24
c) Caractéristiques de la clientèle à inscrire.....	24
d) Bilan de la dernière année	24
e) Opération prise en charge	25
5. L'accessibilité à son médecin de famille	26
6. L'accessibilité à un médecin de famille	27
7. Conclusion de la deuxième partie	27

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Constituée en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels*, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) regroupe 19 associations affiliées et représente les 8 800 médecins omnipraticiens exerçant leur profession dans toutes les régions du Québec.

Depuis plus de 50 ans, la FMOQ propose, entreprend et poursuit, seule ou en partenariat avec les principaux acteurs issus du monde de la santé, de nombreux travaux liés à l'exercice de la médecine, à la participation des médecins omnipraticiens au régime public d'assurance maladie du Québec, à l'organisation des soins de santé et à la place que doivent occuper ses membres sur l'échiquier des services de santé au Québec.

La Fédération contribue sans relâche à faire du système de santé québécois un réseau certes toujours plus fiable, efficace et performant, mais un réseau d'abord et avant tout centré sur la personne.

La FMOQ remercie les membres de la Commission de lui permettre de prendre part à l'étude du projet de loi n° 20 : *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée*.

Résumé du mémoire

La FMOQ reconnaît l'importance d'améliorer les conditions d'accès aux services médicaux de première ligne. Elle est la première à vouloir résoudre les problèmes qui se rattachent à l'atteinte de cet objectif.

La FMOQ juge cependant que la réalisation de cet objectif ne peut passer par le projet de loi n° 20. Ce projet législatif est, tant pour elle-même que pour ses membres, tout simplement irrecevable. Le projet de loi n° 20 n'améliorera d'aucune façon les choses qu'il tient à corriger. Il les aggravera!

Les médecins omnipraticiens rejettent l'approche oppressive et arbitraire du ministre de la Santé et des Services sociaux. La résolution des questions relatives à l'accessibilité des services médicaux de première ligne ne peut être envisagée dans une dynamique motivée par l'absence de négociations, l'autoritarisme, les pénalités et la négation des normes propres à l'exercice de la médecine.

Le gouvernement du Québec est l'artisan des problèmes d'accès qui nuisent aux services médicaux de première ligne. Depuis plus de deux décennies, il n'a cessé de diriger les médecins omnipraticiens par la contrainte et les sanctions vers les établissements de son réseau, forçant ainsi des milliers d'entre eux à mettre de côté, en tout ou en partie, la prise en charge et le suivi des patients en première ligne.

La Fédération n'accepte pas que le gouvernement, avant même d'avoir discuté avec elle des solutions pouvant mener à un meilleur accès médical, en vienne maintenant, de manière intempestive, à vouloir corriger près de 25 ans de mauvaises décisions en usant d'intimidation. Le projet de loi n° 20 foule aux pieds tout processus de négociation.

La FMOQ n'accepte pas les tactiques gouvernementales de désinformation visant à faire porter l'odieux des problèmes d'accessibilité aux médecins. La FMOQ a elle-même, depuis plusieurs années maintenant, travaillé sans relâche afin de revaloriser ce type de pratique. Combien de fois se sera-t-elle butée à l'obstination du ministère de la Santé à l'égard de la priorisation des activités médicales ?

La Fédération demande au gouvernement de renoncer à l'abus de pouvoir. Elle exige le retrait du projet de loi n° 20. Elle l'invite à s'asseoir avec elle afin de négocier le changement et de choisir de mettre en œuvre des solutions constructives. Une voie beaucoup plus avantageuse pour tous les Québécois.

Introduction

Pour la FMOQ, les problèmes d'accessibilité aux services médicaux de première ligne au Québec sont bien réels. Ils ont pour origine différents facteurs et ne peuvent être imputés uniquement aux médecins.

Comme elle l'a déjà mentionné à plusieurs reprises ces dernières années, la FMOQ est prête à vouloir régler cette question de façon satisfaisante pour tous les Québécois.

Dans cette foulée, elle rappelle que deux ans à peine se sont écoulés depuis qu'elle a déposé publiquement au gouvernement un important plan¹ de redressement à ce sujet. Malheureusement, ce plan sera resté lettre morte.

Aujourd'hui, deux ans plus tard, le gouvernement annonce soudainement qu'il veut s'attaquer de manière expéditive au problème d'accès qu'éprouvent les Québécois en matière de soins médicaux généraux.

Dans ce contexte, une grande campagne de désinformation est lancée : les médecins omnipraticiens sont responsables des déficiences dans le fonctionnement du réseau public de première ligne. Un remède est avancé : le projet de loi n° 20.

La Fédération et ses membres jugent insultant et indigne d'un gouvernement responsable le fait de tenir de tels propos et d'user d'une telle stratégie.

Elle estime déshonorant de travestir des chiffres et des statistiques pour appuyer de faux discours et de présenter, dans cet esprit, un projet de loi aussi inique qu'inutile.

La FMOQ rejette ce projet de loi.

Elle conteste la légitimité et la légalité de la voie qu'a choisie le gouvernement dans le but d'améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne.

La participation des médecins au régime public d'assurance maladie doit être encadrée par un processus de négociation équitable, et ce, dans le respect des parties négociantes et dans le respect des normes d'exercice de la médecine.

Le gouvernement commet une grave erreur s'il croit pouvoir unilatéralement régler la question de l'accessibilité aux services médicaux de première ligne, en induisant la population en erreur et en remplaçant le droit à la négociation par un système absolutiste fondé sur la sujétion, le mépris et les pénalités.

¹ Rapport du groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de première ligne, FMOQ, 2013

L'adhésion des médecins est une condition *sine qua non* à tout changement envisagé dans l'organisation des services médicaux que rendent les médecins omnipraticiens.

Dans les pages qui suivent, la FMOQ exposera d'abord les principales raisons pour lesquelles le projet de loi est inacceptable et voué à l'échec.

Elle traitera notamment du caractère illégal des pouvoirs que le ministre se donne pour parvenir à ses fins, de son ingérence dans la pratique des médecins et du désir de nier à un médecin actif au sein de la FMOQ, le droit de diriger un département régional de médecine générale (DRMG).

En deuxième partie, la Fédération abordera les voies de solutions qui permettraient d'atteindre les objectifs d'accessibilité que tous souhaitent voir se réaliser.

Pour la FMOQ, le projet de loi n° 20 met en péril non seulement la qualité et la dispensation des soins médicaux généraux au Québec, mais également l'avenir de la médecine de famille.

PARTIE I

LE CARACTÈRE INACCEPTABLE DU PROJET DE LOI N° 20

1. L'encadrement totalitaire de la pratique médicale

Alors que les activités médicales particulières (AMP) encadrent aujourd'hui en partie la pratique des médecins, les nouvelles mesures que propose le gouvernement viendront circonscrire, quant à elles, l'ensemble de la carrière d'un médecin et également l'exercice de la médecine au Québec. En effet, le cumul de toutes les nouvelles obligations qui devront être effectuées sous peine de sanctions, à la fois en établissement et hors établissement, enfermera totalement les médecins dans un cadre à ce point rigide, qu'il brisera toute autonomie professionnelle.

Un tel niveau de contrôle amènera davantage d'effets indésirables que favorables.

Rappelons que les AMP ont été introduites dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) par le gouvernement en 1991 afin de contraindre les médecins omnipraticiens, sous peine de sanctions financières, à assurer un minimum de services en établissement.

Au fil du temps et malgré les avertissements répétés de la FMOQ, les AMP seront devenues l'une des principales causes de l'effritement des effectifs médicaux en première ligne médicale. En effet, en classant la prise en charge et le suivi des patients en première ligne à la dernière place des activités reconnues en matière d'AMP et en choisissant de ne pénaliser que la seule rémunération tirée d'activités en cabinet pour les médecins non conformes, le gouvernement aura porté un dur coup à la bonne santé du réseau de soins de première ligne au Québec.

De surcroît, alors qu'elles s'appliquaient au départ pendant 10 ans, le gouvernement, en 2002, en resserrait les règles et en augmentait l'application à la pratique d'un médecin pendant 20 ans.

La formule des AMP a à ce point drainé les médecins omnipraticiens vers les établissements ces 25 dernières années que l'accès à un médecin en est aujourd'hui rendu au stade de fragilisation que l'on connaît. Cette situation est unique au Canada. Malgré une proportion plus grande de médecins spécialistes au Québec que dans n'importe quelle autre province, les omnipraticiens québécois sont les plus nombreux à pratiquer en deuxième ligne.

Voilà près de 10 ans que la FMOQ a sonné l'alarme. Elle a tâché de revaloriser la première ligne et a alerté le gouvernement sur les problèmes d'accès qui allaient grandissants. La Fédération a été proactive. À bien des égards, elle a permis de sauver les meubles, notamment en arrachant au gouvernement en 2011, après bien des écueils, une AMP dite « mixte », c'est-à-dire combinant pour partie des activités en établissement et pour partie des activités de première ligne. La mise en œuvre en reste malheureusement encore difficile aujourd'hui. Plusieurs obstacles se dressent toujours puisque les nouveaux médecins sont encore dirigés massivement vers les établissements.

En 2015, il est temps de redonner à la prise en charge des patients et à l'accès aux services de première ligne la place qui leur revient dans les priorités de la population québécoise. Pour la FMOQ, ces activités doivent devenir prioritaires par rapport à d'autres activités actuellement reconnues.

Tant que cette place restera à son niveau actuel de considération, au bas de l'échelle, les établissements continueront de s'approprier en priorité la main-d'œuvre médicale.

Le projet de loi n° 20 ne corrige d'aucune manière cette situation. En effet, il maintient le même régime et les mêmes effets pervers. Les médecins devront maintenir le même rythme en établissement, tout en devant assumer de nouvelles obligations inconnues à ce jour.

Bien sûr, d'autres facteurs ont contribué à influencer l'offre de services au fil des ans. Citons notamment :

- les mises à la retraite des années 1996-1998 (essentiellement des médecins ayant d'importantes activités de prise en charge) ;
- le rôle de consultant des médecins de certaines autres spécialités qui ne contribuent pas à la prise en charge des patients en deuxième ligne ;
- la dérivation vers les établissements des places disponibles aux plans régionaux des effectifs médicaux (PREM) réservées aux jeunes médecins.

Dans la mesure de ce qui précède, la FMOQ n'accepte pas aujourd'hui que le gouvernement, par le biais de son projet de loi, veuille faire des médecins omnipraticiens les boucs émissaires de sa propre incurie en matière d'organisation des services médicaux généraux.

2. L'arbitraire réglementaire et les pouvoirs du ministre

Le projet de loi n° 20 est fondé sur l'arbitraire. Malgré ce que peut laisser miroiter publiquement le ministre de la Santé, tout processus de négociation sera dorénavant réduit à néant.

L'encadrement réglementaire sera absolu.

L'article 3 oblige tout médecin omnipraticien soumis à une entente, dans la mesure prévue **par règlement** :

1. à assurer le suivi médical d'une clientèle constituée d'un nombre minimal de patients ;
2. à accomplir un nombre minimal d'heures d'activités dans certains secteurs déterminés, en établissement.

De manière plus particulière, **le règlement** viendra notamment circonscrire :

- les modalités de suivi de la clientèle ;
- le nombre minimal de patients devant être suivis ;
- le nombre minimal d'heures d'activités médicales devant être exercées ;
- les règles particulières applicables lorsqu'un médecin souhaite exercer des activités médicales dans plus d'une région ;
- les règles d'exemptions ;
- les règles de contrôle visant à vérifier le comportement d'un médecin ;
- les règles applicables aux pénalités financières ;
- toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations.

Rarement aura-t-on vu un règlement plus fort que sa loi constituante.

De simples directives sont même prévues. En effet, l'article 4 prescrit que le ministre fera connaître aux agences, **par directive**, les règles qu'elles devront suivre pour établir les activités médicales disponibles.

L'article 13, pour sa part, prévoit, dans les cas et aux conditions prévus **par règlement**, qu'un médecin pourra demander d'être exempté des obligations qui lui incombent. De manière exceptionnelle, l'agence ou le directeur général d'un établissement pourra même, dans un cas qui **n'est pas prévu par règlement**, exempter temporairement un médecin.

L'article 14 stipule que la vérification du respect des obligations qui incombent à un médecin par les fonctionnaires du gouvernement, s'effectuera selon les règles prévues **par règlement**.

L'article 19 du projet de loi édicte que la rémunération qui doit être versée à un médecin qui a été déclaré en défaut, est réduite **conformément au règlement**.

Comble de l'abus de pouvoir, **le ministre peut même se passer de règlement**.

En effet, les articles 39 et 41 du projet de loi stipulent :

- que le ministre pourra de son propre chef apporter unilatéralement des modifications aux conditions et aux modalités de rémunération applicables aux médecins lorsqu'il estime que celles-ci permettraient d'améliorer l'accès aux services ;
- que de telles modifications ne seront pas assujetties aux procédures usuelles d'adoption fixées par la *Loi sur les règlements* ;
- que le projet de loi, ses règlements et les directives du ministre auront préséance sur toute entente déjà conclue entre les parties négociantes.

La FMOQ estime que cette approche est démesurée et illégale.

3. La négation du droit à la négociation

La FMOQ ne peut pas envisager mettre en œuvre un plan d'organisation des soins de première ligne dans l'improvisation, sans que les médecins ne participent, dès le départ, à son élaboration et aux modalités de son implantation.

La Fédération ne peut accepter de voir les conditions d'exercice de la médecine de famille au Québec en être réduites aux diktats abstraits d'une loi, de ses règlements et des directives personnelles du ministre.

L'essentiel du projet de loi n° 20 repose sur l'arbitraire réglementaire du gouvernement. Ces règlements ne seront soumis, sauf en façade, à aucun processus de consultation ni à aucun processus de négociation.

La manière de faire du gouvernement évacue toute approche professionnelle pour ne se fonder que sur une approche comptable et technocratique.

On peut d'ores et déjà imaginer la complexité des mesures de contrôle qu'il faudra développer pour procéder à la gestion des quotas, ne serait-ce qu'au niveau informatique.

Cette situation constitue une entrave substantielle au processus normal de négociation et à la bonne foi qui doit, au niveau légal, la caractériser.

Le projet de loi n° 20 encadre les conditions de travail des médecins omnipraticiens, mais les modalités d'application du projet de loi sont inconnues à ce jour. Il impose ces conditions sans aucune discussion préalable, allant même jusqu'à s'immiscer dans la pratique de la médecine, voire dans les obligations déontologiques.

Selon ce que déclare le ministre de la Santé, la FMOQ, malgré le projet de loi n° 20, devrait avoir confiance en lui et convenir de sa bonne foi dans le processus de réorganisation qu'il a entrepris ces derniers mois. La FMOQ répond par la négative et refuse de l'accompagner dans ses projets législatifs alors qu'elle n'est même pas partie prenante aux discussions. Qui plus est, ce projet de loi va jusqu'à annuler rétroactivement, s'il est accepté, des ententes déjà convenues entre les parties.

La FMOQ ne croit pas que le ministre de la Santé ait la science infuse et le savoir inné en matière de soins de première ligne. Elle l'invite plutôt à avoir avec elle un vrai dialogue sur ces questions. Ce sera beaucoup plus profitable pour la société québécoise.

Le projet de loi n° 20 constitue une entrave majeure au droit à une négociation juste et équitable des conditions d'exercice des médecins omnipraticiens. Il ouvrira sans aucun doute la porte à d'importantes contestations judiciaires.

4. La coercition

Comme plusieurs l'ont signalé avec justesse, le projet de loi n° 20 s'articule autour d'une dynamique de mesures coercitives qui n'ont jusqu'à ce jour jamais réussi, dans le domaine de la santé, à régler les problèmes pour lesquels le gouvernement les avait imposées. Pour la FMOQ, il faut se défaire de cette culture, celle-là même qui aura miné, année après année, la solidité du réseau de première ligne.

Il y a longtemps que la FMOQ a fait ces constats et qu'elle invite le gouvernement à délaisser ce type d'approche improductive.

Les mesures coercitives n'ont toujours eu que des résultats délétères auprès des médecins. Implantées dans le but d'améliorer l'organisation et la dispensation des soins, elles n'auront toujours eu pour effet que de créer de nouvelles difficultés. L'imposition des plafonds trimestriels de revenus en cabinet et les AMP illustrent bien le phénomène.

Les mesures coercitives et les pénalités placent les médecins sur la défensive et ne les incitent d'aucune manière à donner davantage d'eux-mêmes et à diversifier leurs activités. Elles sont dépourvues de toute souplesse. Elles ne suscitent pas l'engagement des médecins. Bien au contraire, elles confinent plutôt au désengagement.

Le gouvernement n'ira nulle part dans sa réforme en usant d'intimidation. Il doit faire en sorte que les médecins supportent le changement et en conviennent avec lui.

La colère des médecins omnipraticiens est grande. Le gouvernement sous-estime actuellement l'ampleur de l'exaspération et de la grogne qui déferle dans tous les milieux où les médecins exercent leur profession. Plus de 3000 médecins se sont mobilisés les 17 et 18 décembre 2014 à Montréal et à Québec pour manifester leur opposition au projet de loi n° 20. Il y a là un indicateur éloquent du taux d'insatisfaction envers l'approche du ministre de la Santé.

Le gouvernement ne devrait pas sous-estimer l'important risque de déstabilisation du réseau que constitue le projet de loi n° 20.

De nombreux médecins en fin de carrière et qui suivent une importante clientèle en première ligne, ont déjà manifesté leur désenchantement à l'endroit de la manière d'agir du gouvernement. Plusieurs ont laissé savoir qu'ils pourraient prendre une retraite prématurée dans les circonstances. Malheureusement, on peut les comprendre.

Dans l'ouest du Québec, endroit affecté par une importante pénurie d'effectifs de médecins de famille, l'ajout de mesures coercitives ne fera possiblement qu'ajouter à cette pénurie.

En raison du mauvais choix que constitue le projet de loi n° 20, l'atmosphère de confrontation, les mesures de coercition et la culture de pénalité seront portées à un degré jamais vu au Québec. Il est certain que l'approche gouvernementale incitera plusieurs médecins à envisager un déménagement total ou partiel à l'extérieur du Québec.

La FMOQ presse le gouvernement de changer rapidement sa façon de faire irresponsable et de favoriser une approche où l'atteinte d'un objectif réalisable sera issue du consensus. Elle lui demande de choisir la voie du dialogue et de la collaboration afin de régler à long terme les problèmes liés à l'organisation des services médicaux primaires, dont ceux se rattachant à l'accessibilité des services. Une formule qui procure des avantages pour tous, patients et médecins.

5. Le travail à la chaîne et les normes d'exercice de la médecine

Dans la première partie du projet de loi n° 20, le gouvernement énonce que sa loi vise à optimiser l'utilisation des ressources médicales dans le but d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille.

La FMOQ croit plutôt que l'imposition d'un nombre minimal de patients, voire d'un volume quotidien minimal, est une menace directe à la qualité des soins. Elle transforme la médecine de famille en médecine à la chaîne. Le projet de loi n° 20 assujettit les médecins et leurs patients à la technocratie.

Le ministre de la Santé ne semble pas comprendre que la médecine de famille ne se résume pas à une série de gestes techniques.

On ne peut pas considérer la médecine de famille sous l'angle d'un travail à la chaîne dans un optimum unidimensionnel et déshumanisé de production. Ce serait en nier l'essence : la relation médecin - patient et la qualité qui doit caractériser celle-ci. La pratique de la médecine est complexe et présente de multiples aspects. Elle est encadrée par des guides d'exercice et des lignes directrices de plus en plus volumineux, publiés par le Collège des médecins du Québec et d'autres organisations médicales.

Dans cette même foulée, que feront les médecins des politiques de santé issues des orientations gouvernementales et décrites dans les différents programmes diffusés partout au Québec ? Pour n'en nommer qu'un seul, qu'advient-il des programmes de santé mentale, jeunesse et adulte, dans un univers médical désormais régi par les quotas ?

S'il n'en tient qu'au ministre de la Santé, le projet de loi n° 20 produira de belles statistiques. Mais qu'en sera-t-il des résultats cependant ? Comment un médecin pourra-t-il concilier les normes de pratique et l'intérêt de ses patients avec les cibles gouvernementales qui s'appliqueront à lui en matière de nombre minimal de patients ?

Le Code de déontologie des médecins contient plusieurs obligations inconciliables avec les visées législatives du gouvernement :

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

La formule mise de l'avant par le projet de loi ne peut s'appliquer à la médecine.

Aux yeux des médecins, ce projet de loi, d'un strict point de vue médical, est incohérent et ne fait aucun sens. Il coïncera assurément ces derniers en les confrontant jour après jour aux prescriptions contraires que leur dictent de suivre les guides des bonnes pratiques médicales et leur code de déontologie.

Le projet de loi n° 20 met à risque la qualité de l'exercice médical.

6. L'enseignement de la médecine de famille, la formation des médecins et les médecins omnipraticiennes

6.1 L'enseignement de la médecine de famille

Il est illusoire de croire que l'enseignement de la médecine de famille ne puisse être affecté par le projet de loi n° 20.

En effet, plusieurs des spécialistes de la question soulèvent déjà que les médecins omnipraticiens enseignants pourront difficilement concilier leurs tâches pédagogiques et le suivi imposé d'un quota minimal de patients.

Le projet de loi met en péril la vocation de ces médecins dont plusieurs choisiront sans doute de délaisser leur rôle d'enseignant. Il est certain que les programmes de formation en résidence familiale souffriront grandement des effets du projet de loi n° 20.

Quel médecin voudra, à l'avenir, investir temps et énergie dans une activité qui, au bout du compte, pourrait ne lui apporter qu'une importante pénalité financière ? Cette menace est réelle et elle doit être dénoncée.

Ces dernières années, la FMOQ a été au cœur d'une importante revalorisation de la médecine de famille auprès des jeunes. Tous ces efforts sont actuellement mis en péril par le gouvernement.

La Fédération juge que le projet de loi n° 20 mine gravement l'avenir des soins de première ligne au Québec en donnant une image négative de la médecine de famille et en la reléguant à un choix de carrière de deuxième ordre, peu stimulante.

Le projet de loi n° 20 freinera durablement l'intérêt des étudiants en médecine de choisir le programme de médecine de famille.

6.2 La formation des médecins

Dans une autre perspective, tout aussi importante, le projet de loi n° 20 impose à des médecins n'ayant jamais fait de prise en charge et de suivi en première ligne, l'obligation soudaine d'en faire sous peine de sanctions, et ce, sans nécessairement être à jour dans leurs connaissances médicales.

Selon les normes actuelles du Collège des médecins du Québec, ce dernier devrait obliger de tels médecins à suivre des cours de perfectionnement ou à se soumettre à des stages s'ils veulent exercer dans un domaine de pratique nouveau pour eux.

D'après le Collège des médecins, la prise en charge et le suivi de patients en première ligne constituent en soi un secteur spécifique d'activités.

Ce type de pratique ne s'improvise pas.

Le projet de loi n° 20 est incompatible avec les normes d'exercice émises par le Collège des médecins.

6.3 Les médecins omnipraticiennes

Les femmes sont désormais plus nombreuses que les hommes en médecine de famille.

Elles représentaient 46 % des médecins omnipraticiens en 2007, 49 % en 2011 et 52 % en 2013.

Aujourd'hui, 77 % de l'effectif des médecins omnipraticiens âgés de moins de 35 ans est constitué de femmes.

La féminisation se poursuivra ces prochaines années.

Pour la FMOQ, il est clair que les premiers médecins victimes des sanctions financières imaginées par le ministre de la Santé en matière de non-respect des obligations, seront des femmes. En raison des congés de maternité que plusieurs d'entre elles doivent prendre, tout comme les impératifs liés à la conciliation travail-famille, valeur d'importance dans le Québec contemporain, elles seront dès le départ défavorisées par rapport à leurs homologues masculins dans l'atteinte des cibles fixées unilatéralement par le ministre.

Une telle discrimination est inacceptable et méprisante envers les omnipraticiennes.

Les omnipraticiennes québécoises peuvent être fières de ce qu'elles sont. Elles peuvent être fières du travail qu'elles accomplissent chaque jour dans nos différents milieux de soins. Elles peuvent être fières de leur rigueur professionnelle. Elles peuvent être fières des accomplissements remarquables qu'elles ont réalisés sur le plan individuel et de leur apport marquant à l'avancement de toute la société québécoise.

Le projet de loi de n° 20 est une attaque en règle contre la condition féminine.

7. Le mépris envers la FMOQ et la liberté d'association

La FMOQ dénonce et rejette le mépris ouvertement affiché du projet de loi n° 20 envers elle et envers les dirigeants du DRMG.

Rappelons brièvement que le DRMG est composé de tous les médecins omnipraticiens d'une région qui exercent dans le cadre du régime public.

Son comité de direction est composé de médecins soit élus, soit nommés, dans les deux cas par leurs pairs. Le chef est choisi parmi les médecins du comité de direction et nommé par ces derniers.

L'article 36 du projet de loi n° 20 vient changer les choses. Dorénavant, le chef sera nommé par l'agence de la santé et il sera interdit au chef du DRMG d'occuper une quelconque fonction au sein de la FMOQ ou au sein de l'une de ses associations affiliées.

Cette disposition du projet de loi constitue une attaque sournoise et totalement gratuite envers ceux et celles qui auront fait le choix personnel d'investir leur temps et leurs énergies au sein d'une organisation médicale ayant la médecine de famille au centre de ses préoccupations. Ce coup de force du gouvernement se révèle être, en fait, une attaque pernicieuse et inacceptable envers la plus importante organisation de médecins omnipraticiens québécois.

Il apparaît évident que l'article 36 du projet de loi viole le droit à l'égalité. La FMOQ ne tolérera pas une telle discrimination. Aucune raison ne justifie de nier à un médecin actif au sein de la Fédération ou au sein de l'une de ses associations, le droit de vouloir devenir le chef du DRMG de son territoire.

La Fédération ne peut pas comprendre :

- pourquoi les médecins membres du comité de direction du DRMG ne devraient plus choisir eux-mêmes leur chef ;
- pourquoi un DRMG devrait se priver de l'expérience du meilleur médecin disponible sous prétexte, si tel était le cas, que celui-ci est engagé au sein d'une organisation vouée à la promotion de la médecine de famille.

La FMOQ voit dans cette particularité du projet de loi n° 20, encore une fois, un élément de discrimination qui ne résiste pas de manière manifeste au test des chartes des droits et libertés de la personne en vigueur au Québec.

8. Conclusion de la première partie

La FMOQ réitère que le projet de loi n° 20 n'est pas une solution pour régler un problème admis de tous.

L'aversion des médecins envers l'approche retenue par le gouvernement du Québec est absolue.

La FMOQ demeure toutefois constructive.

Comme elle l'a mentionné à plusieurs reprises, il lui tient à cœur de résoudre les problèmes d'accès qu'éprouvent actuellement trop de patients.

Dans cette mesure, elle invite les parlementaires à prendre connaissance de la proposition qu'elle présente dans la partie II du présent mémoire.

Une proposition réalisable qui permettra d'atteindre l'objectif.

PARTIE II

UN ENGAGEMENT POUR L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

1. Le contexte

L'accès aux services de médecine de famille en première ligne fait défaut au Québec. Tous le reconnaissent, incluant la FMOQ.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec avait d'ailleurs mis sur pied un plan d'action en 2013 pour améliorer la situation. Malheureusement, ce plan a eu peu d'écoute et a été victime des aléas politiques.

L'arrivée au pouvoir du nouveau gouvernement a remis l'accès au cœur des priorités en santé, et la FMOQ a répondu présente dès la première sollicitation.

Le récent dépôt du projet de loi n° 20 est cependant venu brouiller les cartes. Bien qu'étant d'accord avec son objectif, la FMOQ s'inscrit totalement en faux contre les moyens pour y arriver et plaide en faveur d'une autre solution.

C'est dans cette voie que cet engagement est présenté au gouvernement, engagement qui se veut une proposition formelle pour améliorer l'accessibilité aux services de médecine de famille, et ce, sans coût supplémentaire pour l'État québécois.

Nous croyons fortement que le Québec sortira grand gagnant d'une solution qui aura reçu l'aval des omnipraticiens, plutôt que de s'enliser dans un affrontement sans précédent.

2. Les cibles

La proposition vise l'atteinte de trois objectifs :

1. avoir son médecin de famille et y avoir accès ;
2. avoir accès à un médecin de famille ;
3. promouvoir et encourager le travail en cabinet (pour les fins du présent engagement, le terme cabinet inclut tous les milieux de dispensation de soins en première ligne).

3. Les principes directeurs

Notre engagement pour l'accessibilité est encadré par certains principes directeurs, lesquels constituent le fondement de notre proposition :

- nous misons sur une approche incitative et collaborative plutôt que coercitive. Une telle approche favorisera l'engagement des médecins de famille ;
- le statu quo n'est plus une option et collectivement les médecins doivent contribuer à une meilleure accessibilité ;
- l'inscription générale des Québécois auprès d'un médecin doit atteindre un taux de 80 % de la population ;
- les membres des comités de direction des DRMG sont des acteurs incontournables au sein du réseau pour assurer la mise en œuvre de la solution ;
- les médecins d'établissement dont le profil ne permet pas la prise en charge de patients ont une contribution conforme aux exigences du Collège des médecins du Québec ;
- aucune somme supplémentaire n'est ajoutée au cadre financier actuel.

4. Les moyens

L'addition de l'ensemble des moyens ici présentés contribuera assurément à l'atteinte des objectifs de notre engagement.

La FMOQ incite le gouvernement à entreprendre les discussions sur les points suivants :

4.1 Les activités médicales particulières

Tel que mentionné précédemment, les AMP ont, avec le temps, été la principale cause de l'effritement progressif des effectifs médicaux en première ligne à un point tel que la prise en charge et le suivi des patients seront devenus une véritable peau de chagrin.

Les AMP demeurent, à ce jour, un message contradictoire sur la nécessité du travail en cabinet.

La FMOQ suggère une reconnaissance officielle d'AMP en cabinet, tout en préservant un équilibre avec l'établissement.

Le ratio de facturation en première ligne est actuellement de 63 % et celui de la deuxième ligne est de 37 %.

Sur ce plan, le Québec se distingue des autres provinces canadiennes.

La facturation des services rendus par les 1 500 médecins finissants au cours des cinq dernières années montre que seulement 24 % de celle-ci, pour la période de 2013-2014, a été effectué en cabinet. Nous y voyons là un impact important des AMP.

Ce groupe de jeunes médecins représente 17 % des effectifs totaux en médecine de famille qui ont facturé à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2013 - 2014.

Les AMP n'incitent donc guère les nouvelles cohortes à travailler en cabinet. Pis encore, lorsqu'il y a une activité en cabinet, celle-ci n'est pas importante.

Une modification des AMP ne va pas sans un resserrement des plans d'effectifs médicaux (PEM) en établissement. La FMOQ suggère un meilleur contrôle des effectifs, voire un gel, pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'augmentation des activités des médecins de famille en établissement. Une protection serait cependant octroyée aux médecins accomplissant actuellement des activités dans ces milieux.

Il est entendu que le comité de direction du DRMG constituerait le pilier central du réseau et assurerait la gestion adéquate des AMP d'une région, et ce, en collaboration avec les médecins du territoire.

Dans un horizon rapproché, la FMOQ suggère l'abolition du régime des AMP, lesquelles deviendront obsolètes lorsqu'il sera constaté un équilibre certain dans le réseau entre la première et la deuxième ligne.

4.2 L'inscription de la clientèle

a) Objectif

Quatre-vingt pour cent des Québécois seront inscrits auprès d'un médecin de famille d'ici la fin de l'année 2017.

L'atteinte de ce pourcentage de la population représente une cible réaliste selon les données obtenues de l'*Ontario Medical Association* (OMA). Selon ces données, au 31 décembre 2014, 10,5 millions d'Ontariens étaient inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totalisant 13,5 millions d'habitants. Le taux d'inscription en Ontario se situe donc à 78 %. Selon les économistes de cette province, ce taux tend à plafonner. Tout au plus, il n'y aurait qu'une très lente croissance.

b) L'inscription au Québec

À ce jour, la majorité des Québécois (65 %) ont un médecin de famille, ce qui représente 5,3 millions de citoyens inscrits. De ce nombre, 2,3 millions sont des patients vulnérables au sens de nos ententes conventionnelles. De façon générale, pour les patients âgés de 55 ans ou plus, le taux d'inscription atteint 78 % et il croît graduellement en fonction des tranches d'âges jusqu'à atteindre 100 % dans certains cas.

c) Caractéristiques de la clientèle à inscrire

Il reste 1,2 million de Québécois à inscrire. Cette clientèle, principalement non vulnérable, est âgée entre 10 et 39 ans dans une proportion de 77 %.

Selon les données de la RAMQ pour l'année 2013-2014, près de 1 million de patients orphelins ont consommé des soins en première ligne. Le nombre moyen de visites a été de 2,3 au cours de cette période. Cette donnée de consommation des patients orphelins converge avec la cible de 80 %.

d) Bilan de la dernière année

Les médecins de première ligne ont inscrit au cours de la période s'échelonnant entre le mois de juillet 2013 et le mois de juin 2014, 281 000 nouveaux patients orphelins toutes catégories confondues. De ce total, 182 000 provenaient du guichet d'accès et 99 000 étaient hors guichet.

Devant cet état de fait, nous constatons une tendance lourde et un mouvement favorable à l'inscription des clientèles qui ne fera que prendre de l'ampleur. Pour la FMOQ, il s'agit là d'une preuve directe que les mesures incitatives fonctionnent.

e) Opération prise en charge

Afin d'atteindre la cible déterminée de 80 % de la population dans le délai convenu, soit deux ans, la FMOQ suggère de mettre en branle une vaste opération de prise en charge basée sur trois éléments qui se veulent complémentaires :

1. l'impact des AMP sur les nouveaux médecins ;
2. l'engagement des médecins déjà en pratique ;
3. la création d'incitatifs pour favoriser le médecin ayant un nombre minimal de patients inscrits.

Élaborons davantage sur ces trois éléments.

Par une modification des AMP pour reconnaître la prise en charge en cabinet, les nouveaux médecins seraient dirigés en première ligne pour assurer cette prise en charge. Il est certain que ces nouveaux médecins viendraient réduire le nombre de Québécois sans médecin de famille et l'accessibilité serait ainsi accrue.

À cela s'ajouterait une sensibilisation massive des médecins déjà en pratique. Ceux-ci seraient mis à contribution pour qu'ils inscrivent un patient supplémentaire par semaine. La FMOQ serait proactive envers ses membres et déploierait tous les efforts nécessaires afin d'atteindre l'objectif souhaité.

Enfin, chaque médecin ayant atteint un certain seuil de patients inscrits, serait fortement incité à atteindre ce seuil minimal afin de bénéficier d'une bonification de sa rémunération par le biais d'une majoration de la tarification des actes de la nouvelle nomenclature en cabinet. Cette majoration ne serait accessible qu'à compter de ce seuil. Il y aurait une différence substantielle entre les deux tarifications pour favoriser et inciter l'inscription et la prise en charge. De plus, certains tarifs ne seraient accessibles qu'à compter du seuil identifié.

À la lumière de ce qui précède, la FMOQ est d'avis qu'il sera possible d'atteindre l'objectif d'inscrire 80 % de la population d'ici deux ans.

Il va de soi que l'atteinte de la cible d'inscription serait grandement facilitée par un environnement favorable à la prise en charge et au suivi des clientèles. Cet environnement, dont la mise en place ne relève pas du contrôle des médecins, comprendrait notamment les éléments suivants pour chaque médecin dans un territoire donné :

- avoir accès à un dossier médical électronique (DME) ;
- avoir un accès rapide aux consultations spécialisées et aux plateaux techniques ;
- réduire les demandes administratives ;
- impliquer davantage les autres spécialistes dans les établissements de santé ;
- abolir la notion du « lui-même » ;
- privilégier et favoriser le travail interdisciplinaire ;
- adapter la pratique selon les données probantes qui découlent de la littérature médicale.

5. L'accessibilité à son médecin de famille

L'accès adapté constitue la méthode de travail la plus prometteuse pour dégager des plages horaires dans l'agenda d'un médecin afin de répondre de façon optimale aux besoins attendus et requis de ses patients. À ce jour et cela en moins de deux ans, plus de 400 médecins y ont adhéré et témoignent de son efficacité. Ces médecins agissent maintenant comme ambassadeurs dans leur milieu de pratique. Il est raisonnable d'affirmer que plus de 1 000 médecins sont actuellement en transition vers cette méthode de travail.

La FMOQ, chef de file en la matière et déjà fortement engagée, propose d'en poursuivre la promotion et la formation auprès de ses membres tout en leur apportant le soutien nécessaire.

6. L'accessibilité à un médecin de famille

Il s'agit de mettre sur pied rapidement le filet de sécurité essentiel et nécessaire à la consolidation de tout réseau local de service. Ce filet de sécurité s'articule autour des Groupes de médecine de famille réseaux et réseaux + (GMF-R et GMF-R+) dont nous sommes à définir le cadre.

La FMOQ propose d'en être un promoteur actif et d'encourager ardemment la création de ces milieux.

La FMOQ propose d'identifier également une méthode pour développer un système de prise de rendez-vous avec un médecin de famille.

De plus, le plan régional des effectifs médicaux (PREM) devrait tenir compte de l'importance de ces milieux de pratique auxquels on garantirait des effectifs en nombre suffisant et un soutien adéquat. À cet égard, il convient aussi de s'assurer que la gestion et la délivrance des avis de conformité au PREM d'une région restent du ressort exclusif des DRMG.

7. Conclusion de la deuxième partie

Nous demeurons convaincus que des changements doivent se réaliser à très court terme pour diminuer, voire enrayer le problème d'accessibilité aux services de médecine de famille. La réalisation de notre engagement fera assurément la différence !